



**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH ANSIETAS
HOSPITALISASI PADA ANAK DEMAM TIFOID
DI PUSKESMAS PUNGCELAN I**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

**Diajukan Oleh
ARIF PRANYOTO
NIM A32020147**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2021**

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH ANSIETAS
HOSPITALISASI PADA ANAK DEMAM TIFOID
DI PUSKESMAS PUNGCELAN I**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat
Untuk diujikan pada tanggal

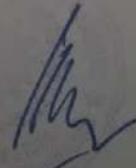
Pembimbing



(Ning Iswati, S.Kep.Ns, M.Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan Profesi Ners
Universitas Muhammadiyah Gombong



(Dadi Santoso, M.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Arif Pranyoto
NIM : A32020147
Program Studi : Program Ners Keperawatan
Judul KIA-N : Asuhan keperawatan anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid di Puskesmas Punggelan I

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji
pada tanggal 20 Oktober 2021

DEWAN PENGUJI

Penguji Satu

Wuri Utami, S.Kep.Ns., M.Kep

(.....)

Penguji Dua

Ning Iswati, S.Kep.Ns, M.Kep

(.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Universitas Muhammadiyah Gombong

(Dadi Santofo, M.Kep)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Arif Pranyoto

NIM : A32020147

Tanda tangan



Tanggal : 20 Oktober 2021



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Arif Pranyoto
NIM : A32020147
Program Studi : Keperawatan Pendidikan Profesi Ners
Jenis Karya : Karya Ilmiah Ners

Dengan pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Asuhan keperawatan anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid di Puskesmas Punggelan I”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Gombong, Kebumen

Pada Tanggal : Oktober 2021

Yang Menyatakan



(Arif Pranyoto)

**Program Ners Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Gombong
KIA-N, Oktober 2021**

Arif Pranyoto¹⁾ Ning Iswati²⁾

ABSTRAK
**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN MASALAH ANSIETAS
HOSPITALISASI PADA ANAK DEMAM TIFOID
DI PUSKESMAS PUNGCELAN I**

Latar Belakang: Tindakan keperawatan di rumah sakit merupakan prosedur yang menimbulkan ansietas dan ketakutan serta rasa tidak nyaman bagi anak. Adapun terapi yang bisa mengurangi ansietas yang terjadi pada anak yaitu dengan terapi dekapan.

Tujuan: menjelaskan asuhan keperawatan anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid di Puskesmas Pungcelan I

Metode: Metode penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subyek studi kasus yang akan dikaji adalah 5 anak demam tifoid dengan ansietas hospitalisasi. Alat dalam penelitian ini adalah format asuhan keperawatan, Nursing Kit, lembar observasi tanda gejala **ansietas hospitalisasi** dan SOP terapi dekapan. Penyajian data yang penulis lakukan dengan menarik kesimpulan berdasarkan data subjektif dan objektif, yang disajikan dalam metode pendokumentasian dan resume asuhan keperawatan

Hasil: Hasil pengkajian menunjukkan kelima pasien memiliki keluhan utama yang sama yaitu demam tifoid. Diagnosa keperawatan prioritas pada Pasien I-V adalah Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu Reduksi ansietas (I.09314) dan terapi dekapan. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu Reduksi ansietas (I.09314) dan terapi dekapan. Hasil evaluasi keperawatan pada kelima pasien menunjukkan adanya adanya penurunan tanda gejala ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid.

Rekomendasi: Hasil penelitian dapat menambah masukan serta referensi ilmiah dalam mengembangkan ilmu keperawatan khususnya keperawatan anak untuk melakukan terapi dekapan untuk mengurangi stress pada anak di Rumah Sakit.

Kata Kunci: ansietas, hospitalisasi, anak, demam tifoid, terapi dekapan.

1) Mahasiswa Program Ners Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gombong

2) Pembimbing Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

**Ners Profession Of Nursing Program
Muhammadiyah University Of Gombong
KIA-N, October 2021**

Arif Pranyoto¹⁾ Ning Iswati²⁾

ABSTRACT
**NURSING CARE OF CHILD WITH HOSPITALIZATION OF ANXIETY
PROBLEMS IN CHILDREN TYFOID FEVER
AT PUNGGELAN PUSKESMAS I**

Background: Nursing actions in hospitals are procedures that cause anxiety and fear and discomfort for children. The therapy that can reduce anxiety that occurs in children is hug therapy.

Objective: to explain nursing care for children with hospitalization anxiety problems in children with typhoid fever at Punggelan I Public Health Center

Methods: The research method is descriptive with a case study approach. The case study subjects that will be studied are 5 typhoid fever children with hospitalization anxiety. The tools in this study were the nursing care format, Nursing Kit, observation sheet for hospitalization anxiety symptoms and SOP for hug therapy. Presentation of data that the author does by drawing conclusions based on subjective and objective data, which is presented in the documentation method and nursing care resume

Results: The results of the study showed that the five patients had the same main complaint, namely typhoid fever. The priority nursing diagnosis in Patients I-V is Anxiety related to situational crisis. The nursing interventions performed were anxiety reduction (I.09314) and hug therapy. The nursing implementation carried out is anxiety reduction (I.09314) and hug therapy. The results of the nursing evaluation in the five patients showed a decrease in signs of hospitalization anxiety in children with typhoid fever.

Recommendation: The results of the study can add input and scientific references in developing nursing science, especially pediatric nursing to carry out hug therapy to reduce stress on children in the hospital.

Keywords: anxiety, hospitalization, children, typhoid fever, hug therapy.

1. Student of Muhammadiyah University Of Gombong

2. Lecturer of Muhammadiyah University Of Gombong

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Ners ini dengan judul “Asuhan keperawatan anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid”. Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga penulis mendapat kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Sehubungan dengan itu penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. DR Herniyatun M.Kep, Sp. Mat, selaku PJS Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong.
2. Dadi Santoso, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong
3. Ning Iswati, S.Kep.Ns, M.Kep selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapat balasan sesuai dengan amal pengabdianya dari Allah SWT. Tiada gading yang tak retak, maka penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun dari pembaca dalam rangka perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga Karya Ilmiah Ners ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

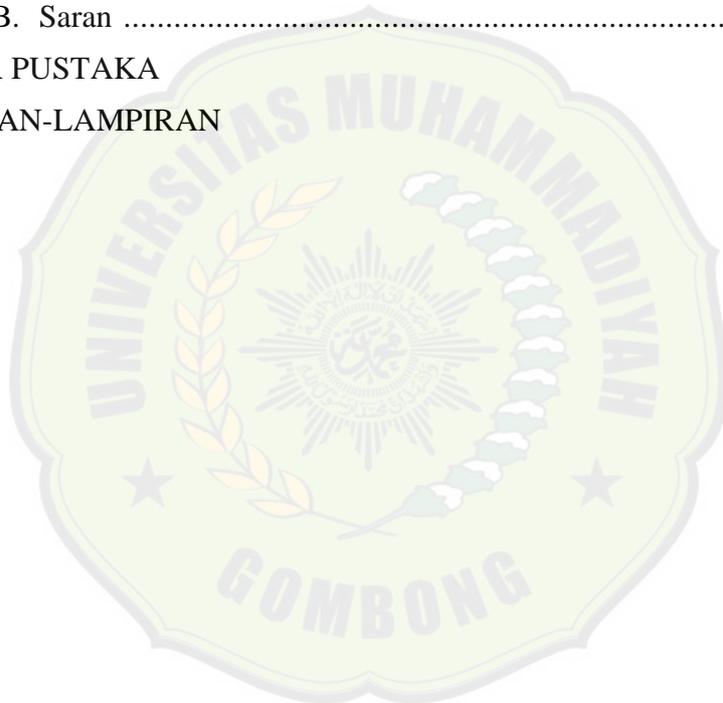
Gombong , Mei 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	v
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Manfaat	5
BAB II KONSEP DASAR	6
A. Konsep Medis	6
B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan	12
C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori	21
D. Kerangka Konsep	25
BAB III METODE STUDI KASUS.....	26
A. Desain Studi Kasus	26
B. Subyek Studi Kasus.....	26
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	27
D. Fokus Studi Kasus	27
E. Definisi operasional.....	27
F. Instrumen Studi Kasus	28
G. Teknik Pengumpulan Data	28

H. Metode Pengumpulan Data.....	29
I. Analisa Data dan Penyaji Data	29
J. Etika Studi Kasus	30
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	27
A. Profil Lahan Praktek.....	27
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan	28
C. Pembahasan	46
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	51
A. Kesimpulan	51
B. Saran	51
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di Amerika, populasi anak yang dirawat dirumah sakit mengalami peningkatan yang sangat tinggi. Persentase anak yang dirawat dirumah sakit saat ini mengalami masalah yang lebih serius dan kompleks dibandingkan kejadian hospitalisasi pada tahun-tahun sebelumnya. Hampir empat juta anak dalam satu tahun mengalami rawat inap. Rata-rata anak mendapat perawatan selama enam hari. Selain membutuhkan perawatan yang spesial dibanding pasien lain, anak sakit juga mempunyai keistimewaan dan karakteristik tersendiri karena anak-anak bukanlah miniatur dari orang dewasa atau dewasa kecil. Waktu yang dibutuhkan untuk merawat penderita anak-anak 20-45% lebih banyak daripada waktu untuk merawat orang dewasa (Murniasih, 2013).

Tindakan keperawatan di rumah sakit merupakan prosedur yang menimbulkan ansietas dan ketakutan serta rasa tidak nyaman bagi anak akibat nyeri yang dirasakan saat prosedur tersebut dilaksanakan. Orang tua juga akan merasa begitu cemas dan takut akan kondisi anaknya dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Orang tua cemas dan takut jika prosedur keperawatan yang dilakukan akan memberikan efek yang membuat anak merasa semakin sakit atau nyeri (Casmirah, 2012).

Dampak negatif yang dapat terjadi apabila ansietas anak tidak diatasi sejak awal dapat mengurangi intensitas terapi dan perawatan selama masa penyembuhan di rumah sakit. Selain anak, orang tua juga akan merasa cemas dan stress, ini dapat menimbulkan dampak negatif terhadap anak juga. Stress pada orang tua akan membuat tingkat stress anak semakin meningkat sehingga pemberian terapi atau tindakan kepada anak akan mendapatkan kesulitan. Dalam keperawatan anak juga membahas mengenai tingkat ansietas orang tua terhadap pemasangan infus dan tindakan medis lain pada anak balita. Ansietas merupakan suatu hal yang tidak jelas, adanya perasaan gelisah dan tidak tenang dengan sumber yang tidak spesifik dan tidak diketahui oleh seseorang (Wong, 2013).

