BAB III
STUDI KASUS

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PROFESI NERS STIKES SUAKA INSAN
BANJARMASIN 2023

I. Biodata

A. Identitas Klien

1. Nama/Nama panggilan : D. A. M
2. Tempat tgl lahir/usia : Banjarmasin, 11 April 2011
3. Jenis kelamin : laki-laki
4. A g a m a : Kristen
5. Pendidikan : SD (kelas 6)
6. Alamat : Jl. Pur xx xx
7. Tgl masuk : 01 Februari 2023, jam : 07.45 WITA
8. Tgl pengkajian : 03 Februari 2023
9. Diagnosa medik : DHF (Dengue Haemorraghic Fever) febris hari ke-3
10. Rencana terapi : infus RL 20 TPM, sanmol 3x600 mg

B. Identitas Orang tua

1. Ayah
   a. N a m a : E. M
   b. U s i a : 56 Tahun
   c. Pendidikan : SMA
   d.Pekerjaan/sumber penghasilan : swasta (ekspedisi)
   e. A g a m a : Kristen
   f. Alamat : Jl. Pur xx xx

2. Ibu

a. N a m a : S. G

b. U s i a : 52 Tahun

c. Pendidikan : SMA

d.Pekerjaan/Sumber penghasilan : IRT (Ibu Rumah Tangga)

e. Agama : Kristen

f. Alamat : Jl. Pur xx xx

C. Identitas Saudara Kandung

No	**N A M A**	**U S I A**	**HUBUNGAN**	**STATUS KESEHATAN**
1.	P. A. M	23 tahun	Kaka kandung	Sehat

II. Riwayat Kesehatan

A. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Keluhan Utama

Mual muntah dan demam

Riwayat Keluhan Utama :

Mulai hari minggu (29 Januari 2023) siang mual dan muntah sering, demam naik turun, sudah berobat ke IGD RS Suaka Insan, keluhan masih. Hari ini (31 Januari 2023) muntah 5x, demam, muntah, lemes, nafsu makan kurang, sakit perut, kedua orang tua masih meminta untuk dirawat dirumah saja karena hasil lab pada hari tersebut trombosit menunjukkan di angka 256.000, pada tanggal 01.02.2023 pasien ke IGD RS Suaka Insan Banjarmasin kembali dengan keluhan demam masih turn naik, mual dan muntah sering, keluarga langsung meminta untuk dirawat inap saja”

Keluhan Pada Saat Pengkajian :

Klien dan kedua orang tua mengatakan " dari tadi subuh sudah tidak ada demam lagi, mual berkurang, muntah sudah tidak ada lagi juga, makan masih sedikit, makanan yang disediakan dari Rumah Sakit hanya setengah saja yang habis dimakan"

¤ Klien pernah mengalami penyakit demam pada waktu kecil diberikan obat Sanmol sirup oleh : oleh dokter anak.

¤ Riwayat kecelakaan :

Tidak pernah mengalami kecelakaan

¤ Riwayat mengkonsumsi obat-obatan berbahaya tanpa anjuran dokter dan menggunakan zat/subtansi kimia yang berbahaya :

