

BAB IV
TINJAUAN KASUS

FORMAT PENGKAJIAN DATA
PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa : Erlita Putriana
Tempat Praktek : Menoreh Kidul RSUD Wates
Tanggal Praktek : 4– 23 November 2024

A. Pengkajian

Hari/Tanggal : Selasa, 12 November 2024 Oleh : Erlita Putriana
Jam : 09.00 Sumber data : RM, Ibu Pasien

IDENTITAS

1 Pasien (*Diisi lengkap*)

Nama : An. C
Umur : 3 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : Belum Sekolah
Pekerjaan : Belum Bekerja
Suku/Kebangsaan : WNI
Tgl. Masuk RS : 12 November 2024
Diagnosa Medis : Trombositopenia
No. CM : 7639**
Alamat : Dayakan 16/06, Pengasih Kulonprogo

2 Penanggung Jawab (*Diisi lengkap*)

Nama : Ny.A
Umur : 26 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : S1
Pekerjaan : PNS

Alamat : Dayakan 16/06, Pengasih Kulonprogo
 Hub. dgn Pasien : Ibu Pasien
 Keadaan Umum : (-) sakit ringan (√) sakit sedang (-) sakit berat
 Kesadaran : Composmentis
 Alergi : (√) tidak (-) ya, sebutkan
 Berat Badan : 12 kg Tinggi Badan: 84,5cm

Tanda-Tanda Vital :

Suhu : 36⁰C
 Nadi : 123x/menit
 Respirasi : 22 x/menit
 SPO² : 98%

RIWAYAT KESEHATAN

1 Riwayat Kesehatan Pasien

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama

Ibu pasien mengatakan sebelumnya anaknya mengalami demam sebelum dibawa kerumah sakit. Ibu pasien mengatakan anaknya kelihatan lemas dan pusing, sempat mimisan 2x dirumah, dan 1x dirumah sakit dan diarea kulit tangan kaki muncul bintik-bintik merah. Ibu klien mengatakan anaknya saat dipasang terapi cairan intravena merasa ketakutan, wajahnya tegang dan perasaanya tidak tenang. Pasien tampak menarik diri, pasien tampak keringat dingin. Pasien menangis ketika didekati perawat, Pasien nampak gelisah dan bingung.

Lama Keluhan

- Berapa lama Pasien merasakan sakit/kurang sehat?

Ibu pasien mengatakan keluhan yang dialami anaknya sudah 2 hari.

Faktor pencetus : -

Sifat serangan (~~Kronis~~ atau Akut)

(√) Bertahap

(-) Mendadak

Faktor yang memperberat:

Ibu pasien mengatakan sudah meberikan obat apotik sebelum dibawa ke RS.

Pengobatan yang telah diperoleh: -

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

- Penyakit yang pernah dialami :
 - a) Kanak kanak : -
 - b) Kecelakaan : -
 - c) Pernah dirawat : -
 - d) Operasi : -
- Alergi : Tidak ada alergi obat-obatan maupun makanan
- Kebiasaan : merokok/kopi/alkohol/lain-lain
- Obat-obatan: Tidak mengonsumsi obat-obatan

2 Riwayat Immunisasi (Sesuaikan dengan usia anak)

Jenis Imunisasi	Usia
Hepatitis 1 BCG Polio 1	1 Bulan
Hepatitis 2 DPT 1 Polio 2	2 Bulan
DPT 2 Polio 3	3 Bulan
DPT 3 Polio 4	4 Bulan
Hepatitis 3 Campak	9 Bulan

3 Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan (menggunakan instrumen Denver)