Adapun terapi yang bisa mengurangi ansietas yang terjadi pada anak yaitu dengan terapi dekapan, yaitu merupakan penggunaan posisi menggendong yang nyaman, aman, dan temporer yang memberikan kontak fisik erat dengan orang tua atau pengasuh lain yang dipercaya (Hocknbery & wilson, 2014). Pada bayi usia 2 sampai 3 bulan didekap dengan cara posisi sejajar, disangga dari belakang dan dipegang pada kaki. Seperti memegang gagang football, bayi di letakkan di antara badan dan pinggang, badan di sangga dengan tangan pada seluruh badan bagian belakang. Dekapan dengan posisi badan anak menghadap ke ibu, dimana dada bayi ketemu sejajar dengan dada ibu, posisi dapat dilakukan jika perkembangan yang baik pada otot leher, kontrol

kepala, kekuatan punggung bayi disangga dengan tangan ibu. Tindakan ini disebut juga terapi dekapan.

Terapi dekapan ini adalah menahan fisik anak setidaknya dua orang untuk membantu anak mengatasi perilaku kehilangan kontrol untuk mendapatkan kembali kontrol emosi yang kuat (Brener, parah dan taggrat, 2014), sedangkan menurut giese (2015), pelukan merupakan salah satu kenyamanan masa kecil yang ditinggalkan dimasa dewasa dan menguntungkan hampir semua orang selama masa stres dan digunakan untuk memfasilitasi penyelesaian prosedur klinik (Lambrenos, 2015).

Terapi memeluk atau mendekap merupakan pembatasan gerak menggunakan pembatasan aktivitas atau menggunakan kekuatan terbatas. Metode ini membantu anak dengan mengizinkan mereka mengelola atau mengatasi prosedur yang menyakitkan dengan mudah dan efektif. Terapi dekapan ini berbeda dengan pembatasan aktivitas fisik terletak pada tingkat kekuatan yang diperlukan dan keterlibatan anak. Terapi ini tidak dapat dilakukan tanpa izin dan persetujuan anak karena dapat menimbulkan perasaan cemas, lepas kontrol dan distress anak.

Seorang anak di rawat, maka anak tersebut akan mudah mengalami kecemasan. Karena, anak mengalami cemas akibat perubahan baik terhadap status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari. Anak juga mempunyai sejumlah keterbatasan dalam mekanisme coping untuk mengatasi masalah maupun kejadian-kejadian yang bersifat menekan (Susilaningrum, 2015).

Peran keluarga di paparkan oleh Chen (2016) menjelaskan bahwa bentuk peran serta keluarga selama anak di rawat di rumah sakit adalah dengan menjalin kolaborasi antara orang tua dengan profesi kesehatan dan kehadiran orang tua yang dapat memberikan rasa nyaman pada anak. Bentuk kolaborasi orang tua dan profesi kesehatan di wujudkan dengan adanya keterlibatan orang tua dalam perawatan, memberikan support emosional kepada anak, ikut terlibat padat indakan yang sederhana, menjelaskan kepada anak tentang kondisi anak dan memenuhi kebutuhan anak selama di rawat.

Peran orang tua di samping anak bukan semata-mata hanya memperhatikan rasa sakit anak, tetapi lebih kepada sikap mental serta mampu menjadi pendorong semangat anak, dimana anak merasa aman dan nyaman. Untuk itu, orang tua juga harus bisa selalu tampak bahagia, senang dalam menghadapi tingkah laku anak, baik secara ekspresi, ucapan dan hati. Selanjutnya tinggal bagaimana caranya agar anak sekalipun dalam masa perawatan tetap bisa mendapatkan stimulus yang berguna. Dengan demikian, selain dapat membantu mempercepat kesembuhannya, si anak pun bisa tetap belajar dan dapat mengurangi kecemasan (Wong, 2018).

Kesembuhan anak dapat dipengaruhi oleh terapi dekapan karena kasih sayang yang diberikan ibu pada anak melalui dekapan atau terapi dekapan akan menumbuhkan rasa nyaman

pada anak sehingga ketakutan anak untuk dirawat berkurang sehingga akan mempercepat proses penyembuhan si anak. Pelukan merupakan salah satu kenyamanan masa kecil yang ditinggalkan dimasa dewasa dan menguntungkan hampir semua orang selama masa stres dan digunakan untuk memfasilitasi penyelesaian prosedur klinik (Lambrenos, 2015).

Peneliti melakukan wawancara terhadap 10 anak diperoleh hasil bahwa semua anak mengalami kecemasan saat pemasangan infus. Kecemasan tersebut berada di rentang ringan 20%, cemas sedang 30%, cemas berat 50%. Sedangkan peran orang tua dalam kecemasan anak saat pemasangan infus, 80% orang tua mendampingi anak saat pemasangan infus dan 20% orang tua tidak mendampingi anak saat pemasangan infus. Artinya selama pelaksanaan pemasangan infus orang tua berusaha memberikan rasa aman pada anaknya agar mau menerima tindakan tersebut. Banyak cara yang dilakukan untuk mengatasi ansietas dalam tindakan insertion intra vena (IV), diantaranya adalah dengan Terapi dekapan atau Terapi dekapan, namun sampai saat ini belum ada yang menerapkan cara tersebut. Hal tersebut diatas, mendorong penulis untuk melakukan kajian tentang analisis asuhan keperawatan penerapan *terapi dekapan* untuk mengatasi ansietas pada anak demam tifoid yang menjalani prosedur *insertion* intra vena (iv) dengan ansietas

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini untuk menguraikan hasil Asuhan keperawatan anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid

2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pada anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid
- b. Memaparkan hasil analisa data pada anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid
- c. Memaparkan hasil diagnosa pada anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid
- d. Memaparkan perencanaan keperawatan pada anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid
- e. Memaparkan implementasi keperawatan pada anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid
- f. Memaparkan evaluasi keperawatan pada anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid
- g. Memaparkan hasil inovasi tindakan keperawatan *terapi dekapan* pada anak dengan masalah ansietas hospitalisasi pada anak demam tifoid

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Keilmuan

Kajian ini sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut dalam mengembangkan profesi keperawatan dan meningkatkan ilmu pengetahuan tentang kesehatan serta teknologi yang berkembang dalam keperawatan.

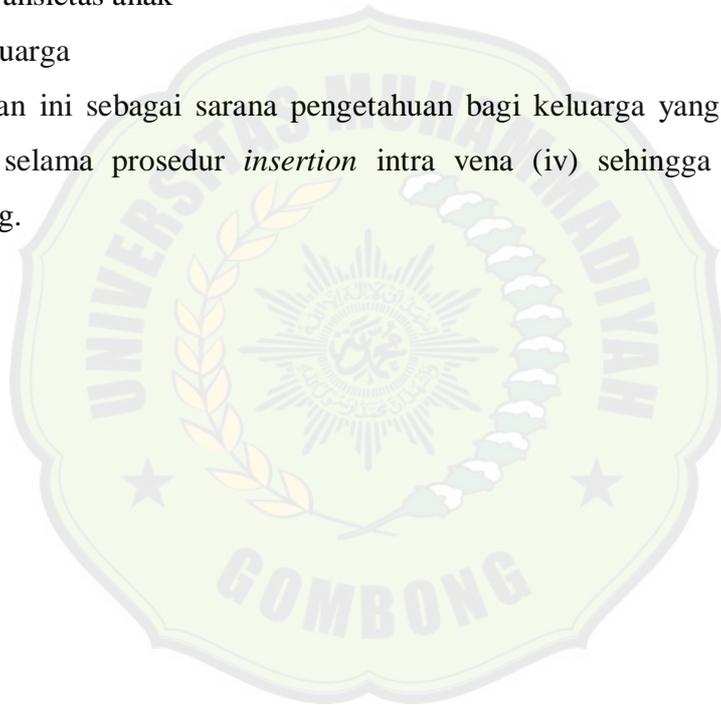
2. Manfaat Praktis

a. Bagi Masyarakat

Kajian ini dilakukan sebagai sarana memberikan pengetahuan kepada masyarakat tentang bagaimana pengaruh *terapi dekapan* selama prosedur *insertion* intra vena (iv) terhadap ansietas anak

b. Bagi Keluarga

Kajian ini sebagai sarana pengetahuan bagi keluarga yang lain dalam hal menangani ansietas selama prosedur *insertion* intra vena (iv) sehingga diharapkan ansietas dapat berkurang.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Casmirah, dkk. (2012). Hubungan Peran Orang Tua Dengan Kecemasan Anak Prasekolah (4-6 Tahun) Di Rsud Kraton Kabupaten Pekalongan. *Skripsi*.
- Dermawan, Deden. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2013). *Wong's Nursing Care Of Infant and Children (10th ed.)*. Canada: Elsevier Mosby.
- Murniasih, Erni. Andika rahmawati. (2013). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Usia Pra Sekolah Di Bangsal I RSUP Dr. Soejarwadi Tirtonegoro Klaten. *Jurnal kesehatan Surya Medika Yogyakarta*.
- Nursalam. (2012). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (II)*. Jakarta: DPP PPNI
- SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (I)*. Jakarta: DPP PPNI
- Susilaningrum, Nursalam dan Sri Utami. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta : Salemba Medika
- Wong, Donna L. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI DEKAPAN	
Pengertian	Terapi dekapan merupakan penggunaan posisi menggendong yang nyaman, aman, dan temporer yang memberikan kontak fisik yang erat dengan orang tua atau pengasuh lain yang dipercaya
Tujuan	Memberikan kenyamanan pada pasien dengan didekap orangtuanya
Persiapan Alat	Kain untuk menggendong
Prosedur Pelaksanaan	<p>A. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Menyapa pasien 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur 4. Menanyakan kesiapan klien <p>B. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelumnya peneliti mencatat tanda gejala ansietas anak sebelum dilakukan terapi dekapan ke lembar observasi yg telah disediakan 2. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya terapi dekapan pada ibu 3. Sebelumnya peneliti meminta orang tua dari si anak untuk memberikan pelukan pada anak nya tersebut 4. Peneliti mencatat tanda gejala ansietas observasi yg telah disediakan 5. Setelah responden terpenuhi peneliti membandingkan antara tanda gejala ansietas sebelum dan setelah penerapan <p>C. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Melakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya 3. Mendoakan klien 4. Berpamitan dengan klien 5. Dokumentasi tindakan

Lembar Observasi Ansietas

No	Tanda dan Gejala	Pasien I		Pasien II		Pasien III		Pasien IV		Pasien V								
		Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post						
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak					
1	Verbalisasi kebingungan menurun.																	
2	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun.																	
3	Perilaku gelisah menurun.																	
4	Perilaku tegang menurun.																	
5	Pola tidur membaik.																	