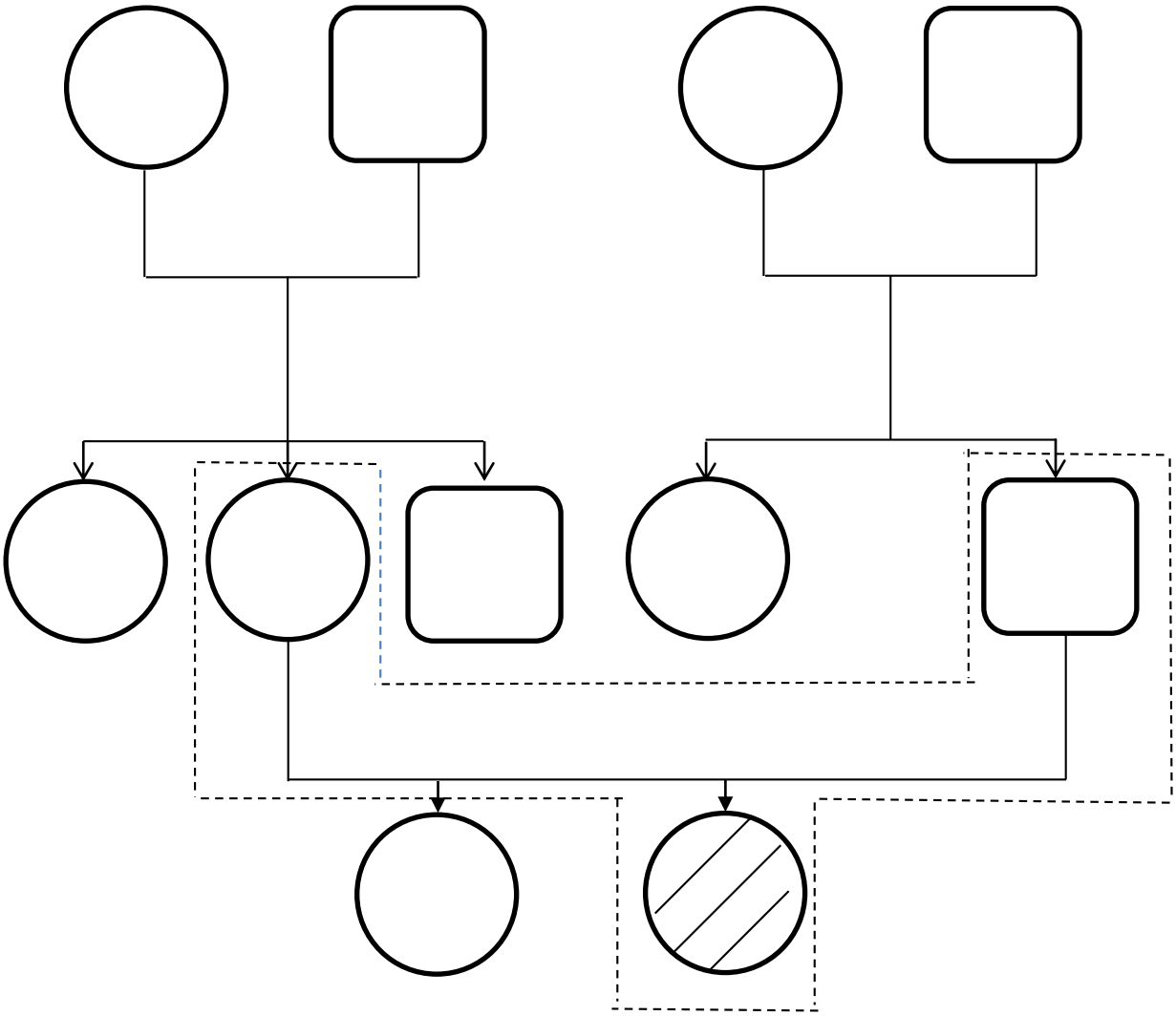
Tidak pernah

¤ Perkembangan anak dibanding saudara- saudaranya :

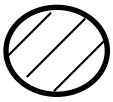
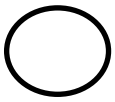
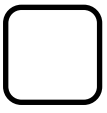
normal

B. Riwayat Kesehatan Keluarga

¤ Genogram



Keterangan :

 : Klien  : Laki-laki  : Perempuan

-------- : Tinggal serumah

IV. Riwayat Immunisasi (imunisasi lengkap)

NO	Jenis immunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian	Frekuensi
1.	BCG	2 bulan	1x	Tidak ada	1x
2.	DPT (I,II,III)	3 bulan, 4 bulan, 5 bulan	3x	Bengkak	3x
3.	Polio (I,II,III,IV)	1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan	4x	Tidak ada	4x
4.	Campak	1 hari – 4 bulan	4x	Demam	4x
5.	Hepatitis	Belum			

V. Riwayat Tumbuh Kembang

A. Pertumbuhan Fisik

1. Berat badan 57 kg
2. Tinggi badan 153cm.

Waktu tumbuh gigi usia 1 tahun, tanggal: - , jumlah gigi : 20 buah

B. Perkembangan Tiap tahap

Usia anak saat

1. Berguling usia 2 bulan
2. Duduk usia 7 bulan
3. Merangkak usia 8 bulan
4. Berdiri usia 11 bulan
5. Berjalan usia 1,2tahun
6. Senyum kepada orang lain pertamakali usia 6 bulan
7. Bicara pertama kali : 9 bulan dengan menyebutkan : mamma
8. Berpakaian tanpa bantuan : usia 5 tahun

VI. Riwayat Nutrisi

A. Pemberian ASI : diberikan usia ± 2 tahun

B. Pemberian susu formula

1. Alasan pemberian : -

2. Jumlah pemberian : -

3. Cara pemberian : -

Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Usia	**Jenis Nutrisi**	**Lama Pemberian**
0-2 tahun	ASI	0-2 Tahun
6 bulan	MPASI (nasi, sayur dan lauk pauk, ikan dan daging) yang dihaluskan	6 bulan
12 bulan	nasi, telr dan ikan.	6 bulan

VII. Riwayat Psikososial

¤ Anak tinggal bersama : kedua orang tua, di : rumah orang tua

¤ Lingkungan berada di : komplek perumahan

¤ Rumah dekat dengan sekolah,tempat bermain disekitaran rumah

kamar klien : gabung bersama orang tua

¤ Rumah ada tangga : -

¤ Hubungan antar anggota keluarga : baik

¤ Pengasuh anak : -

VIII. Riwayat Spiritual

¤ Support sistem dalam keluarga : orang tua selalu mengajak kegereja pada hari minggu pagi

¤ Kegiatan keagamaan : Ibadah pagi di gereja setiap hari minggu

IX. Reaksi Hospitalisasi

A. Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap

- Ibu membawa anaknya ke RS karena : anak demam turun naik beberapa hari ini dirumah sudah dibawa ke IGD RS Suaka Insan Bnajrmasin tapi demam masih, mual, muntah sering dirumah, nafsu makan berkurang.
- Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak : iya
- Perasaan orang tua saat ini : mulai senang karena demam sudah tidak ada lagi, namun cemas saat mengetahui thrombosit anak sedang turun
- Orang tua selalu berkunjung ke RS : ikut menginap di RS
- Yang akan tinggal dengan anak : kedua orang tua

B. Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap : sedang berobat agar sembuh kembali dan bisa pulang kerumah setelahnya

X. Aktivitas sehari-hari

A. Nutrisi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Selera makan	Baik, makan sampai 4x sehari	Kurang, makanan yang disediakan dari rumah sakit tidak habis dimakan

B. Cairan

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Jenis minuman	Air putih	Air putih, buavita, sari kurma
2. Frekuensi minum	Sering	Sering
3. Kebutuhan cairan	2.500 ml	2.500 ml
4. Cara pemenuhan	Minum bangun tidur, siang, dan sebelum tidur	Minum bangun tidur, siang, dan sebelum tidur

C. Eliminasi (BAB&BAK)

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Tempat Pembuangan BAB	Toilet	Toilet
2. Frekuensi BAB(waktu)	1x sehari	2 hari sekali
3. Konsistensi	Padat	Padat
4. Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
5. Obat pencahar	Tidak pernah	Tidak pernah
6. Tempat	Toilet	Toilet

Pembuangan BAK 7. Frekuensi (waktu) 8. Kesulitan	4-6x sehari Tidak ada	sering Tidak ada

D. Istirahat tidur

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Jam tidur	6-7 jam	10-12 jam
- Siang	Jarang	13.00-15.30 wit
- Malam	23.00/24.00 wita	21.00 wita
2. Pola tidur	Bergadang	Baik
3. Kebiasaan sebelum tidur	Main game dan main hp	-
4. Kesulitan tidur	-	-

E. Olah Raga

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Program olah raga	karate	-
2. Jenis dan frekuensi	2x dalam seminggu	-
3. Kondisi setelah olah raga	lelah	-

F. Personal Hygiene

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Mandi - Cara - - Frekuensi - Alat mandi	Dengan sabun dan dikamar mandi 2x sehari Gayung	Dengan sabun dan dikamar mandi 1x sehari shower
2. Cuci rambut - Frekuensi - Cara 3. Gunting kuku - Frekuensi - Cara 4. Gosok gigi - Frekuensi - Cara	Seminggu sekali Seminggu sekali Tiap pagi	Seminggu sekali Seminggu sekali Tiap pagi

G. Aktifitas/Mobilitas Fisik

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Kegiatan sehari-hari	Sekolah, bermain	Berbaring ditempat tidur
2. Pengaturan jadwal harian	Tidak ada	Kedua orang tua
3. Penggunaan alat Bantu aktifitas	Tidak ada	Bantuan orangtua untuk aiktivitas diatas tempat tidur
4. Kesulitan pergerakan Tubuh	Tidak ada	

H. Rekreasi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Perasaan saat sekolah	Senang karena banyak teman	Tidak bisa sekolah karena dirawat di Rumah Sakit Berbaring dan tidur
2. Waktu luang	bermain bersama-sama	-
3. Perasaan setelah rekreasi	Lelah	-
4. Waktu senggang keluarga	Kumpul bersama	Berdo'a setiap pagi dan sore dengan kedua orang tua
5. Kegiatan hari Libur	Kegereja pagi dan bermain	

XI. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : Ku tampak lemes dan berbaring diatas tempat tidur
2. Kesadaran : CM (composmetis)
3. Tanda – tanda vital :
   a. Tekanan darah 110/70 mmHg
   b. Denyut nadi 87x / menit
   c. Suhu 36,5^{o} C
   d. Pernapasan 23x/ menit
4. Berat Badan : 57 kg
5. Tinggi Badan : 153 cm
6. Kepala

Inspeksi

1) Keadaan rambut & Hygiene kepala : normal, berwarna hitam, lurus dan bersih

a. Warna rambut : distribusi rambut merata

b. Penyebaran : merata

c. Mudah rontok : tidak

d. Kebersihan rambut : bersih

Palpasi

Benjolan : ada / tidak ada : tidak ada

Nyeri tekan : ada / tidak ada : tidak ada

Tekstur rambut : kasar/halus : halus

7. Muka

Inspeksi

a. Simetris / tidak : simetris

b. Bentuk wajah : normal

c. Gerakan abnormal : tidak ada

d. Ekspresi wajah : baik

Palpasi

Nyeri tekan / tidak : tidak ada

Data lain : -

8. Mata

Inspeksi

a. Pelpebra : tidak Edema,tidak ada Radang

b. Sclera : tidak Icterus

c. Conjungtiva : tidak ada nRadang, tidakAnemis

d. Pupil : - Isokor

- Myosis

- Refleks pupil terhadap cahaya : mengecil

(+/+)

e. Posisi mata :