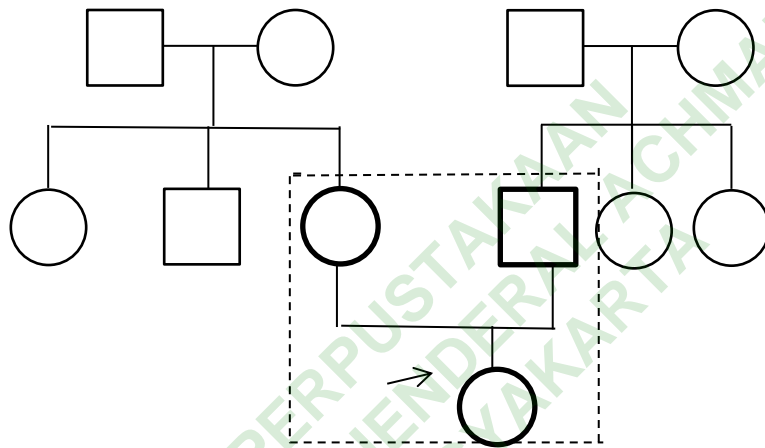
- Pemeriksaan antropometri (BB, TB, LLA,LK)
 - BB: 12kg
 - TB: 84,5 cm
 - IMT : 14,88kg/m² LK: 49,5cm
- Penghitungan Z score : +2 (normal) Aspek perkembangan (secara singkat)
 - Personal sosial
 - Ibu pasien mengatakan anaknya bersosialisasi dengan teman sebayanya. Ibu pasien mengatakan anaknya mampu makan secara mandiri.
 - Motorik halus
 - Anak mampu mewarnai gambar, membuat lingkaran dan membuat garis lurus.
 - Ibu pasien mengatakan anaknya mampu melepas celana atapun baju secara mandiri.

- Motorik kasar
Ibu pasien mengatakan anaknya mampu berjalan mandiri menaiki tangga, pasien mampu berdiri dengan 1 kaki 6 detik.
- Bahasa
Pasien mampu menjawab pertanyaan dari perawat dengan benar.
Pasien mampu menyebutkan gambar dan warna dengan baik.

4 Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular atau punya penyakit lainnya di dalam keluarga.

Genogram



Keterangan:

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

↖ : Pasien

----- : Tinggal satu rumah

_____ : Garis keturunan

PENGAJIAN PERSISTEM

a. PERNAPASAN

Spontan : (√) **Ya** (-) Tidak
 RR : **22 x/menit** (-) Teratur (√) Tidak teratur
 Sesak : (-) Ya (√) **Tidak** (-) Retraksi
 (-) Sinosis (-) Wheezing (-) Ronkhi (-) Rales
 (-) Batuk (-) Lendir, Konsistensi:
 Warna : -
 Oksigen : -
 Metode : (-) Nasal (-) Head box (-) Lain-lain
 Alat Bantu napas :
 (-) ETT (-) Vantilator
 Hasil analisa gas darah :
 (-) Asidosis respiratorik (-) Asidosis metabolik
 (-) Alkalosis respiratorik (-) Alkalosis metabolic
 Lain-lain :-
 Tidak ada hasil AGD
 Masalah keperawatan : **Diare**

b. KARDIOVASKULER

Bunyi jantung : (√) **Normal** (-) Tidak normal
 (-) Takikardi (-) Bradikardi
 Nadi : **123x/menit**
 Pengisian kembali kapiler ≤ **2 Detik**
 Denyut arteri femoralis:
 - Kanan : (√) **Kuat** (-) Lemah
 - Kiri : (√) **Kuat** (-) Lemah
 Perdarahan : (√) **Tidak** (-) Ya, cc
 Ekstremitas : (√) **Hangat** (-) Dingin (-) Sianosis
 (-) Edema (√) **Lemah** (√) **Pucat**
 Pemasangan infus :
 (-) Sentral (-) Long line (-) IV Plug
 Perifer : Intravena : (√) **Ya** (-) Tidak
 Intra arteri : (-) Ya (-) Tidak
 Jenis cairan : **RL**

Jumlah tetesan : **40 cc/jam**

Hasil Laboratorium:

(-) Anemia () **Trombositopenia**

(-) Lekositosis (-) Hipoproteinemia

Lain-lain: -

c. GASTROINTESTINAL

BB saat ini **12 kg**

Diit : (-) ASI (-) Susu formula () **Lain-lain**

Puasa : (-) Ya () **Tidak**

Cara minum : (-) Oral (-) NGT/OGT/Gastrostomi

Jumlah minum : **1100 ml/hari**

BB : 12 Kg

Rumus menurut kemenkes RI :

10 Kg pertama = 100 cc/kgBB/hari

10 Kg kedua = 50 cc/kgBB/hari

10 Kg ketiga = 20 cc/kgBB/hari

Jika An.C dengan BB 12 Kg kebutuhan cairan nya yaitu :

= (10x100) + (2x50)