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
PERPUSTAKAAN
Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412
Website : <http://library.stikesmuhgombong.ac.id/>
E-mail : lib.stimugo@gmail.com

SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J
NIK : 06039
Jabatan : Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : Asuhan Keperawatan Anak Dengan Masalah Ansietas Hospitalisasi Pada Anak Demam Tifoid
Nama : Arif Pranyoto, S.Kep
NIM : A32020147
Program Studi : Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Hasil Cek : LOLOS uji similarity dengan hasil 10%

Gombong, 15 Oktober 2021

Mengetahui,

Pustakawan

Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

(Dedy Setyawan, S.P.)

(Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J)

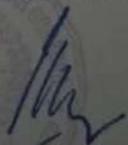
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

NAMA : ARIF PRANYOTO
 NIM : A32020147
 NAMA PEMBIMBING : Ning Iswati, S.Kep.Ns, M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	03 Maret 2021	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sesuaikan judul dengan buku panduan ✓ Cantumkan teori di bab 2 ✓ Teknis terapi dekapan yang dimaksud cantumkan di bab 3 	
2	22 April 2021	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tambahkan terapi dekapan ✓ Cara pengukuran ansietas menggunakan apa?cantumkan ✓ Definisi operasional ansietas menggunakan lembar obsersavasi yang mana? 	
3	12 Oktober 2021	Revisi post sidang <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tambahkan saran untuk peneliti selanjutnya ✓ SOP yang dipakai terapi dekapan pada terapi IV 	
4		ACC	

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners


 Dadi Santoso, M.Kep

Universitas Muhammadiyah Gombong

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

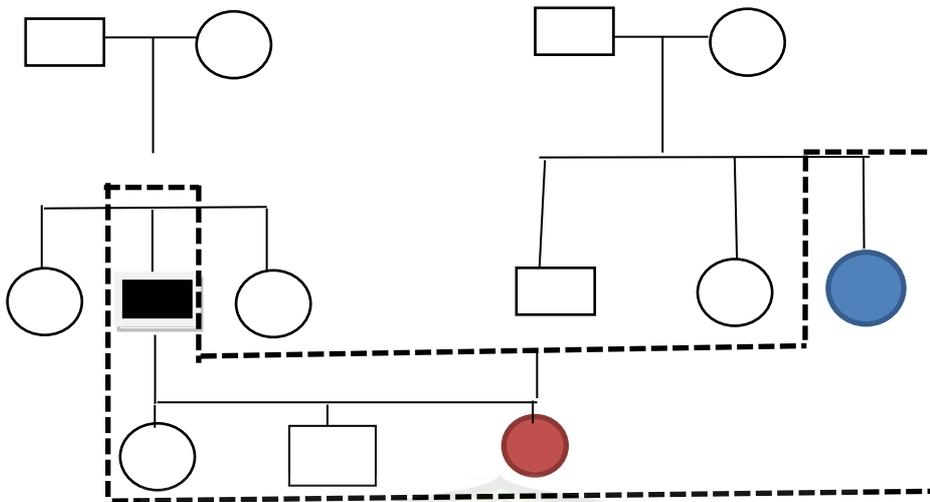
PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		Pasien Jenis Kelamin Laki-laki Pekerjaan Dn Tanggal Lahir/Usia 2017 <i>Mohon diisi/ ditempelstiker jika ada</i>
Tanggal Masuk Puskesmas	Waktu Pemeriksaan	
01 Maret 2021	02:29 :34	: R. Mawar
I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN		
A. KELUHAN UTAMA (Saat pengkajian)		
Demam dan batuk		
Gejala penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini)		
Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam sejak 1 hari SMRS. Demam terus menerus tidak mau turun, pasien sudah minum sanmol di rumah namun belum ada perbaikan.		
/ REAKSI		
Obat, sebutkan	Alergi obat	
Alkohol (?)		
Makanan, sebutkan	Tidak ada alergi Obat	
Minuman, sebutkan	Tidak ada alergi obat	
Penyakit yang diketahui		

B. RIWAYAT KELAHIRAN

Usia kehamilan : 39 minggu

Berat badan lahir: 3000 gr Panjang badan lahir : 52 cm

DIAGRAM



Keterangan :



: Ayah
Perkawinan



: Perempuan

: Ibu



A : Pasien



: Garis

: Garis Keturunan

: Garis Serumah

riwayat : Ya, april 2021

Diagnosis : Ashma Bronchial

Apakah terpasang alat Ya,
implant: tidak

sebutkan

ada riwayat dalam keluarga (ayah / ibu dan kakek / nenek) memiliki penyakit Mayor:

/ DM/ Cardiovascular/Kanker/Thalasemia/Lain-lain, Tidak ada (penyakit yang sesuai)

A. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Status Psikologi :

Cemas Takut Marah Sedih Kece~~da~~derungan bunuh diri DLJ Sebutkan : -

Status Sosial :

- a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga
 baik tidak baik
- b. Tempat tinggal : Rumah Apartemen Panti Lainnya : -

B. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan Umum : Sedang

suhu 38,4°C, GCS E₄V₅M₆.

Neurologi

Kesadaran : kompos mentis apatis somnolen sopor coma
 Gangguan neurologis : Tidak ada Ada, sebutkan : -

Pernafasan

Irama : Regular Irregular

Retraksi dada : Tidak ada Ada

Bentuk dada: Normal Tidak normal, sebutkan

Pola nafas: Normal Tidak normal, sebutkan : ...

Suara nafas: Normal Tidak normal, sebutkan:

sebutkan :-

Nafas Cuping Hidung : Tidak ada Ada

Sianosis: Tidak ada Ada

Alat bantu nafas: Spontan Kanul/RB Mask/NRB

Ventilator, setting : -

Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada Ada

Edema : Tidak ada Ada

Pucat : Tidak ada Ada

Akral : Hangat Dingin

Intensitas nadi : Kuat Lemah Bounding

CRT : < 3 detik > 3 detik

Irama nadi : Reguler Irreguler

Clubbing finger : Tidak ada Ada

Gastrointestinal

Labi Palatoschizis Perdarahan gusi Lain-lain : tidak ada kelainan

Muntah : Ya Tidak

Nyeri uluhati : Tidak ada Ada

Mual : Ya Tidak ada

Asites : Ada Tidak Ascites

Peristaltik Usus : 22 x/m

Lingkar perut : -

Eliminasi

Defekasi :

Pengeluaran : Anus stoma, sebutkan : -

Frekuensi : 1x/sehari Konsistensi : padat

Karakteristik feses : Normal cair hijau demper

terdapat darah lain-lain : -

Urin :

Pengeluaran : Spontan kateter urine cystostomy

Kelainan : Tidak ada ada, sebutkan : -

Diuresis : -

Integumen

Warna kulit : normal pucat kuning mottled

Kelainan : tidak ada ada

Resiko dekubitus : tidak ada ada

Luka : tidak ada ada

Muskuloskeletal

Kelainan Tulang: Tidak Ada Ada, sebutkan : -

Gerakan anak: Bebas Terbatas

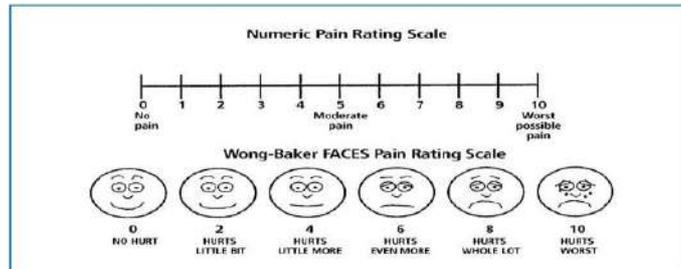
Genetalia : Normal Kelainan, sebutkan : -

C. SKRINING NYERI

a. Adakah rasa nyeri : Tidak Ya

Lokasi : Frekuensi : Durasi : kadang-kadang

b. Skor nyeri :



c. Tipe nyeri : terus-menerus hilang timbul

d. Karakteristik nyeri : terbakar tertusuk tumpul
 tertekan berat tajam kram

e. Nyeri mempengaruhi : tidur aktivitas fisik konsentrasi emosi nafsu
 makan

D. SKRINING GIZI

Tinggi Badan : 100 cm Berat Badan : 19,2 kg Lingkar Kepala : cm

SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? urus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0) <input checked="" type="checkbox"/>	Ya (1)
2	terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir? ayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? sien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban “Ya”	Tidak (0) <input checked="" type="checkbox"/>	Ya (1)

3	terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 1) Diare profuse ($\geq 5x/hari$) dan atau muntah ($>3x/hari$) 2) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0) √	Ya (1)
4	terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0) √	Ya (2)
TOTAL		0	

E. STATUS FUNGSIONAL

PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	3 tahun	4	3
	2 tahun	3	
	1 tahun	2	
	0 tahun	1	
Jenis kelamin	Laki-laki	2	2
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosis Neurologis	4	1
	Diagnosis dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	Diagnosis psikis/ perilaku	2	
	Diagnosis lainnya	1	
Gangguan kognitif	Adanya gangguan terhadap keterbatasan	3	3
	Keterbatasan	2	
	Adanya gangguan hui kemampuan diri	1	
Faktor lingkungan	Adanya faktor jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	3
	Adanya faktor menggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	Adanya faktor berada di tempat tidur	2	
	Adanya faktor di luar ruang rawat	1	
	4 jam	3	1

Respon terhadap operasi/obat penenang/efek anastesi	8 jam	2	
		1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
TOTAL			14 (resiko jatuh tinggi)

Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)

F. KEBUTUHAN EDUKASI

Hambatan pembelajaran :

Tidak ada

Pendengaran lain - lain

Penglihatan √kognitif

Budaya/kepercayaan √Emosi

Bahasa Motivasi

Edukasi yang diperlukan :

Manajemen Hipertermia

Lain-lain (-)

1 0 WIB	<p>n mengatakan anaknya demam sejak 1 HSMR, batuk pilek kadang -kadang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 38,4°C - kulit terasa hangat - Nadi 157 x/mnt - RR 22 x/mnt - Hasil lab: <ul style="list-style-type: none"> Hb : 11.3 AL : 6400 Ht : 33 At : 219.000 GDS : 96 	ni	nyakit
2021 0 WIB	<p>pasien mengatakan anaknya sejak panas malas minum, BAB keras</p> <p>ing, ngat lat dan keras</p>	onstipasi	timbangan asupan cairan

A. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien :An.T

Ruang :R.Mawar

Waktu	DP	SLKI	SIKI	Nama
Senin, 01-03- 2021		dilakukan tindakan selama 2x24 jam diharapkan kondisi pasien membaik	Manajemen Hipertermia (1.15506) 1. monitor suhu tubuh	