Simetris / tidak : Simetris

f. Gerakan bola mata : Normal

g. Penutupan kelopak mata : Normal

h. Keadaan bulu mata : Tumbuh dengan normal dan baik

i. Keadaan visus : Baik

j. Penglihatan : Tidak Kabur dan tidak Diplopia

Palpasi

Tekanan bola mata : Tidak ada nyeri tekan

9. Hidung &

SinusInspeksi

a. Posisi hidung : Normal

b. Bentuk hidung : Simetris antara hidung kiri dan hidung kanan

c. Keadaan septum : Normal

d. Secret / cairan : Ada produksi secret

10. Telinga

Inspeksi

a. Posisi telinga : normal, simetris antara kiri dan kanan

b. Ukuran / bentuk telinga : tidak ada kelainan bentuk telinga

c. Aurikel : normal, tidak ada lesi

d. Lubang telinga : terdapat serumen

e. Pemakaian alat bantu : Tidak ada

Palpasi

Nyeri tekan / tidak

Pemeriksaan uji pendengaran

a. Rinne : -
b. Weber : -
c. Swabach : -

Pemeriksaan vestibuler : -

11. Mulut

Inspeksi

a. Gigi
   - Keadaan gigi : baik berjumlah 20 buah
   - Karang gigi / karies : ada karang gigi
   - Pemakaian gigi palsu : tidak ada

b. Gusi

Merah / radang / tidak : merah

c. Lidah

Kotor / tidak : bersih, tidak ada lesi

d. Bibir
   - Cianosis / pucat / tidak : merah muda, tidak ada lesi dan
   - Basah / kering / pecah : kering
   - Mulut berbau / tidak : tidak berbau
   - Kemampuan bicara : baik dan normal

12. Tenggorokan

a. Warna mukosa : merah muda
b. Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan
c. Nyeri menelan : tidak ada nyeri menelan

13. Leher

Inspeksi

Kelenjar thyroid : tidak membesar, tidak ada lesi, simetris kiri dan kanan

Palpasi

a. Kelenjar thyroid : tidak teraba

b. Kaku kuduk / tidak : tidak teraba Kaku kuduk

c. Kelenjar limfe : tidak teraba Membesar

14. Thorax dan pernapasan

a. Bentuk dada : tampak simetris saat statis dan dinamis, retraksi dada (+)

b. Irama pernafasan : teratur

c. Pengembangan di waktu bernapas : dinamis dan statis

d. Tipe pernapasan : pernafasan perut

Palpasi

a. Vokal fremitus : normal

b. Massa / nyeri : nyeri

Auskultasi

a. Suara nafas : Vesikuler / Bronchial / Bronchovesikuler

b. Suara tambahan Wheezing / Rales : Ronchi /

Perkusi

Redup / pekak / hypersonor / tympani

Data lain :

15. Jantung

Palpasi

Ictus cordis : -

Perkusi

Pembesaran jantung :tidak ada pembesaran jantung

Auskultasi

a. BJ I : lup
b. BJ II : dub
c. BJ III : tidak ada
d. Bunyi jantung tambahan : tidak ada

16. Abdomen

Inspeksi

a. Membuncit : tidak
b. Ada luka / tidak : tidak ada lesi

Palpasi

a. Hepar : tidak teraba
b. Lien : tidak teraba
c. Nyeri tekan : tidak

Auskultasi

Peristaltik : 12x/menit bising usus

Perkusi

a. Tympani :
b. Redup :

Data lain :

17. Genitalia dan Anus : Tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak terpasang urine cateter, lubang anus ada.

18. Ekstremitas

Ekstremitas atas

a. Motorik
   - Pergerakan kanan / kiri : normal
   - Pergerakan abnormal : Tidak ada

- Kekuatan otot kanan / kiri : 5/5
- Tonus otot kanan / kiri : baik
- Koordinasi gerak : baik

b. Refleks

- Biceps kanan / kiri : baik
- Triceps kanan / kiri : baik

c. Sensori

- Nyeri : Tidak ada nyeri
- Rangsang suhu : -
- Rasa raba :

Ekstremitas bawah

a. Motorik

- Gaya berjalan : normal
- Kekuatan kanan / kiri : 5/5
- Tonus otot kanan / kiri : baik

b. Refleks

- KPR kanan / kiri : baik
- APR kanan / kiri : baik
- Babinsky kanan / kiri : normal

c. Sensori

- Nyeri : tidak ada nyeri
- Rangsang suhu : -
- Rasa raba : -

-

19. Status Neurologi.

Saraf – saraf cranial

a. Nervus I (Olfactorius) : penghidu : (+)
b. Nervus II (Opticus) : Penglihatan : (+)

c. Nervus III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)
   - Konstriksi pupil : (+)
   - Gerakan kelopak mata : (+)
   - Pergerakan bola mata : (+)
   - Pergerakan mata ke bawah & dalam : (+)

d. Nervus V (Trigeminus)
   - Sensibilitas / sensori : (+)
   - Refleks dagu : (+)
   - Refleks cornea : (+)

e. Nervus VII (Facialis)
   - Gerakan mimik : (+)
   - Pengecapan 2 / 3 lidah bagian depan : (+)

f. Nervus VIII (Acusticus)

   Fungsi pendengaran : (+)

g. Nervus IX dan X (Glosopharingeus dan Vagus)
   - Refleks menelan : (+)
   - Refleks muntah : (+)
   - Pengecapan 1/3 lidah bagian belakang : (+)
   - Suara : (+)

h. Nervus XI (Assesorius)
   - Memalingkan kepala ke kiri dan ke kanan : (+)
   - Mengangkat bahu : (+)

i. Nervus XII (Hypoglossus)
   - Deviasi lidah : (-)