= 1000 + 100 = 1100 cc/hari

Waktu/ jam	Intake	Output	Balance
12.11.2024	Makan : 100 Minum : 1000 Obat: 15 Ciran infus : 1500 Total: 2615	Urin: 1800 cc IWL: 600 BAB: 100 Muntah: - Darah/ drain: - Lain-lain: - Tot: 2600	Intake – Output: 2615 – 2600 = +15 cc
13.11.2024	Makan : 100 Minum : 1000 Obat: 15 Ciran infus : 1660 Total: 2775	Urin: 1800 cc IWL: 880 BAB:- Muntah: - Darah/ Drain: - Lain-lain: - Tot: 2680	Intake – Output: 2775 – 2680 = +95 cc
14.11.2024	Makan : 100 Minum : 1000 Obat: 15 Ciran infus : 1660	Urin: 1800cc IWL: 600 BAB : 200 Muntah: -	Intake – Output: 2775 – 2600 = +175 cc

	Total:2775	Darah/ Drain: - Lain-lain: - Tot: 2600	
--	------------	--	--

Cara makan : (√) **Disuapi** (-) Makan sendiri
 Frekuensi makan : (√) **Kurang** (-) Cukup
 (-) Baik (-) Anoreksia
 Mukosa mulut : (-) Lembab (√) **kering**
 (-) Kotor (-) Labio schizis
 (-) Palato schizis (-) LPG schizis
 Lidah : (√) **Lembab** (-) Kering (-) Kotor
 Abdomen :
 Inspeksi : Simetris, supel, tidak ada lesi dan benjolan
 Auskultasi : Bising usus 29x/menit
 Perkusi : Timpani
 Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada perut
 (-) Mual (-) Muntah (-) Residu.....ml, warna: -
 (-) NGT, produksi: -
 Turgor : (√) **Elastis** (√) Tidak elastis
 Bising usus : **29x/menit**
 Hasil Laboratorium :
 (-) Hipoproteinemia (-) Hipoalbuminemia
 (-) Asidosis metabolik (-) Alkalosis metabolik
 (-) Hipokalemia (-) Hipokalsemia
 (-) Hipoglikemia
 Lain-lain:

d. NEUROSENSORI

Tingkat kesadaran : **Composmentis**

Respon terhadap nyeri : (-) Ya (√) **Tidak**
 Tangisan : (-) Merintih (-) Kurang kuat
 (√) kuat (-) melengking
 Glasgow coma scale : E4, V5, M6
 Kepala:
 (-) Cephal hematoma (-) Caput succadeneum

(-) Hidrosefalus, lingkaran kepala: cm
 (-) An-encephal (-) Sakit kepala (-) Vertigo
 Pupil : (√) Isokor (-) Anisokor (-) Dilatasi
 Reaksi terhadap cahaya: (√) **Ada** (-) Tidak ada
 Gerakan : (√) **Aktif** (-) Lemah (-) Paralise
 Kejang : (√) **Tidak** (-) Ada. Subtle/tonik klonik
 Lain-lain :

e. INTEGUMEN

Warna kulit : (-) Kemerahan (√) **Pucat** (-) Ikterus
 Suhu : (-) Panas (√) **Hangat** (-) Dingin
 Turgor : (√) **Elastis** (√) Tidak elastis
 Kebersihan : (√) **Bersih** (-) Kotor
 Integritas : (√) **Utuh** (-) Kering (-) Rash
 (-) Bullae (-) Pustula (-) Ptechieae
 (-) Plebitis (-) Lesi (-) Nekrosis
 (-) Dekubitus
 Kepala : (√) **Bersih** (-) Kotor (-) Bau
 Mata : Sekret (-) Ya (√) **Tidak**
 Lain-lain : -

f. REPRODUKSI

Perempuan

Vagina : (√) **Bersih** (-) Kotor
 Menstruasi : (-) Ya (√) **Tidak**
 Pemasangan kateter: (-) Ya (√) **Tidak**
 Lain-lain :-

Laki-laki

Preputium : (-) Bersih (-) Kotor
 Hipospadia : (-) Ya (-) Tidak
 Scrotum : Testis (-) Ada (-) Tidak ada
 Lain-lain :-