0 WIB		dengan kriteria hasil : lasi (L.14134) <table border="1" style="width: 100px; height: 40px; margin: 5px 0;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>rah</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> an : <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 				rah						<ol style="list-style-type: none"> 2. kolaborasikan pemberian obat antipiretik 3. monitor komplikasi akibat hipertermia 4. Indikasikan penyebab hipertermi 5. Lakukan kompres hangat 6. Edukasi gunakan pakaian yang tipis 7. Edukasi keluarga bantu pasien minum 	
rah													

B. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien :An.T

Ruang :R.Mawar

Waktu	OP	Implementasi	Respon	Nama
Selasa, 02-03- 2021 08.00 WIB		Memonitor suhu	ibu klien mengatakan anaknya masih demam 37,6	PR
08.15 WIB		Indikasikan penyebab hipertermi	ibu mengatakan anaknya batuk kadang-kadang, susah minum mulut kering - kulit terasa hangat	
08.30 WIB		Kolaborasikan pemberian obat	mengatakan meminta obat penurun panas agar suhu anaknya turun parasetamol	
08.45 WIB		Monitor hasil laboratorium	laboratorium darah rutin: dalam	

			batas normal	
0 WIB		Monitor asupan makan atau minum	pasien mengatakan anaknya menghabiskan makan 1/2 porsi lihat makanan masih tersisa 1/2 porsi	
5 WIB		Edukasi keluarga: bantu anak berikan makan atau minum sedikit tapi sering	mengatakan sudah melakukan apa yang di beritahu	

C. EVALUASI

Nama Klien :An. T

Respon :R.Mawar

g/Jam	P	SOAP	Nama
0 WIB		<p>pasien mengatakan anaknya demam sudah turun dan sudah diperbolehkan pulnag oleh dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 36,3 C° - kulit terasa hangat - Anak D sudah mulai mau makan dan minum <p>tidak terdapat keluhan keperawatan Hipertermia teratasi</p> <p>Edukasi keluarga untuk melakukan manajemen hipertermi bila pasien demam di rumah</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor suhu tubuh ✓ Minum obat sesuai anjuran ✓ Monitor komplikasi akibat hipertermia ✓ Indikasikan penyebab hipertermi ✓ Lakukan kompres hangat ✓ Edukasi gunakan pakaian yang tipis ✓ Edukasi keluarga bantu pasien minum 	

--	--	--	--



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		Pasien Jenis Kelamin Laki-laki Pekerjaan n Tanggal Lahir/Usia 2017 <i>Mohon diisi/ ditempelstiker jika ada</i>
Tanggal Masuk Puskesmas	Waktu Pemeriksaan	
01 Maret 2021	02:29 :34	: R. Mawar
I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN		
B. KELUHAN UTAMA (Saat pengkajian)		
demam dan batuk Riwayat penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini) Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam sejak 1 hari SMRS. Demam terus menerus tidak mau turun, pasien sudah minum sanmol di rumah namun belum ada perbaikan.		
		/ REAKSI
Obat, sebutkan Alkohol (?) Makanan, sebutkan Lainnya, sebutkan Tidak diketahui	Alergi obat Tidak ada alergi Obat Tidak ada alergi obat	

B. RIWAYAT KELAHIRAN

Usia kehamilan : 39 minggu Berat badan lahir: 3000 gr Panjang badan lahir : 52 cm

Persalinan : Spontan SC Forcep Vakum Ekstraksi

Menangis : Ya Tidak

Riwayat kuning : Ya Tidak

AT IMUNISASI DASAR

Up : BCG, DPT, Hepatitis B, Polio,

Campak Tidak pernah
Tidak lengkap, sebutkan yang belum
.....

AT KELUARGA

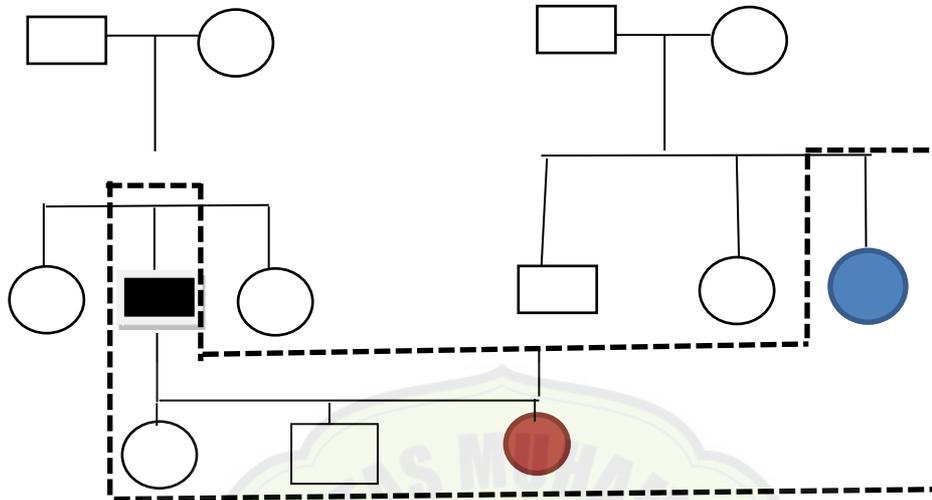
Umur : 42 th Bangsa : Indonesia Kesehatan : Baik

Umur : 46 th Bangsa : Indonesia Kesehatan : Baik

kelain : A,M



DIAGRAM



Keterangan :

- : Ayah
- : Perkawinan
- : Perempuan
- : Ibu
- : Garis
- : Garis Keturunan
- : Garis Serumah

A : Pasien

Apakah terpasang alat Ya, sebutkan
 implant: tidak

ada riwayat dalam keluarga (ayah / ibu dan kakek / nenek) memiliki penyakit Mayor:

/ DM/ Cardiovascular/Kanker/Thalasemia/Lain-lain, Tidak ada (penyakit yang sesuai)

G. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Status Psikologi :

Cemas Takut Marah Sedih Kecenderungan bunuh diri DL Sebutkan : -

Status Sosial :

b. Hubungan pasien dengan anggota keluarga

baik tidak baik

b. Tempat tinggal : Rumah Apartemen Panti Lainnya : -

H. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan Umum : Sedang

suhu 38,4°C, GCS E₄V₅M₆.

Neurologi

Kesadaran : kompos mentis apatis somnolen sopor coma

Gangguan neurologis : Tidak ada Ada, sebutkan : -

Pernafasan

Irama : Regular Irregular

Retraksi dada : Tidak ada Ada

Bentuk dada: Normal Tidak normal, sebutkan

Pola nafas: Normal Tidak normal, sebutkan : ...

Suara nafas: Normal Tidak normal, sebutkan:

sebutkan :-

Nafas Cuping Hidung : Tidak ada Ada

Sianosis: Tidak ada Ada

Alat bantu nafas: Spontan Kanul/RB Mask/NRB

Ventilator, setting : -

Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada Ada

Edema : Tidak ada Ada

Pucat : Tidak ada Ada

Akral : Hangat Dingin

Intensitas nadi : Kuat Lemah Bounding

CRT : < 3detik > 3 detik

Irama nadi : Reguler Irreguler

Clubbing finger : Tidak ada Ada

Gastrointestinal

Labi Palatoschizis Perdarahan gusi Lain-lain : tidak ada kelainan

Muntah : Ya Tidak

Nyeri uluhati : Tidak ada Ada

Mual : Ya Tidak ada

Asites : Ada Tidak Ascites

Peristaltik Usus : 22 x/m

Lingkar perut : -

Eliminasi

Defekasi :

Pengeluaran : Anus stoma, sebutkan : -

Frekuensi : 1x/sehari Konsistensi : padat

Karakteristik feses : Normal cair hijau demper

terdapat darah lain-lain : -

Urin :

Pengeluaran : Spontan kateter urine cystostomy

Kelainan : Tidak ada ada, sebutkan : -

Diuresis : -

Integumen

Warna kulit : normal pucat kuning mottled

Kelainan : tidak ada ada

Resiko dekubitus : tidak ada ada

Luka : tidak ada ada

Muskuloskeletal

Kelainan Tulang: Tidak Ada Ada, sebutkan : -

Gerakan anak: Bebas Terbatas

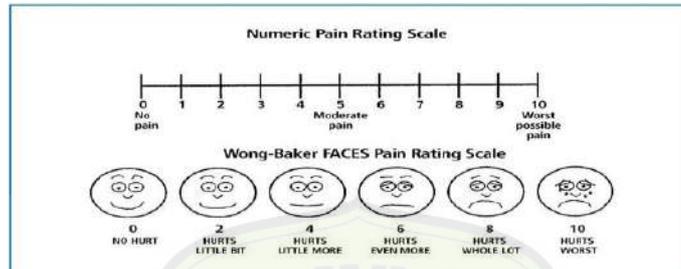
Genitalia : Normal Kelainan, sebutkan : -

I. SKRINING NYERI

f. Adakah rasa nyeri : Tidak Ya

Lokasi : Frekuensi : Durasi : kadang-kadang

g. Skor nyeri :



h. Tipe nyeri : terus-menerus hilang timbul

i. Karakteristik nyeri : terbakar tertusuk tumpul
 tertekan berat tajam kram

j. Nyeri mempengaruhi : tidur aktivitas fisik konsentrasi emosi nafsu
 makan

J. SKRINING GIZI

Tinggi Badan : 100 cm Berat Badan : 19,2 kg Lingkar Kepala : cm

SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? urus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0) √	Ya (1)
2	terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir? ayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? sien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban	Tidak (0) √	Ya (1)

	“Ya”		
3	terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 3) Diare profuse ($\geq 5x/hari$) dan atau muntah ($> 3x/hari$) 4) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0) √	Ya (1)
4	terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0) √	Ya (2)
TOTAL		0	

K. STATUS FUNGSIONAL

PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	3 tahun	4	3
	1	3	
	in	2	
	1	1	
Jenis kelamin		2	2
	an	1	
Diagnosis	n Neurologis	4	1
	n dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	psikis/ perilaku	2	
	s lain	1	
Gangguan kognitif	dar terhadap keterbatasan	3	3
	erbatasan	2	
	hui kemampuan diri	1	
Faktor lingkungan	jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	3
	enggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	erada di tempat tidur	2	
	luar ruang rawat	1	

Respon terhadap operasi/ obat penenang/ fek anastesi	4 jam	3	1
	8 jam	2	
		1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
TOTAL			14 (resiko jatuh tinggi)

Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)

L. KEBUTUHAN EDUKASI

Hambatan pembelajaran :