Tanda – tanda perangsangan selaput otak

a. Kaku kuduk : (-)

b. Kernig Sign : (-)

c. Refleks Brudzinski : (-)

d. Refleks Lasegu : (-)

XI. Test Diagnostik

Laboratorium Tanggal pemeriksaan 31.01.2023 jam 07.00 WITA

Nama Pemeriksaan	Hasil	satuan	Nilai Normal
HB	13,1	g/dl	14-16
Hema	38,0	%	40-48
Leukosit	5,0	Ribu/uL	4-10
Thrombosit	246	Ribu/uL	150-400
NS1	Positive		Negative

Laboratorium Tanggal pemeriksaan 01.02.2023 jam 07.00 WITA

Nama Pemeriksaan	Hasil	satuan	Nilai Normal
HB	12,9	g/dl	14-16
Hema	37,3	%	40-48
Leukosit	3,4	Ribu/uL	4-10
Thrombosit	151	Ribu/uL	150-400

Laboratorium Tanggal pemeriksaan 02.02.2023 jam 07.00 WITA

Nama Pemeriksaan	Hasil	satuan	Nilai Normal
HB	12,7	g/dl	14-16
Hema	37,4	%	40-48
Leukosit	3,6	Ribu/uL	4-10
Thrombosit	71	Ribu/uL	150-400

Laboratorium Tanggal pemeriksaan 03.02.2023 jam 07.00 WITA

Nama Pemeriksaan	Hasil	satuan	Nilai Normal
HB	13	g/dl	14-16
Hema	37,5	%	40-48
Leukosit	7,7	Ribu/uL	4-10
Thrombosit	65	Ribu/uL	150-400

Laboratorium Tanggal pemeriksaan 03.02.2023 jam 07.00 WITA

Nama Pemeriksaan	Hasil	satuan	Nilai Normal
HB	13	g/dl	14-16
Hema	37,5	%	40-48
Leukosit	7,7	Ribu/uL	4-10
Thrombosit	77	Ribu/uL	150-400

XII. Terapi saat ini

No.	Nama Obat	Indikasi	Efek Samping	Kontra Indikasi
1.	Ceftrimaxe	adalah untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif. Dosis	Efek samping ceftriaxone yang sering terjadi meliputi reaksi lokal pada area injeksi, eosinofilia, trombositosis, diare, dan leukopenia. Ceftriaxone memiliki interaksi	1. pada individu yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau obat golongan sefalosporin lainnya. 2. Ceftriaxone juga kontraindikasi pada bayi prematur berusia koreksi <

		ceftriaxone yang diberikan biasanya berkisar antara 1–2 gram per 12 atau 24 jam, tergantung pada penyakit dan tingkat keparahan infeksi. Dosis maksimal yang dapat diberikan adalah 4 gram/hari.	dengan larutan atau obat lain. Sebagai contohnya ceftriaxone bereaksi dengan larutan yang mengandung kalsium yang akan membentuk presipitat.	41 minggu, atau > 41 minggu dengan ikterus, hipoalbumi nemia, atau asidosis. 3. Ceftriaxone sebaiknya tidak diberikan pada neonatus dengan hiperbilirubinemia sebab ceftriaxone menggantikan bilirubin pada area pelekatan albumin dan meningkatkan bilirubin tak terkonjugasi. 4. Pemberian ceftriaxone bersamaan dengan pelarut kalsium atau pada neonatus yang menerima nutrisi parenteral infus yang mengandung preparat kalsium

				juga dikontraindikasikan karena ceftriaxone dan kalsium dapat bereaksi membentuk presipitat. Pemberiannya pada kasus ini telah dilaporkan menimbulkan toksisitas hingga kematian pada neonatus.
2.	Inpepsa	Gangguan asam lambung yang disertai tukak (luka) pada lambung atau duodenum (usus dua belas jari) akan memicu nyeri perut	Efek samping yang mungkin timbul selama penggunaan Inpepsa adalah konstipasi dan mulut kering.	1. Sebaiknya tidak digunakan pada pasien yang memiliki riwayat alergi pada sucralfate.

		mengganggu.		
3.	assering	Asering Infus adalah larutan yang mengandung berbagai elektrolit. Cairan ini kerap digunakan untuk membantu mengatasi kondisi dehidrasi.	1. hiperglikemia (kadar gula darah lebih tinggi dari nilai normal) 2. iritasi lokal anuria (tubuh tidak mampu memproduksi urine) 3. oliguria (jumlah urine yang keluar sedikit) 4. kolaps sirkulasi tromboflebitis (peradangan pada pembuluh darah vena) 5. edema (pembengkakan pada anggota tubuh yang terjadi karena penimbunan cairan di dalam jaringan) 6. hipokalemia (kekur	1. gagal jantung kongestif 2. kerusakan ginjal 3. edema paru yang disebabkan oleh retensi kandungan Na 4. hiperhidrasi dan hiperkloremia 5. hipernatremia dan hiperproteinemia 6. disosiasi elektromekanis 7. jantung resustan 8. sirosis hati dan retensi cairan 9. toksisitas digitalis

			angan kalium dalam darah) 7. hipomagnesemia (kadar magnesium dalam tubuh rendah) 8. hipofosfatemia (kadar fosfat yang terlalu tinggi dalam darah)	