PENGAJIAN ASPEK FISIK-BIOLOGIS

Pola Nutrisi

Frekwensi makan : 2 kali

Berat badan/tinggi badan : 12 kg/ 84,5 cm
 BB dalam 1 bln terakhir : (-) Menetap
 (-) Meningkat : kg, alasan : -
 (-) Menurun : kg, Alasan : -
 Jenis makanan : **Nasi sayur, ayam, ikan**
 Makanan yang disukai : **Ayam ,ikan**
 Makanan pantangan : **Tidak ada**
 Alergi makanan : **Tidak ada**
 Nafsu makan : (√) Baik (√) **Kurang,**
 Alasan : Selama sakit nafsu makan berkurang
 Masalah pencernaan : (-) Mual
 (-) Muntah
 (-) Kesulitan menelan
 (-) Sariawan

Riwayat Operasi/trauma gastrointestinal : **Tidak ada riwayat operasi**

Diit RS :

(-) Habis
 (√) **½ Porsi**
 (-) $\frac{3}{4}$ Porsi
 (-) Tidak habis, alasan : -

Kebutuhan pemenuhan ADL makan : ~~Mandiri~~ / ~~Tergantung~~ / dg bantuan

Pola Eliminasi

a. Eliminasi Bowel

Frekuensi : 1 Kali Penggunaan pencahar : Tidak
 Waktu : Pagi / ~~siang~~ / ~~sore~~ / ~~malam~~
 Warna : Coklat muda Tidak Konsistensi : Tidak keras atau cair
 Gangguan eliminasi bowel : (-) Konstipasi
 (-) Diare
 (-) Inkontinensia Bowel

Kebutuhan Pemenuhan ADL Bowel : ~~Mandiri~~ / ~~Tergantung~~ / dg bantuan-

b. Eliminasi Bladder

Frekuensi : 6 kali
 Warna : Jernih Darah : Tidak
 Ggn. Eliminasi Bladder : (-) Nyeri saat BAK

(-) Burning sensation

(-) Bladder terasa penuh setelah BAK

(-) Inkontinensia Bladder

Riwayat dahulu : (-) Penyakit ginjal

(-) Batu Ginjal

(-) Injury/trauma

Penggunaan kateter : ~~ya, tanggal, ukuran~~ / Tidak

Kebutuhan Pemenuhan ADL Bladder : ~~Mandiri~~ / ~~Tergantung~~ / Dg Bantuan

Pola Aktifitas dan latihan

Pekerjaan : -

Olah raga rutin : -

Frekuensi : -

Alat bantu : (-) Walker

(-) Krek

(-) Kursi roda

(-) Tongkat

Terapi : (-) Traksi, di -

(-) Gips, di -

Kemampuan melakukan ROM : Pasif / Aktif

Kemampuan Ambulasi : ~~Mandiri~~ / ~~tergantung~~ / dengan bantuan

Pola Tidur dan istirahat

Lama tidur : **8 Jam**

Tidur siang : Kadang-kadang / ~~Ya~~ / ~~Tidak~~

Kesulitan tidur di RS : Ya / ~~Tidak~~

Alasan : -

Kesulitan tidur : (-) Menjelang tidur

(-) Mudah sering terbangun

(-) Merasa tidak segar saat bangun

Pola Kebersihan Diri

- Sebelum sakit

Mandi 2 kali sekali dalam sehari pagi dan sore (dibantu ibu)

- Selama sakit

Di elap pake kain basah 1 kali sekali dalam sehari (tergantung)

g. Aspek Intelektual-Psikososial-Spiritual

Aspek mental

Ibu pasien mengatakan untuk saat ini sudah tidak cemas mungkin pas awal awal masuk ruangan ini cemas takut anaknya kenapa napa, tapi saat ini sudah adaptasi di serahkan pada tim kesehatan untuk kesembuhan.

Aspek Intelektual

Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahui terkait pencegahan, perawatan dan pengobatan dari penyakit anaknya.

Aspek Sosial

Hubungan anak dengan keluarga, tetangga, teman-teman baik-baik saja.

Aspek Spiritual

Beragama islam. Pandangan keluarga: Berharap anaknya cepat sembuh karena tidak tega melihat anaknya sakit hingga dirawat di RS.

h. Aspek Lingkungan Fisik

Lingkungan dirumah maupun dilingkungan sekitar bersih tidak kotor.