Tidak ada

Pendengaran lain - lain

Penglihatan √kognitif

Budaya/kepercayaan √Emosi

Bahasa Motivasi

Edukasi yang diperlukan :

Manajemen Hipertermia

Lain-lain (-)

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : 01 Maret 2021

Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Satuan
<p>LOGI</p> <p><u>L</u>ENGKA</p> <p><u>P</u></p> <p>bin</p> <p>rit</p> <p>it</p> <p><u>nt</u></p> <p>Basofil</p> <p>Eosinophil</p> <p>Neutrophil</p> <p>Lomfosit</p> <p>Monosit</p> <p>linik</p> <p>ah sewaktu</p>	<p>0</p> <p>32- 43</p> <p>0.0-1.0</p> <p>1 -5</p> <p>50.00-70.0</p> <p>20 - 70</p> <p>1 - 11</p>	<p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p>

B. TERAPI

	Nama obat	Kapan Pakai	Keterangan
	Cetirizine	jika K/P	obat untuk menetralsisir alergi
	Parasetamol	jika T > 38,5 C	obat adalah obat untuk penurun demam dan pereda nyeri, seperti nyeri haid dan sakit gigi.
	Antihistamin	jika alergi K/P	obat untuk menetralsisir alergi
	Antibiotik		digunakan untuk mengobati infeksi
	Larutan oral		untuk menggantikan sumber elektrolit dan air

ANALISA DATA

1 0 WIB	<p>n mengatakan anaknya demam sejak 1 HSMR, batuk pilek kadang -kadang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 38,4°C - kulit terasa hangat - Nadi 157 x/mnt - RR 22 x/mnt - Hasil lab: <ul style="list-style-type: none"> Hb : 11.3 AL : 6400 Ht : 33 At : 219.000 GDS : 96 	ni	nyakit
2021 0 WIB	<p>pasien mengatakan anaknya sejak panas malas minum, BAB keras</p> <p>ing, ngat lat dan keras</p>	onstipasi	imbangan asupan cairan

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien :An.T

Ruang :R.Mawar

Waktu	DP	SLKI	SIKI	Nama
Senin, 01-03- 2021 0 WIB		dilakukan tindakan selama 2x24 jam diharapkan kondisi pasien membaik dengan kriteria hasil :	<p>Manajemen Hipertermia (1.15506)</p> <ul style="list-style-type: none"> 8. monitor suhu tubuh 9. kolaborasikan 	

		lasi (L.14134) <table border="1" style="width: 100px; height: 40px; margin: 5px 0;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ah</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> an : 6. Meningkat 7. Cukup meningkat 8. Sedang 9. Cukup menurun 10. Menurun				ah						pemberian obat antipiretik 10. monitor komplikasi akibat hipertermia 11. Indikasikan penyebab hipertermi 12. Lakukan kompres hangat 13. Edukasi gunakan pakaian yang tipis 14. Edukasi keluarga bantu pasien minum	
ah													

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An.T

Ruang : R.Mawar

Waktu/Jam	OP	Implementasi	Respon	Nama
Selasa, 02-03- 2021 08.00 WIB		Memonitor suhu	ibu klien mengatakan anaknya masih demam 37,6	PR
08.15 WIB		Indikasikan penyebab hipertermi	ibu mengatakan anaknya batuk kadang-kadang, susah minum t kering - kulit terasa hangat	
08.30 WIB		Kolaborasikan pemberian obat	mengatakan meminta obat penurun panas agar suhu anaknya turun paracetamol	
08.45 WIB		Monitor hasil laboratorium	laboratorium darah rutin: dalam batas normal	

0 WIB		Monitor asup makan atau minum	pasien mengatakan anaknya menghabiskan makan 1/2 porsi lihat makanan masih tersisa 1/2 porsi
5 WIB		Edukasi keluarga: bantu anak berikan makan atau minum sedikit tapi sering	mengatakan sudah melakukan apa yang di beritahu

F. EVALUASI

Nama Klien :An. T

Respon :R.Mawar

gl/Jam	P	SOAP	Nama
0 WIB		<p>pasien mengatakan anaknya demam sudah turun dan sudah diperbolehkan pulnag oleh dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 36,3 °C - kulit terasa hangat - Anak D sudah mulai mau makan dan minum <p>hasil keperawatan Hipertermia teratasi</p> <p>edukasi keluarga untuk melakukan manajemen hipertermi bila pasien demam di rumah</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor suhu tubuh ✓ Minum obat sesuai anjuran ✓ Monitor komplikasi akibat hipertermia ✓ Indikasikan penyebab hipertermi ✓ Lakukan kompres hangat ✓ Edukasi gunakan pakaian yang tipis ✓ Edukasi keluarga bantu pasien minum 	

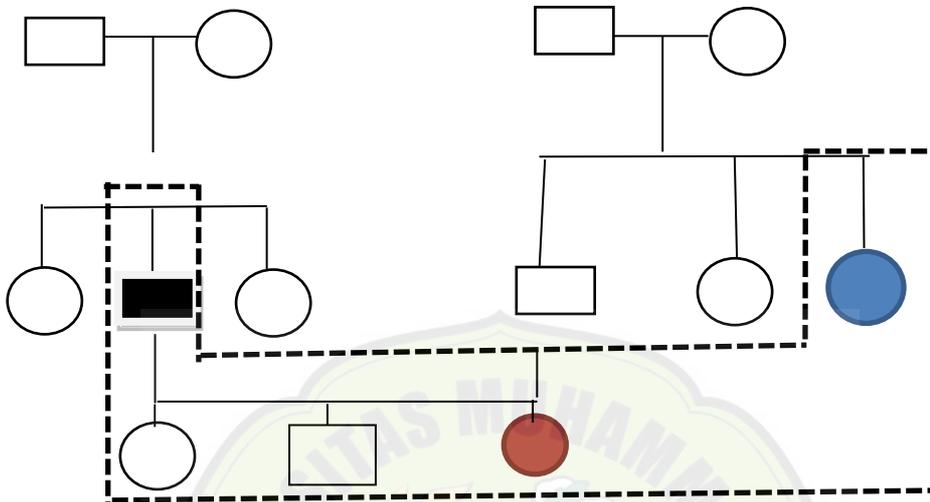
--	--	--	--



FORMAT PENGAJIAN KEPERAWATAN ANAK

PENGAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		Pasien Jenis Kelamin Laki-laki Durasi Rawat 6 Hari Tanggal/Usia 2016 <i>Mohon diisi/ ditempelstiker jika ada</i>
Tanggal Masuk Puskesmas	Waktu Pemeriksaan	
01 Maret 2021	02:50 :34	: R. Mawar
I. PENGAJIAN KEPERAWATAN		
C. KELUHAN UTAMA (Saat pengkajian)		
Demam dan batuk		
Gejala penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini)		
Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam sejak 1 hari SMRS. Demam terus menerus tidak mau turun, pasien sudah minum sanmol di rumah namun belum ada perbaikan.		
	/ REAKSI	
Obat, sebutkan	Alergi obat	
Alkohol (?)		
Makanan, sebutkan	Tidak ada alergi Obat	
Minuman, sebutkan	Tidak ada alergi obat	
Penyakit yang diketahui		

DIAGRAM



Keterangan :

- : Ayah
- : Perkawinan
- : Perempuan
- : Ibu
- : Garis
- : Garis Keturunan
- : Garis Serumah

A : Pasien

Apakah terpasang alat Ya, sebutkan
 implant: tidak

ada riwayat dalam keluarga (ayah / ibu dan kakek / nenek) memiliki penyakit Mayor:

/ DM/ Cardiovascular/Kanker/Thalasemia/Lain-lain, Tidak ada (penyakit yang sesuai)

M. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Status Psikologi :

Cemas Takut Marah Sedih Kecenderungan bunuh diri DL Sebutkan : -

Status Sosial :

c. Hubungan pasien dengan anggota keluarga

baik tidak baik

b. Tempat tinggal : Rumah Apartemen Panti Lainnya : -

N. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan Umum : Sedang

suhu 38,4°C, GCS E₄V₅M₆.

Neurologi

Kesadaran : kompos mentis apatis somnolen sopor coma

Gangguan neurologis : Tidak ada Ada, sebutkan : -

Pernafasan

Irama : Regular Irregular

Retraksi dada : Tidak ada Ada

Bentuk dada: Normal Tidak normal, sebutkan

Pola nafas: Normal Tidak normal, sebutkan :...

Suara nafas: Normal Tidak normal, sebutkan:

sebutkan :-

Nafas Cuping Hidung : Tidak ada Ada

Sianosis: Tidak ada Ada

Alat bantu nafas: Spontan Kanul/RB Mask/NRB

Ventilator, setting : -

Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada Ada

Edema : Tidak ada Ada

Pucat : Tidak ada Ada

Akral : Hangat Dingin

Intensitas nadi : Kuat Lemah Bounding

CRT : < 3 detik > 3 detik

Irama nadi : Reguler Irreguler

Clubbing finger : Tidak ada Ada

Gastrointestinal

Labi Palatoschizis Perdarahan gusi Lain-lain : tidak ada kelainan

Muntah : Ya Tidak

Nyeri uluhati : Tidak ada Ada

Mual : Ya Tidak ada

Asites : Ada Tidak Ascites

Peristaltik Usus : 22 x/m

Lingkar perut : -

Eliminasi

Defekasi :

Pengeluaran : Anus stoma, sebutkan : -

Frekuensi : 1x/sehari Konsistensi : padat

Karakteristik feses : Normal cair hijau dempet

terdapat darah lain-lain : -

Urin :

Pengeluaran : Spontan kateter urine cystostomy

Kelainan : Tidak ada ada, sebutkan : -

Diuresis :

Integumen

Warna kulit : normal pucat kuning mottled

Kelainan : tidak ada ada

Resiko dekubitus : tidak ada ada

Luka : tidak ada ada

Muskuloskeletal

Kelainan Tulang: Tidak Ada Ada, sebutkan : -

Gerakan anak: Bebas Terbatas

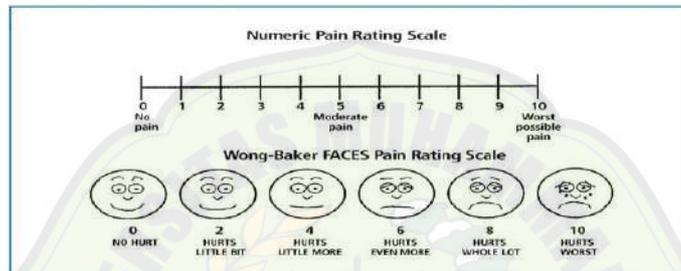
Genitalia : Normal Kelainan, sebutkan : -