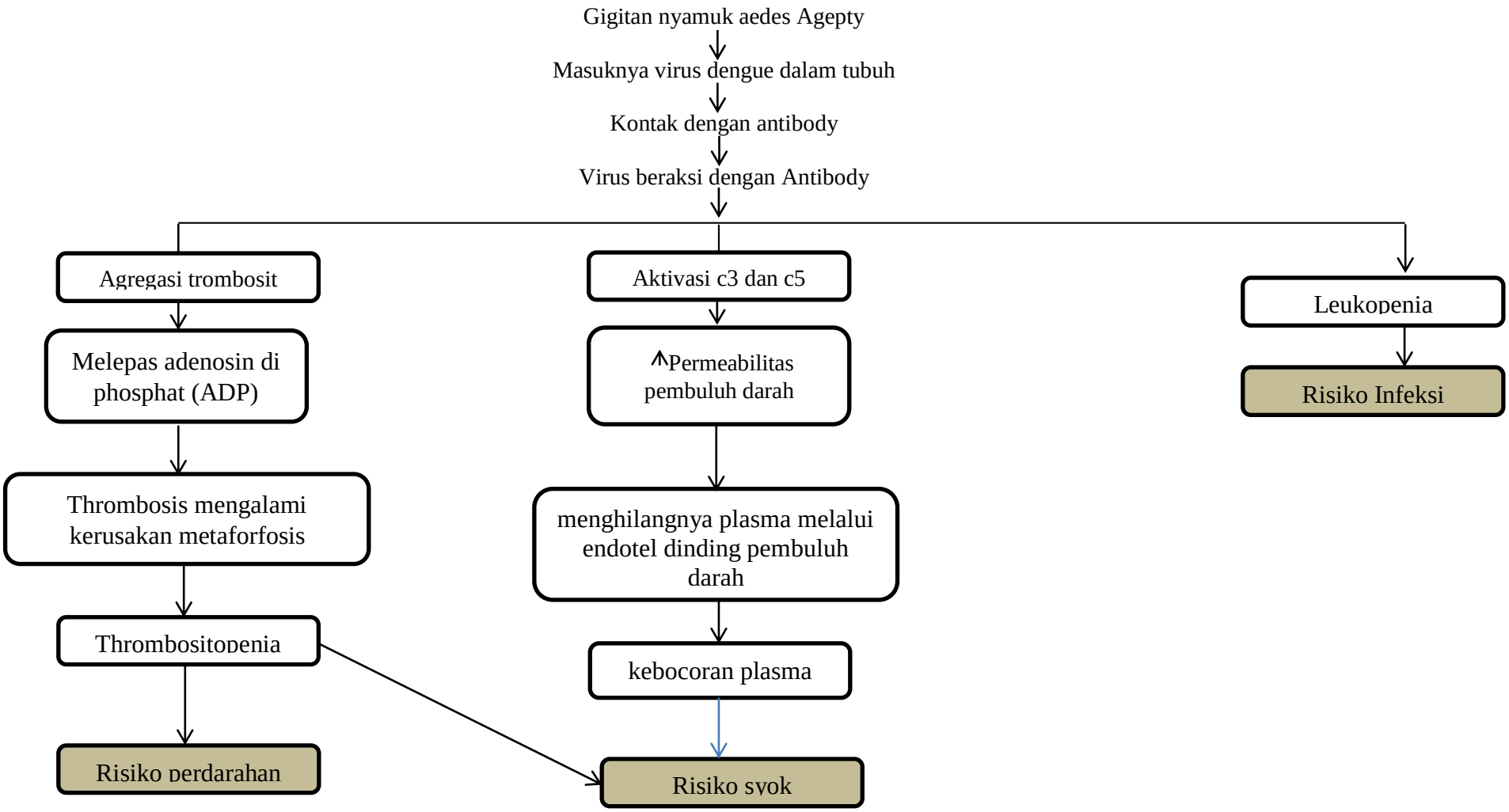
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Faktor risiko perdarahan : trombositopenia (thrombosit 65.000 pemeriksaan pada tanggal 03.02.2023 pada jam 07.00 wita)	Gigitan nyamuk aedes Agepty ↓ Masuknya virus dengue dalam tubuh ↓ Kontak dengan antibody ↓ Virus bereaksi dengan antibody ↓ Agregasi Thrombosit ↓ Melepas adenosin di phosphat (ADP) ↓ Thrombosis mengalami kerusakan metaforfosis ↓ Thrombositopenia ↓ Risiko perdarahan	Risiko Perdarahan b/d Gangguan koagulasi (D.0012)

2.	Faktor risiko Syok : mual, muntah dan nafsu makan kurang	Gigitan nyamuk aedes Agepty ↓ Masuknya virus dengue dalam tubuh ↓ Kontak dengan antibody ↓ Virus bereaksi dengan antibody ↓ ↑Permeabilitas dinding pembuluh darah ↓ menghilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah ↓ kebocoran plasma (keekstravaskuler) ↓ risiko syok	Risiko Syok b/d kekurangan volume cairan (D.0039)