LAMPIRAN PENGKAJIAN KHUSUS
CHECK LIST OBSERVASI RESPON KECEMASAN PADA ANAK YANG
MENJALANI PROSES HOSPITALISASI

(dikaji sebelum melakukan terapi bermain terapeutik)

Lakukan oservasi perilaku anak dan beri skor dengan memberi centang kolom skor 1, 2, 3 4 atau 5 dengan keterangan sebagai berikut, skor : 1 : sangat setuju, 2 : setuju, 3 : ragu-ragu , 4 : tidak setuju, 5 : sangat tidak setuju. Skor diberikan untuk setiap perilaku anak muncul yang sesuai dengan perilaku yang tertulis di kolom observasi. Keseluruhan skor yang didapatkan kemudian dijumlahkan di akhir untuk menentukan skor/angka final. Skor final berada dalam rentang 50- 250.

NO	PERILAKU YANG DIOBSERVASI		SKOR				
			1	2	3	4	5
I	REAKSI TERHADAP KECEMASAN PERPISAHAN						
	1	Menolak makan		✓			
	2	Kesulitan tidur		✓			
	3	Berusaha menemukan selimut kesayangan atau mainan favorit		✓			
	4	Menangis dengan sungguh-sungguh (hebat) saat mencari orang tua dan berkali-kali menanyakan saat orang tua berjanji akan datang			✓		
	5	Anak mengalami mimpi buruk			✓		
	6	Anak menarik diri terhadap orang lain		✓			
	7	Anak terlihat sedih dan tertekan			✓		
	8	Mengekspresikan marah dengan memukul anak lain		✓			
	9	Anak terlihat rewel atau mudah marah/merengek		✓			

REAKSI TERHADAP KECEMASAN PERPISAHAN		1	2	3	4	5
10	Menolak bekerjasama dengan perawat selama tindakan perawatan diri (contoh : ganti baju, gosok gigi, mandi)		✓			
11	Anak terlihat temper tantrum (marah disertai dengan perilaku meronta-ronta/agresif) dan berperilaku menarik perhatian			✓		
PERILAKU MENATAP SESUATU						
12	Menatap (mata terbuka lebar) dengan tatapan kosong					✓
13	Menatap lantai dengan kepala tertunduk					✓
14	Menghindari kontak mata dengan orang lain		✓			
BICARA						
15	Anak sering terlihat diam		✓			
16	Tidak tersenyum pada orang lain			✓		
17	Tidak berespon terhadap orang lain		✓			
18	Menggumamkan kata-kata yang sama (monoton)		✓			
19	Menanyakan banyak pertanyaan			✓		
20	Mengungkapkan ketakutan terhadap personil rumah sakit		✓			
21	Mencaci maki personil rumah sakit					✓
22	Merintih				✓	
23	Menangis		✓			
24	Menangis tersedu-sedu (bernapas dengan tersengal dan tidak teratur saat menangis)			✓		

REAKSI TERHADAP KECEMASAN PERPISAHAN		1	2	3	4	5
25	Bernapas dengan panjang (menarik napas dalam dan terdengar nyaring)					✓
26	Menggerutu dengan cara meraung/mengerang/berteriak				✓	
27	Menawar saat menolak sebuah prosedur				✓	
REAKSI BERKAITAN DENGAN KEHILANGAN KONTROL						
28	Anak menangis dan menempel terus pada ibu/orangtua		✓			
29	Anak menolak kontak mata dengan personil rumah sakit		✓			
30	Anak melakukan perlawanan ringan dengan memeluk erat orangtua/ibu			✓		
31	Anak mengajak/menarik ibu/orangtua ke atas tempat tidur dan berkeras agar ibu/orangtua menemani dengan duduk di sebelahnya			✓		
REAKSI BERKAITAN DENGAN INJURY TUBUH ATAU NYERI (SAAT ANAK DILAKUKAN TINDAKAN YANG MENYAKITKAN)						
32	Terlihat bingung, dan tidak aktif			✓		
33	Wajah terlihat ketakutan			✓		
34	Terlihat sedih atau tertekan			✓		
35	Terlihat mengerutkan dahi					✓
36	Terlihat menyeringai menahan sakit		✓			
37	Terlihat meneteskan air mata		✓			