O. SKRINING NYERI

k. Adakah rasa nyeri : Tidak Ya

Lokasi : Frekuensi : Durasi : kadang-kadang

l. Skor nyeri :



m. Tipe nyeri : terus-menerus hilang timbul

n. Karakteristik nyeri : terbakar tertusuk tumpul
 tertekan berat tajam kram

o. Nyeri mempengaruhi : tidur aktivitas fisik konsentrasi emosi nafsu
 makan

P. SKRINING GIZI

Tinggi Badan : 100 cm Berat Badan : 19,2 kg Lingkar Kepala : cm

SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? urus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0) √	Ya (1)
2	terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir?	Tidak (0) √	Ya (1)

	ayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? <i>sien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban "Ya"</i>		
3	terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 5) Diare profuse ($\geq 5x/hari$) dan atau muntah ($>3x/hari$) 6) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0) √	Ya (1)
4	terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0) √	Ya (2)
TOTAL		0	

Q. STATUS FUNGSIONAL

PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	3 tahun	4	3
	2 tahun	3	
	1 tahun	2	
	0 tahun	1	
Jenis kelamin	Perempuan	2	2
	Laki-laki	1	
Diagnosis	Diagnosis Neurologis	4	1
	Diagnosis dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	Diagnosis psikis/ perilaku	2	
	Diagnosis lainnya	1	
Gangguan kognitif	Adanya keterbatasan	3	3
	Keterbatasan	2	
	Keterbatasan hui kemampuan diri	1	
	jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	3

Faktor lingkungan	Menggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	Terada di tempat tidur	2	
	luar ruang rawat	1	
Respon terhadap operasi/ obat penenang/ efek anastesi	4 jam	3	1
	8 jam	2	
		1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
TOTAL			14 (resiko jatuh tinggi)

Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)

R. KEBUTUHAN EDUKASI

Hambatan pembelajaran :

Tidak ada

Pendengaran lain - lain

Penglihatan √kognitif

Budaya/kepercayaan √Emosi

Bahasa Motivasi

Edukasi yang diperlukan :

Manajemen Hipertermia

Lain-lain (-)

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : 01 Maret 2021

Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Satuan
<p>OGI</p> <p><u>LENGKA</u></p> <p><u>P</u></p> <p>bin</p> <p>rit</p> <p>it</p> <p><u>nt</u></p> <p>Basofil</p> <p>Eosinophil</p> <p>Neutrophil</p> <p>Lomfosit</p> <p>Monosit</p> <p>linik</p> <p>h sewaktu</p>	<p>0</p> <p>33- 43</p> <p>0.0-1.0</p> <p>1 -5</p> <p>50.00-70.0</p> <p>20 - 70</p> <p>1 - 11</p>	<p>metry</p>

C. TERAPI

	Nama obat	Kapan Pakai	Keterangan
	Cetirizine	jika K/P	obat untuk menetralkan alergi
	Parasetamol	jika T > 38,5 C	Parasetamol adalah obat untuk menurunkan demam dan pereda nyeri, seperti nyeri haid dan sakit gigi.
	Antihistamin	jika alergi K/P	obat untuk menetralkan alergi
			obat untuk mengobati alergi
	L		Sumber elektrolit dan air

ANALISA DATA

<p>1 0 WIB</p>	<p>n mengatakan anaknya demam sejak 1 HSMR, batuk pilek kadang -kadang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 38,4°C - kulit terasa hangat - Nadi 157 x/mnt - RR 22 x/mnt - Hasil lab: Hb : 11.3 AL : 6400 Ht : 33 At : 219.000 GDS : 96 <p>ring</p>	<p>ni</p>	<p>nyakit</p>
<p>2021 0 WIB</p>	<p>pasien mengatakan anaknya sejak panas malas minum, BAB keras</p> <p>ing, ngat lat dan keras</p>	<p>onstipasi</p>	<p>imbangan asupan cairan</p>

G. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien :An.H

Ruang :R.Mawar

Waktu/Jam	DP	SLKI	SIKI	Nama

<p>Senin, 01-03- 2021 10.00 WIB</p>		<p>dilakukan tindakan selama 2x24 jam diharapkan kondisi pasien membaik dengan kriteria hasil : klasifikasi (L.14134)</p> <table border="1" data-bbox="517 465 868 640"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ah</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>an :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Meningkat 12. Cukup meningkat 13. Sedang 14. Cukup menurun 15. Menurun 				ah						<p>Manajemen Hipertermia (1.15506)</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. monitor suhu tubuh 16. kolaborasi pemberian obat antipiretik 17. monitor komplikasi akibat hipertermia 18. Indikasikan penyebab hipertermia 19. Lakukan kompres hangat 20. Edukasi gunakan pakaian yang tipis 21. Edukasi keluarga bantu pasien minum 	
ah													

H. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien : An.H

Ruang : R.Mawar

Waktu/Jam	NP	Implementasi	Respon	Nama
<p>Selasa, 02-03- 2021 10.00 WIB</p>		<p>Memonitor suhu</p>	<p>ibu klien mengatakan anaknya masih demam 37,6</p>	<p>PR</p>
<p>10.05 WIB</p>		<p>Indikasikan penyebab hipertermia</p>	<p>ibu mengatakan anaknya batuk kadang-kadang, susah minum - kulit terasa hangat</p>	
<p>10.00 WIB</p>		<p>Kolaborasi pemberian obat</p>	<p>mengatakan meminta obat penurun panas agar suhu anaknya turun acetamol</p>	

5 WIB		Monitor hasil laboratorium	laboratorium darah rutin: dalam batas normal	
10 WIB		Monitor asupan makan atau minum	pasien mengatakan anaknya menghabiskan makan 1/2 porsi lihat makanan masih tersisa 1/2 porsi	
15 WIB		Edukasi keluarga: bantu anak berikan makan atau minum sedikit tapi sering	mengatakan sudah melakukan apa yang di beritahu	

I. EVALUASI

Nama Klien :An. H

Respon :R.Mawar

g/Jam	P	SOAP	Nama
10 WIB		<p>pasien mengatakan anaknya demam sudah turun dan sudah diperbolehkan pulnag oleh dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 36,3 C° - kulit terasa hangat - Anak D sudah mulai mau makan dan minum <p>hasil keperawatan Hipertermia teratasi</p> <p>edukasi keluarga untuk melakukan manajemen hipertermi bila pasien demam di rumah</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor suhu tubuh ✓ Minum obat sesuai anjuran ✓ Monitor komplikasi akibat hipertermia ✓ Indikasikan penyebab hipertermi 	

		<ul style="list-style-type: none">✓ Lakukan kompres hangat✓ Edukasi gunakan pakaian yang tipis✓ Edukasi keluarga bantu pasien minum	
--	--	---	--



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		Pasien Jenis Kelamin Laki-laki Alamat Tanggal/Usia 2016 <i>Mohon diisi/ ditempelstiker jika ada</i>
Tanggal Masuk Puskesmas	Pemeriksaan	
01 Maret 2021	02:29 :34	: R. Mawar
I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN		
D. KELUHAN UTAMA (Saat pengkajian)		
Demam dan batuk		
Gejala penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini)		
Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam sejak 1 hari SMRS. Demam terus menerus tidak mau turun, pasien sudah minum sanmol di rumah namun belum ada perbaikan.		
/ REAKSI		
Obat, sebutkan	Alergi obat	
Polio (?)		
Makanan, sebutkan	Tidak ada alergi Obat	
Minumnya, sebutkan	Tidak ada alergi obat	

etahui

B. RIWAYAT KELAHIRAN

Usia kehamilan : 39 minggu Berat badan lahir: 3000 gr Panjang badan lahir : 52 cm

Persalinan : Spontan SC Forcep Vakum Ekstraksi

Menangis : Ya Tidak

Riwayat kuning : Ya Tidak

AT IMUNISASI DASAR

ip : BCG, DPT, Hepatitis B, Polio,

Campak Tidak pernah
Tidak lengkap, sebutkan yang belum

.....

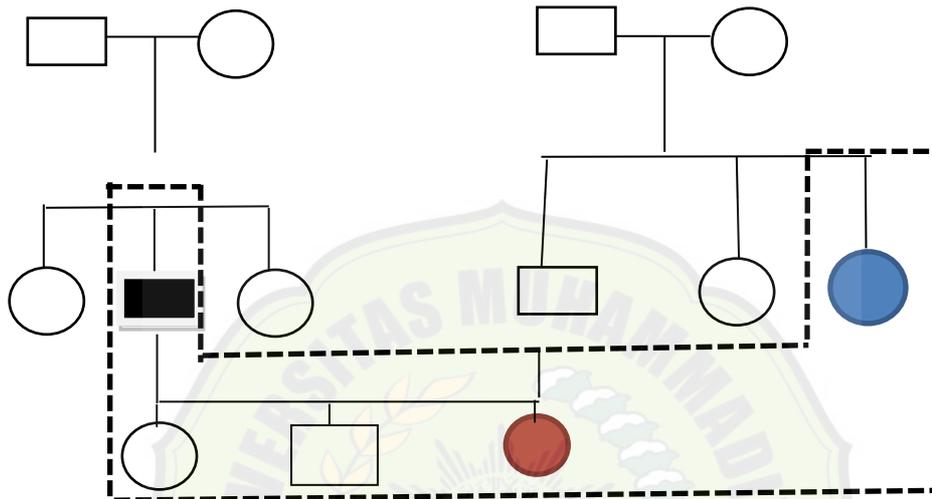
AT KELUARGA

Umur
: 42 th ngsa : Indonesia t : Baik

Umur
: 46 th ngsa : Indonesia Kesehatan : Baik

k lain : A,M

DIAGRAM



Keterangan :

- : Ayah
- : Perkawinan
- : Perempuan
- : Ibu
- : Garis
- : Garis Keturunan
- : Garis Serumah

A : Pasien

Apakah terpasang alat Ya, sebutkan
 implant: tidak

ada riwayat dalam keluarga (ayah / ibu dan kakek / nenek) memiliki penyakit Mayor:

/ DM/ Cardiovascular/Kanker/Thalasemia/Lain-lain, Tidak ada penyakit yang sesuai)

S. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Status Psikologi :

Cemas Takut Marah Sedih Kecenderungan bunuh diri DLI Sebutkan : -

Status Sosial :

d. Hubungan pasien dengan anggota keluarga

baik tidak baik

b. Tempat tinggal : Rumah Apartemen Panti Lainnya : -

T. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan Umum : Sedang

suhu 38,4°C, GCS E₄V₅M₆.