3	Faktor risiko infeksi : leukopenia (leukosit 3,4 pemeriksaan pada tanggal 01.02.2023 pada jam 07.00 wita dan 3,6 pemeriksaan pada tanggal 01.02.2023 pada jam 07.00 wita)	Gigitan nyamuk aedes Agepty ↓ Masuknya virus dengue dalam tubuh ↓ Kontak dengan antibody ↓ Virus bereaksi dengan antibody ↓ ↑Permeabilitas dinding pembuluh darah ↓ Leukusitopenia ↓ Risiko infeksi	Risiko Infeksi (D.0142)

Skema kasus


Gigitan nyamuk aedes Agepty
Masuknya virus dengue dalam tubuh
Kontak dengan antibody
Virus beraksi dengan Antibody
Agregasi trombosit
Melepas adenosin di phosphat (ADP)
Thrombosis mengalami kerusakan metaforfosis
Thrombositopenia
Risiko perdarahan
Aktivasi c3 dan c5
↑Permeabilitas pembuluh darah
menghilangnya plasma melalui endotel dinding pembuluh darah
kebocoran plasma
Risiko syok
Leukopenia
Risiko Infeksi

I. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko Perdarahan b/d Gangguan koagulasi ditandai dengan penurunan angka trombosit (D.0012)
2. Risiko Syok b/d kekurangan volume cairan ditandai dengan anak mengeluh mual dan nafsu makan kurang(D.0039)
3. Risiko Infeksi b/d (D.0142)

STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	**STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)**	**STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)**	**RASIONAL**	***IMPLEMENTASI***	**EVALUASI**
1. Risiko Perdarahan b/d Gangguan koagulasi ditandai dengan penurunan angka trombosit (D.0012)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: Tingkat perdarahan menurun (L.02017 1. Kelembaban membran mukosa meningkat 2. Kelembaban kulit meningkat 3. Kognitif meningkat 4. Hemoglobin membaik 5. Hematokrit membaik	Tindakan yang dilakukan pada intervensi **Pencegahan Perdarahan** berdasarkan SIKI, antara lain: **Observasi** 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah	1. Untuk mengatahui adanya tanda dan gejala perdarahan 2. Untuk mengetahui respon tubuh klien terhadap penururnan trombosit 3. Agar tidak terjadi perdarahan 4. Agar keluarga mengetahui tanda dan gejala dari perdarahan yang diakibatkan dati turunnya trombosit 5. Agar suplai makanan dan minuman sesuai kebutuhan tubuh	Jam 08.00 wita 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan (mimisan, gusi berdarah dan BAB warna kehitaman) tidak ada 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah : HB : 13.0, hema : 37,5, leu : 7,7, thrombo : 65 3. Mengukur TTV : BP : 110/70mmHg, T : 36,5°C, P : 85x/meit, R : 22x/menit, SpO2 : 99% Jam 09.00 wita	Jam 14.00 wita Faktor risiko perarahan : hasil pemeriksaan tanggal 03.02.2023 jam 07.00 wita thrombosit 65.000, A : risiko perdarahan (D.0012) masih P : lanjutkan Intervensi 6. Monitor tanda dan gejala perdarahan

	6. Tekanan darah membaik 7. Denyut nadi apikal membaik 8. Suhu tubuh membaik	3. Monitor TTV **Terapeutik** 1. Hindari pengukuran suhu rektal **Edukasi** 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 3. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu		4. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 6. Memberikan PENKES pemberian sari kurma untuk meningkatkan trombosit	7. Monitor nilaihematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 8. Mengukur TTV 9. Hindari pengukuran suhu rektal 10. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 12. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	RASIONAL	*IMPLEMENTASI*	EVALUASI
2. Risiko Syok b/d kekurangan volume cairan ditandai dengan anak mengeluh mual dan nafsu makan kurang(D.0039)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: Tingkat Syok menurun (L.03032) 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urin meningkat 3. Akral dingin, pucat, dan haus menurun 4. Tekanan darah, tekanan nadi, pengisisan kapiler, dan frekwensi nadi membaik	Tindakan yang dilakukan pada intervensi **Pencegahan Syok** berdasarkan SIKI, antara lain: **Observasi** 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) **Edukasi**	1. Mengetahui adanya respon tubuh terhadap syok 2. Agar cairan yang masuk dan yang keluar sesuai dengan kebutuhan tubuh 3. Agar keluarga mengetahui tanda dan gejala syok	Jam 08.00 wita 1. Mengukur TTV : BP : 110/70mmHg, T : 36,5°C, P : 85x/meit, R : 22x/menit, SpO2 : 99% 2. Mengukur water balance : input : 2.500 cc urine : 2.500 cc Jam 09.00 wita 3. Menjelaskan penyebab/faktor risiko syok 4. Menjelaskan tanda dan gejala awal syok 5. Menganjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 6. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Berkolaborasi dengan DPJP pemberian antasida (inpepsa 3x15cc) per oral	Jam 14.00 wita Faktor risiko Syok : leukopenia (leukosit 3,4 pemeriksaan pada tanggal 01.02.2023 pada jam 07.00 wita dan 3,6 pemeriksaan pada tanggal 02.02.2023 pada jam 07.00 wita) TTV a). Bp: 110/70mmhg b). HR: 85x/mnt c). R: 22x/mnt d). T: 36,5°C e). Spo2: 99% **A:** Risiko Syok (D.0039) P : lanjutkan Intervensi 13. Monitor status kardiopulmonal