REAKSI TERHADAP KECEMASAN PERPISAHAN		1	2	3	4	5
38	Mendorong perawat menjauh					✓
39	Mencoba merampas peralatan yang digunakan			✓		
40	Bersembunyi dari perawat		✓			
PERILAKU BEKERJASAMA TERHADAP PROSEDUR TERTENTU						
41	Menolak bekerjasama dengan petugas kesehatan saat di awal		✓			
42	Menolak bekerja sama bahkan setelah diberi penjelasan			✓		
43	Menolak tindakan yang dilakukan untuk membuat anak nyaman/mengalihkan perhatian		✓			
44	Menunjukkan perilaku marah dengan menggigit, menendang, memukul, melempar objek mainan atau barang-barang yang di dekat anak					✓
45	Anak tidak mengizinkan perawat untuk memeriksa tanda-tanda vital pasien		✓			
46	Anak meraung dan merontar-ronta, mencoba selalu menghindar/menolak dan hingga perlu direstrain agar tenang					✓
47	Anak meludahi obat setelah proses pemberian obat yang menguras energy					✓
48	Anak menunjukkan perilaku menantang/melawan dan menolak untuk tetap tinggal di bangsal/ruangan.			✓		

		REAKSI TERHADAP KECEMASAN PERPISAHAN	1	2	3	4	5
	49	Anak hanya mau makan setelah dilakukan terapi diversional yang menghibur (diversional therapy)					✓
	50	Anak hanya dapat tidur saat telah dilakukan terapi menghibur (diversional therapy)				✓	
TOTAL SKOR			150				
KETERANGAN			Kecemasan Tinggi				

$X = \text{Total Skor}$

Nilai min = 50

Nilai maks = 250

Mean = nilai min x nilai tengah skor

$$= 50 \times 2,5$$

$$= 125$$

SD = skor maks-skor min/6

$$= 250-50/6$$

$$= 33,33$$

Stres sangat rendah = $X < m - 1,5SD$

Stres Rendah = $X - 1,5 SD \leq X < m - 0,5SD$

Stres sedang = $m - 0,5SD \leq X < m + 0,5SD$

Stres tinggi = $m + 0,5SD \leq X \leq m + 1,5SD$

Stres sangat tinggi = $X > m + 1,5SD$

Keterangan :

Stres sangat rendah = $X < m - 1,5SD$
 $= X < 125 - 1,5 (33,33)$
 $= X < 75,00$

Stres Rendah = $X - 1,5 SD \leq X < m - 0,5SD$
 $= X - 1,5 (33,33) \leq X < 125 - 0,5(33,33)$
 $= X - 49,99 \leq X < 108,335$

Stres sedang = $m - 0,5SD \leq X < m + 0,5SD$
 $= 125 - 0,5(33,33) \leq X < 125 + 0,5(33,33)$
 $= 108,335 \leq X < 174,995$

Stres tinggi = $m + 0,5SD \leq X \leq m + 1,5SD$
 $= 125 + 0,5 (33,33) \leq X \leq 125 + 1,5 (33,33)$
 $= 141,665 \leq X < 174,995$

Stres sangat tinggi = $X > m + 1,5SD$
 $= X > 125 + 1,5 (33,33)$
 $= X > 174,995$

PENGAJIAN RESIKO JATUH (HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Nilai	Score
Usia	< 3tahun	4	4
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	>13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	2
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosis Neurologis	4	3
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik,dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb)	3	
	Diagnosis perilaku/psikiatri	2	
	Diagnosis lainnya	1	
Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	
	Lupa akan adanya keterbatasan	2	
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh/bayi diletakkan di tempat tidur bayi/perabot rumah	3	
	Pasien diletakkan di tempat tidur	2	
	Area di luar rumah sakit	1	
Pembedahan/Sedasi/Anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	>48 atau tidak menjalani sedasi /pembedahan/anestesi	1	
Penggunaan medikamentosa	Penggunaan multiple: sedative, obat hypnosis, barbiturate, Fenotiazin antidepresan, pencahar, diuretic, narkose	3	
	Penggunaan salah satu obat di atas	2	
	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1	
Jumlah Skor Humpty Dumpty			13

Pengkajian Resiko Jatuh:

Score Humpty Dumpty : 13

Kesimpulan : Risiko tinggi

Dukungan Keluarga terhadap Pasien

- Menunggu anak setiap saat, dengan cara bergantian sehingga anak teurus
- Mendoakan anak cepat sembuh dari penyakitnya.