Neurologi

Kesadaran : kompos mentis apatis somnolen sopor coma

Gangguan neurologis : V Tidak ada Ada, sebutkan : -

Pernafasan

Irama : Regular Irregular

Retraksi dada : Tidak ada Ada

Bentuk dada: Normal Tidak normal, sebutkan

Pola nafas: Normal Tidak normal, sebutkan : ...

Suara nafas: Normal Tidak normal, sebutkan:

sebutkan :-

Nafas Cuping Hidung : Tidak ada Ada

Sianosis: Tidak ada Ada

Alat bantu nafas: Spontan Kanul/RB Mask/NRB

Ventilator, setting : -

Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada Ada

Edema : Tidak ada Ada

Pucat : V Tidak ada Ada

Akral : Hangat Dingin
Intensitas nadi : Kuat Lemah *Bounding*
CRT : < 3 detik > 3 detik
Irama nadi : Reguler Irreguler
Clubbing finger : Tidak ada Ada

Gastrointestinal

Labi Palatoschizis Perdarahan gusi Lain-lain : tidak ada kelainan

Muntah : Ya Tidak

Nyeri uluhati : Tidak ada Ada

Mual : Ya Tidak ada

Asites : Ada Tidak Ascites

Peristaltik Usus : 22 x/m

Lingkar perut : -

Eliminasi

Defekasi :

Pengeluaran : Anus stoma, sebutkan : -

Frekuensi : 1x/sehari Konsistensi : padat

Karakteristik feses : Normal cair hijau demper

terdapat darah lain-lain : -

Urin :

Pengeluaran : spontan kateter urine cystostomy

Kelainan : tidak ada ada, sebutkan : -

Diuresis :

Integumen

Warna kulit : normal pucat kuning *mottled*

Kelainan : tidak ada ada

Resiko dekubitus : tidak ada ada

Luka : tidak ada ada

Muskuloskeletal

Kelainan Tulang: Tidak Ada Ada, sebutkan : -

Gerakan anak: Bebas Terbatas

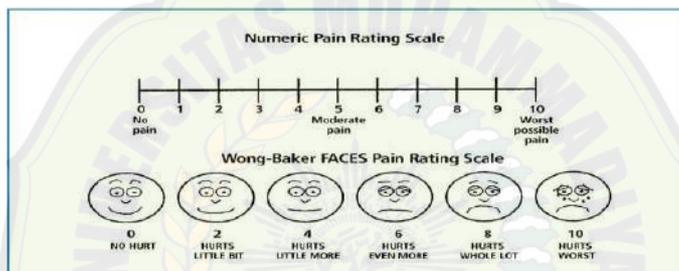
Genitalia : Normal Kelainan, sebutkan :-

U. SKRINING NYERI

p. Adakah rasa nyeri : Tidak Ya

Lokasi : Frekuensi : Durasi : kadang-kadang

q. Skor nyeri :



r. Tipe nyeri : terus-menerus hilang timbul

s. Karakteristik nyeri : terbakar tertusuk tumpul
 tertekan berat tajam kram

t. Nyeri mempengaruhi : tidur aktivitas fisik konsentrasi emosi nafsu
 makan

V. SKRINING GIZI

Tinggi Badan : 100 cm Berat Badan : 19,2 kg Lingkar Kepala : cm

SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? kurus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0) <input checked="" type="checkbox"/>	Ya (1)
2	terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan	Tidak (0)	Ya (1)

	terakhir? ayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? <i>sien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban "Ya"</i>	√	
3	terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 7) Diare profuse ($\geq 5x/hari$) dan atau muntah ($>3x/hari$) 8) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0) √	Ya (1)
4	terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0) √	Ya (2)
TOTAL		0	

W. STATUS FUNGSIONAL

PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	3 tahun	4	3
	2 tahun	3	
	1 tahun	2	
	0 tahun	1	
Jenis kelamin	Laki-laki	2	2
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosis Neurologis	4	1
	Diagnosis dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	Diagnosis psikis/ perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Adanya gangguan terhadap keterbatasan	3	3
	Terdapat keterbatasan	2	

	hui kemampuan diri	1	
Faktor lingkungan	jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	3
	menggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	berada di tempat tidur	2	
	di luar ruang rawat	1	
Respon terhadap operasi/ obat penenang/ efek anastesi	4 jam	3	1
	8 jam	2	
		1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
TOTAL			14 (resiko jatuh tinggi)

Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)

X. KEBUTUHAN EDUKASI

Hambatan pembelajaran :

Tidak ada

Pendengaran lain - lain

Penglihatan √kognitif

Budaya/kepercayaan √Emosi

Bahasa Motivasi

Edukasi yang diperlukan :

Manajemen Hipertermia

Lain-lain (-)

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : 01 Maret 2021

Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Satuan
<p>LOGI</p> <p><u>L</u>ENGKA</p> <p><u>P</u></p> <p>bin</p> <p>rit</p> <p>it</p> <p><u>nt</u></p> <p>Basofil</p> <p>Eosinophil</p> <p>Neutrophil</p> <p>Lomfosit</p> <p>Monosit</p> <p>linik</p> <p>ah sewaktu</p>	<p>0</p> <p>34- 43</p> <p>0.0-1.0</p> <p>1 -5</p> <p>50.00-70.0</p> <p>20 - 70</p> <p>1 - 11</p>	<p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p> <p>metry</p>

D. TERAPI

No	Nama obat	Kapan Pakai	Keterangan
	Cetirizine	jika K/P	obat untuk menetralkan alergi
	Parasetamol	jika T > 38,5 C	obat adalah obat untuk penurun demam dan pereda nyeri, seperti nyeri haid dan sakit gigi.
	Antihistamin	jika alergi K/P	obat untuk menetralkan alergi
	Antihistamin		obat untuk mengobati alergi
	Larutan		untuk sumber elektrolit dan air

ANALISA DATA

<p>1 0 WIB</p>	<p>n mengatakan anaknya demam sejak 1 HSMR, batuk pilek kadang -kadang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 38,4°C - kulit terasa hangat - Nadi 157 x/mnt - RR 22 x/mnt - Hasil lab: Hb : 11.3 AL : 6400 Ht : 33 At : 219.000 GDS : 96 <p>ring</p>	<p>ni</p>	<p>nyakit</p>
<p>2021 0 WIB</p>	<p>pasien mengatakan anaknya sejak panas malas minum, BAB keras</p> <p>ing, ngat lat dan keras</p>	<p>onstipasi</p>	<p>imbangan asupan cairan</p>

J. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien :An.T

Ruang :R.Mawar

Waktu/Jam	DP	SLKI	SIKI	Nama

<p>Senin, 01-03- 2021 00 WIB</p>		<p>dilakukan tindakan selama 2x24 jam diharapkan kondisi pasien membaik dengan kriteria hasil : hasil (L.14134)</p> <table border="1" data-bbox="517 465 868 640"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ah</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>an :</p> <p>16. Meningkat 17. Cukup meningkat 18. Sedang 19. Cukup menurun 20. Menurun</p>				ah						<p>Manajemen Hipertermia (1.15506)</p> <p>22. monitor suhu tubuh 23. kolaborasikan pemberian obat antipiretik 24. monitor komplikasi akibat hipertermia 25. Indikasikan penyebab hipertermia 26. Lakukan kompres hangat 27. Edukasi gunakan pakaian yang tipis 28. Edukasi keluarga bantu pasien minum</p>	
ah													

K. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien :An.At

Ruang :R.Mawar

Waktu/Jam	NP	Implementasi	Respon	Nama
<p>Selasa, 02-03- 2021 00.00 WIB</p>		<p>Memonitor suhu</p>	<p>ibu klien mengatakan anaknya masih demam 37,6</p>	<p>PR</p>
<p>05 WIB</p>		<p>Indikasikan penyebab hipertermia</p>	<p>ibu mengatakan anaknya batuk kadang-kadang, susah minum - kulit terasa hangat</p>	
<p>00 WIB</p>		<p>Kolaborasikan pemberian obat</p>	<p>mengatakan meminta obat penurun panas agar suhu anaknya turun acetamol</p>	

5 WIB		Monitor hasil laboratorium	laboratorium darah rutin: dalam batas normal	
10 WIB		Monitor asupan makan atau minum	pasien mengatakan anaknya menghabiskan makan 1/2 porsi lihat makanan masih tersisa 1/2 porsi	
15 WIB		Edukasi keluarga: bantu anak berikan makan atau minum sedikit tapi sering	mengatakan sudah melakukan apa yang di beritahu	

L. EVALUASI

Nama Klien :An. At

Respon :R.Mawar

g/Jam	P	SOAP	Nama
10 WIB		<p>pasien mengatakan anaknya demam sudah turun dan sudah diperbolehkan pulnag oleh dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 36,3 C° - kulit terasa hangat - Anak D sudah mulai mau makan dan minum <p>hasil keperawatan Hipertermia teratasi</p> <p>edukasi keluarga untuk melakukan manajemen hipertermi bila pasien demam di rumah</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor suhu tubuh ✓ Minum obat sesuai anjuran ✓ Monitor komplikasi akibat hipertermia ✓ Indikasikan penyebab hipertermi 	

		<ul style="list-style-type: none">✓ Lakukan kompres hangat✓ Edukasi gunakan pakaian yang tipis✓ Edukasi keluarga bantu pasien minum	
--	--	---	--



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		Pasien Jenis Kelamin Laki-laki Jarak kelahiran Tanggal lahir/Usia 2017 <i>Mohon diisi/ ditempelstiker jika ada</i>
Tanggal Masuk Puskesmas	Waktu pemeriksaan	
01 Maret 2021	02:29 :34	: R. Mawar
I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN		
E. KELUHAN UTAMA (Saat pengkajian)		
Demam dan batuk		
Gejala penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini)		
Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam sejak 1 hari SMRS. Demam terus menerus tidak mau turun, pasien sudah minum sanmol di rumah namun belum ada perbaikan.		
/ REAKSI		
Obat, sebutkan		Alergi obat
Polio (?)		
Makanan, sebutkan		Tidak ada alergi Obat
Minuman, sebutkan		Tidak ada alergi obat

etahui

B. RIWAYAT KELAHIRAN

Usia kehamilan : 39 minggu Berat badan lahir: 3000 gr Panjang badan lahir : 52 cm

Persalinan : Spontan SC Forcep Vakum Ekstraksi

Menangis : Ya Tidak

Riwayat kuning : Ya Tidak

AT IMUNISASI DASAR

ip : BCG, DPT, Hepatitis B, Polio,

Campak Tidak pernah
Tidak lengkap, sebutkan yang belum

.....