		1. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 3. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Anjurkan menghindari alergen **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian IV, 2. Kolaborasi pemberian antasida,			(frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 14. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 15. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 16. Periksa Riwayat alergi 17. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 18. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 19. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 9. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 10. Anjurkan menghindari allergen 11. Kolaborasi pemberian IV,

STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	RASIONAL	*IMPLEMENTASI*	EVALUASI
3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan terjadinya penurunan jumlah leukosit pada pemeriksaan laboratorium tanggal 02.02.2023 jam 07.00 wita leukosit 3,4 dan pemeriksaan tanggal 03.02.2023 jam 07.00 wita leukosit 3,6 (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: Tingkat infeksi menurun menurun (L.14137) 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Tindakan yang dilakukan pada intervensi **Pencegahan Infeksi** berdasarkan SIKI, antara lain: Intervensi manajemen imunisasi/vaksinasi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.14508) **Observasi** 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik **Terapeutik** 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	1. Untuk mengetahui adany infeksi 2. Menghindari terjadinya mikroorganisme berkembang 3. Agar orang tua klien memahami tentang risiko infeksi yang kemungkinan terjadi	Jam 08.00 wita 2. Memonitor tanda infeksi (leukosit 3,4 pemeriksaan pada tanggal 01.02.2023 dan leukosit 3,6 pemeriksaan pada tanggal 02.02.2023) Jam 09.00 wita 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Kolaborasi pemberian analgetik (ceftrimax 1 gr) IV	Jam 14.00 wita Faktor risiko Infeksi : leukopenia (leukosit 3,4 pemeriksaan pada tanggal 01.02.2023 pada jam 07.00 wita dan 3,6 pemeriksaan pada tanggal 02.02.2023 pada jam 07.00 wita) TTV a). Bp: 110/70mmhg b). HR: 85x/mnt c). R: 22x/mnt d). T: 36,5°C e). Spo2: 99% **A :** Risiko Infeksi (D.0142) masih P : lanjutkan Intervensi

		2. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi **Edukasi** 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian antibiotik,			1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

C. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tgl. Jam	CATATAN PERKEMBANGAN	TTD
Sabtu, 4 Feb'2023 07.00 Wita	Faktor risiko perarahan : hasil pemeriksaan tanggal 04.02.2023 jam 07.00 wita thrombosit 77.000, A : risiko perarahan masih P : 7. Monitor tanda dan gejala perdarahan 8. Monitor nilaihematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 9. Mengukur TTV 10. Hindari pengukuran suhu rektal 11. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 12. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 13. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan I : 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan (07.05 wita) 2. Memonitor nilaihematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah (07.05 wita) 3. Mengukur TTV T : 36,3°C, P : 80x/menit, R : 20x/menit, BP : 110/80mmHg, SpO2 : 99%(07.05 wita) 4. Menghindari pengukuran suhu rektal 5. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan (07.05 wita) 6. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi (07.05 wita) 7. Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan (07.05 wita) E : kedua orang tua klien mengatakan " tidak ada terjadi tanda-tanda perdarahan seperti mimisan, perdarahan dari gusi, dan warna BAB tidak kehitaman"	
4 Feb'2023 07.00 Wita	Faktor risiko Syok : leukopenia (leukosit 3,4 pemeriksaan pada tanggal 01.02.2023 pada jam 07.00 wita dan leukosit 3,6 pemeriksaan pada tanggal 02.02.2023 pada jam 07.00 wita) A : risiko Syok mulai terasi P :	

	1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Periksa Riwayat alergi 5. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 6. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 7. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 8. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 9. Anjurkan menghindari allergen 10. Kolaborasi pemberian IV, I 1. Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) (07.05 wita) 2. Memonitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) (07.05 wita) 3. Memonitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) (07.05 wita) cairan masuk 2.500 cc cairan keluarg 2.500 cc 4. Memeriksa Riwayat alergi (07.05 wita) 5. Menjelaskan penyebab/faktor risiko syok(07.05 wita) 6. Menjelaskan tanda dan gejala awal syok (07.05 wita) 7. Menganjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok (07.05 wita) 8. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral (07.05 wita) 9. Menganjurkan menghindari allergen (07.05 wita) 10. Berkolaborasi pemberian IV (07.05 wita) Assering E : hasil pemeriksaan leukosit 6,9 tanggal 04.02 2023 jam 07.00 WITA	
4 Feb’2023 07.00 Wita	Faktor risiko Infeksi : leukopenia (leukosit 3,4 pemeriksaan pada tanggal 01.02.2023 pada jam 07.00 wita dan 3,6 pemeriksaan pada tanggal 02.02.2023 pada jam 07.00 wita) A : risiko Infeksi P : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	

	5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi P : 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (07.05 wita) 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (07.05 wita) 3. Mempertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi (07.05 wita) 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi (07.05 wita) 5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar (07.05 wita) 6. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi (07.05 wita) E : hasil pemeriksaan leukosit 6,9 tanggal 04.02 2023 jam 07.00 WITA	