Terapi Medis

Terapi obat	Dosis	Rute	Indikasi
RL	40cc/jam	IV	Mengembalikan keseimbangan elektrolit
Dexametason	2mg/12j	IV	Kortikosteroid
Paracetamol	150 mg	IV	Untuk menurunkan demam dan nyeri
Cefriaxone	600mg/12j	IV	Antibiotik

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Hasil laboratorium tanggal 12/11/2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Warna	Coklat	Kuning coklat
Jamur	Lembek	Lunak
Darah	Negatif	Negatif
Leukosit	Negatif	Negatif
Eritrosit	0-1	1-2
Lemak	0-1	0-1
Serat makanan	Negatif	Negatif
Amoeba	Negatif	Negatif
Telur cacing	Negatif	Negatif
Sisa daging	Negatif	Negatif
Amilum	Negatif	Negatif
Epithel	1+	1+
Bakteri	Negatif	Negatif
Hematologi rutin		
Hemoglobin	12.1	9.60-15.60
Hematokrit	35.7	34.00-48.00
Lekosit	4.43	5.5-17.5
Trombosit	119	150-450
WBC	3.5	4-11
HGB	12.4	12-16
HCT	36.0	35-46
MCV	74.7	80-100
MCH	25.7	27-34
MCHC	34.4	32-36
RLT	385	150-450
Lymfosit%	31.1	20-35
MXD%	24.6	0-11
Neutrofil	44.3	51-67

B. Analisa Data

ANALISA DATA		
DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
DS : - Ibu klien mengatakan anaknya saat dipasang terapi cairan intravena merasa ketakutan, wajahnya tegang dan perasaanya tidak tenang.	Ansietas (D.0080)	Krisis situasional
DO: - Pasien tampak menarik diri - Pasien tampak keringat dingin. - Pasien menangis ketika didekati perawat. - Pasien nampak gelisah dan bingung. - Skala kecemasan pasien 150 (kecemasan tinggi). - Nadi : 123 x/menit - Suhu : 36 °C - RR : 22x/menit - SPO2: 98%		

DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG DITEGAKKAN


1. **Ansietas (D.0080) b.d** Krisis situasional d.d pasien nampak dan gelisah bingung, tampak frekuensi nadi dan nafas meningkat.

C. Rencana Keperawatan


RENCANA KEPERAWATAN		
DIAGNOSA	SLKI	SIKI
<p>Ansietas (D.0080) b.d Krisis situasional d.d pasien nampak dan gelisah bingung, tampak frekuensi nadi dan nafas meningkat.</p>	<p>Tingkat Ansietas (L.09093): Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun. 2. Perilaku gelisah menurun. 3. Perilaku tegang menurun. 4. Frekuensi pernapasan menurun. 5. Frekuensi nadi menurun. 6. Pola tidur membaik. 7. Konsentrasi membaik. <p>Luaran Tambahan Dukungan Sosial (D.13113) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka dukungan sosial meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan meminta bantuan pada orang lain meningkat. 2. Bantuan yang ditawarkan oleh orang lain meningkat. 3. Dukungan emosi yang disediakan oleh orang lain meningkat. 	<p>Intervensi Utama Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu. 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan. 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat. 8. Latih Teknik relaksasi. <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.</p>

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
		<p data-bbox="1144 268 1397 292">Intervensi Pendukung</p> <p data-bbox="1144 300 1442 323">Teknik Distraksi (I.08247)</p> <p data-bbox="1144 331 1256 355">Observasi</p> <p data-bbox="1240 363 1794 387">Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan.</p> <p data-bbox="1144 395 1279 419">Teraperutik</p> <p data-bbox="1240 427 2096 483">Gunakan teknik distraksi (mis. membaca buku, menonton televisi, bermain, aktivitas terapi, membaca cerita, bernyanyi).</p> <p data-bbox="1144 491 1240 515">Edukasi</p> <ol data-bbox="1196 523 2096 611" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1196 523 2096 579">1. Anjurkan menggunakan teknik sesuai dengan tingkat energi, kemampuan, usia, tingkat perkembangan.<li data-bbox="1196 587 1845 611">2. Anjurkan membuat daftar aktivitas yang menyenangkan.


D. Implementasi Dan Evaluasi

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI							
HARI/TGL	DX	IMPLEMENTASI	RESPON PASIEN	EVALUASI	TTD		
Selasa, 12 November 2024	1	08.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital (TTV) - Memonitor tanda-tanda kecemasan. 	<p>S : Ibu pasien An.C bersedia pengukuran tekanan darah.</p> <p>O : Nadi 90 x/menit, Suhu 36 °C, RR 22x/menit, An. C sedikit ketakutan ketika dilakukan tanda-tanda vital (TTV).</p>	<p>15.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien An.C mengatakan anaknya gelisah ketika diperiksa. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An.C nampak merintih ketakutan - An.C namapak gelisah. - Nadi 90 x/menit, Suhu 36 °C, RR 22x/menit, - An.C sangat kooperatif ketika dilakukan terapi. - Kecemasan An.C sebelum dilakukan terapi 150 (Kecemasan tinggi) setelah dilakukan terapi menurun 148 (kecemasan tinggi) 	 Erlita	
		09.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pendekatan kepada pasien. - Menjelaskan terkait intervensi yang akan dilakukan. - Mengisi kuesiner kecemasan sebelum dilakukan terapi. 	<p>S : Ibu klien mengatakan senang jika ada perawat yang ingi berwawancara dengan keluarga, Ibu klien mengatakan setuju akan intervensi yang akan dilakukan.</p> <p>O: Ibu pasien kooperatif</p>	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah ansietas belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi bermain mewarnai gambar 		
		13.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan terapi bermain yaitu mewarnai gambar. - Mengisi kuesioner kecemasan setelah dilakukan terapi. 	<p>S : An. C menunjukkan ekspresi wajah tenang, senang mewarnai</p> <p>O : An. C nampak tenang dan kooperatif.</p>			

HARI KE-2

Rabu, 13 November 2024	1	08.00 WIB	<p>S : Ibu pasien An.C bersedia pengukuran tekanan darah, Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mulai beradaptasi</p> <p>O : Nadi 95 x/menit, Suhu 36 °C, RR 22x/menit, SPO2: 98 % An. C.</p>	15.00 WIB	 Erlita
		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital (TTV) - Memonitor tanda-tanda kecemasan. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien An.C mengatakan anaknya sudah mulai beradaptasi dengan lingkungan meskipun masih sedikit takut ketika didatangi perawat jaga. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - An.C nampak gelisah. - Nadi 95 x/menit, Suhu 36 °C, RR 22x/menit, SPO2: 98 % - An.C sangat kooperatif ketika dilakukan terapi. - Kecemasan An. C menurun 130 (Kecemasan sedang) <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah ansietas teratasi sebagian <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi bermain mewarnai gambar</p>		
		10.00 WIB	<p>S : An. C menunjukkan ekspresi wajah tenang, senang mewarnai</p> <p>O : An. C nampak tenang dan kooperatif.</p>		
		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan terapi bermain yaitu mewarnai gambar - Mengisi kuesioner kecemasan setelah terapi. 			

HARI KE -3

Kamis, 14 November 2024	1	14.00 WIB	<p>S : Ibu pasien An.C pasien mengatakan anaknya sudah mulai beradaptasi, anaknya sudah mulai tenang.</p> <p>O : Pasien An.C sudah mulai senang diajak bermain mewarnai</p>	15.00 WIB	 Erlita
		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda kecemasan. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien An.C mengatakan anaknya sudah mulai beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit, anaknya sudah mulai tenang ketika 		

15.00 WIB

- Melakukan terapi bermain yaitu mewarnai gambar
- Mengeisi kuesioner kecemasan

S : An. C menunjukan ekspresi wajah tenang, senang mewarnai
O : An. C nampak tenang dan kooperatif.

O:

- An.C nampak senang
- An.C sangat kooperatif ketika dilakukan terapi.
- Kecemasan An.C menurun menjadi 100 (Kecemasan rendah)

A:

- Masalah ansietas teratasi

P:

Hentikan intervensi

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANUAR
YOGYAKARTA