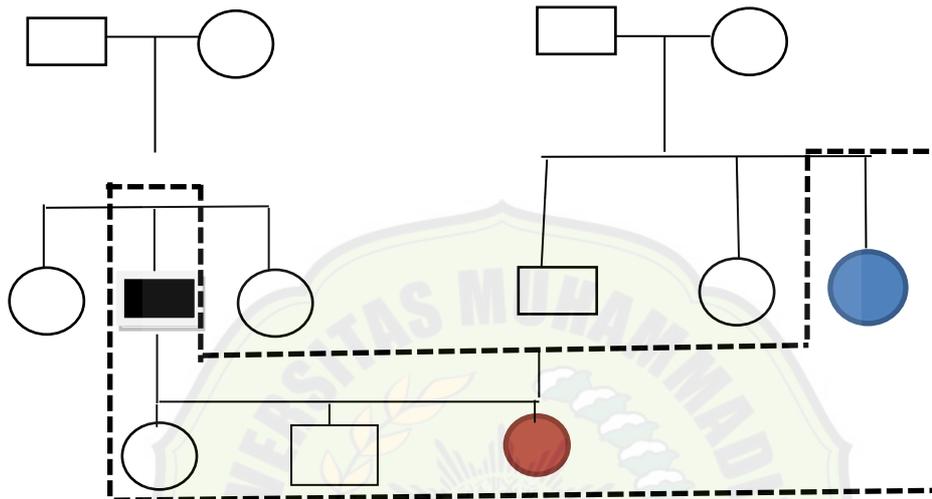
AT KELUARGA

Umur
: 42 th ngsa : Indonesia t : Baik

Umur
: 46 th ngsa : Indonesia Kesehatan : Baik

k lain : A,M

DIAGRAM



Keterangan :

- : Ayah
- : Perempuan
- : Perempuan
- : Perkawinan
- : Ibu
- : Garis
- : Garis Keturunan
- : Garis Serumah

A : Pasien

Apakah terpasang alat Ya, sebutkan
 implant: tidak

ada riwayat dalam keluarga (ayah / ibu dan kakek / nenek) memiliki penyakit Mayor:

/ DM/ Cardiovascular/Kanker/Thalasemia/Lain-lain, Tidak ada penyakit yang sesuai)

Y. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Status Psikologi :

Cemas Takut Marah Sedih Kecenderungan bunuh diri DLI Sebutkan : -

Status Sosial :

e. Hubungan pasien dengan anggota keluarga

baik tidak baik

b. Tempat tinggal : Rumah Apartemen Panti Lainnya : -

Z. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan Umum : Sedang

suhu 38,4°C, GCS E₄V₅M₆.

Neurologi

Kesadaran : kompos mentis apatis somnolen sopor coma

Gangguan neurologis : V Tidak ada Ada, sebutkan : -

Pernafasan

Irama : Regular Irregular

Retraksi dada : Tidak ada Ada

Bentuk dada: Normal Tidak normal, sebutkan

Pola nafas: Normal Tidak normal, sebutkan : ...

Suara nafas: Normal Tidak normal, sebutkan:

sebutkan :-

Nafas Cuping Hidung : Tidak ada Ada

Sianosis: Tidak ada Ada

Alat bantu nafas: Spontan Kanul/RB Mask/NRB

Ventilator, setting : -

Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada Ada

Edema : Tidak ada Ada

Pucat : V Tidak ada Ada

Akral : Hangat Dingin
Intensitas nadi : Kuat Lemah *Bounding*
CRT : < 3 detik > 3 detik
Irama nadi : Reguler Irreguler
Clubbing finger : Tidak ada Ada

Gastrointestinal

Labi Palatoschizis Perdarahan gusi Lain-lain : tidak ada kelainan

Muntah : Ya Tidak
Nyeri uluhati : Tidak ada Ada
Mual : Ya Tidak ada
Asites : Ada Tidak Ascites
Peristaltik Usus : 22 x/m

Lingkar perut : -

Eliminasi

Defekasi :

Pengeluaran : Anus stoma, sebutkan : -

Frekuensi : 1x/sehari Konsistensi : padat

Karakteristik feses : Normal cair hijau demper

terdapat darah lain-lain : -

Urin :

Pengeluaran : Spontan kateter urine cystostomy

Kelainan : Tidak ada ada, sebutkan : -

Diuresis :

Integumen

Warna kulit : normal pucat kuning *mottled*

Kelainan : tidak ada ada

Resiko dekubitus : tidak ada ada

Luka : tidak ada ada

Muskuloskeletal

Kelainan Tulang: Tidak Ada Ada, sebutkan : -

Gerakan anak: Bebas Terbatas

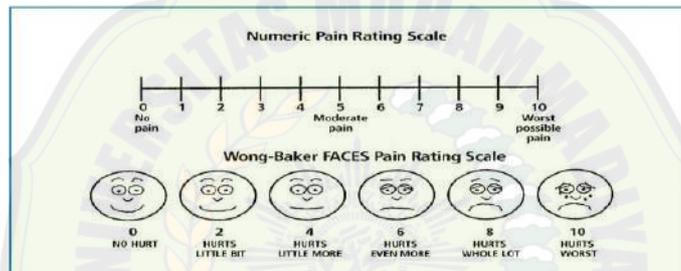
Genitalia : Normal Kelainan, sebutkan :-

AA. SKRINING NYERI

u. Adakah rasa nyeri : Tidak Ya

Lokasi : Frekuensi : Durasi : kadang-kadang

v. Skor nyeri :



w. Tipe nyeri : terus-menerus hilang timbul

x. Karakteristik nyeri : terbakar tertusuk tumpul
 tertekan berat tajam kram

y. Nyeri mempengaruhi : tidur aktivitas fisik konsentrasi emosi nafsu
 makan

BB. SKRINING GIZI

Tinggi Badan : 100 cm Berat Badan : 19,2 kg Lingkar Kepala : cm

SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? kurus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0) <input checked="" type="checkbox"/>	Ya (1)
2	terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan	Tidak (0)	Ya (1)

	terakhir? ayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? <i>sien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban "Ya"</i>	√	
3	terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 9) Diare profuse ($\geq 5x/hari$) dan atau muntah ($>3x/hari$) 10) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0) √	Ya (1)
4	terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0) √	Ya (2)
TOTAL		0	

CC.STATUS FUNGSIONAL

PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	3 tahun	4	3
	n	3	
	in	2	
	n	1	
Jenis kelamin		2	2
	an	1	
Diagnosis	n Neurologis	4	1
	n dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	psikis/ perilaku	2	
	s lain	1	
Gangguan kognitif	dar terhadap keterbatasan	3	3
	erbatasan	2	

	hui kemampuan diri	1	
Faktor lingkungan	jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	3
	menggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	berada di tempat tidur	2	
	di luar ruang rawat	1	
Respon terhadap operasi/ obat penenang/ efek anastesi	4 jam	3	1
	8 jam	2	
		1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
TOTAL			14 (resiko jatuh tinggi)

Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)

DD. KEBUTUHAN EDUKASI

Hambatan pembelajaran :

Tidak ada

Pendengaran lain - lain

Penglihatan √kognitif

Budaya/kepercayaan √Emosi

Bahasa Motivasi

Edukasi yang diperlukan :

Manajemen Hipertermia

Lain-lain (-)

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal : 01 Maret 2021

Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Unit
OGI		
<u>LENGKA</u>		
<u>P</u>	0	metry
bin		metry
rit	35- 43	metry
it	0.0-1.0	metry
<u>nt</u>	1 -5	metry
Basofil	50.00-70.0	metry
Eosinophil	20 - 70	metry
Neutrophil	1 - 11	metry
Lomfosit		
Monosit		
inik		
th sewaktu		

E. TERAPI

Nama obat	Dosis / Cara Pakai	Keterangan
Cetirizine	10 mg K/P	Obat untuk menetralkan alergi
Parasetamol	500 mg jika T > 38,5 C	Parasetamol adalah obat untuk menurunkan demam dan pereda nyeri, seperti nyeri haid

			dan sakit gigi.
	amin	alergi K/P	an untuk menetralsisir alergi
			engobati alergi
	L		umber elektrolit dan air

ANALISA DATA

1 0 WIB	<p>n mengatakan anaknya demam sejak 1 HSMR, batuk pilek kadang -kadang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 38,4°C - kulit terasa hangat - Nadi 157 x/mnt - RR 22 x/mnt - Hasil lab: Hb : 11.3 AL : 6400 Ht : 33 At : 219.000 GDS : 96 	ni	nyakit
2021 0 WIB	<p>pasien mengatakan anaknya sejak panas malas minum, BAB keras</p> <p>ing,</p> <p>ngat</p> <p>lat dan keras</p>	onstipasi	timbangan asupan cairan

M. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien :An.Ah

Ruang :R.Mawar

I/Jam	DP	SLKI	SIKI	Nama									
Senin, 01-03- 2021 0 WIB		<p>dilakukan tindakan selama 2x24 jam diharapkan kondisi pasien membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>klasifikasi (L.14134)</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>arah</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>an :</p> <p>21. Meningkat 22. Cukup meningkat 23. Sedang 24. Cukup menurun 25. Menurun</p>				arah						<p>Manajemen Hipertermia (L.15506)</p> <p>29. monitor suhu tubuh 30. kolaborasi pemberian obat antipiretik 31. monitor komplikasi akibat hipertermia 32. Indikasikan penyebab hipertermia 33. Lakukan kompres hangat 34. Edukasi gunakan pakaian yang tipis 35. Edukasi keluarga bantu pasien minum</p>	
arah													

N. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien :An.Ah

Ruang :R.Mawar

I/Jam	DP	Implementasi	Respon	Nama
Selasa,		Memonitor suhu	u klien mengatakan anaknya	

02-03-2021 08.00 WIB			masih demam 37,6	PR
08.15 WIB		Indikasikan penyebab hipertermi	mengatakan anaknya batuk kadang-kadang, susah minum t kering - kulit terasa hangat	
08.30 WIB		Kolaborasikan pemerian obat	mengatakan meminta obat penurun panas agar suhu anaknya turun acetamol	
08.45 WIB		Monitor hasil laboratorium	laboratorium darah rutin: dalam batas normal	
09.00 WIB		Monitor asupan makan atau minum	pasien mengatakan anaknya menghabiskan makan 1/2 porsi lihat makanan masih tersisa 1/2 porsi	
09.15 WIB		Edukasi keluarga: bantu anak berikan makan atau minum sedikit tapi sering	mengatakan sudah melakukan apa yang di beritahu	

O. EVALUASI

Nama Klien : An. Ah

Respon :R.Mawar

gl/Jam	P	SOAP	Nama
WIB		<p>en mengatakan anaknya demam sudah turun dan sudah diperbolehkan pulnag oleh dokter</p> <ul style="list-style-type: none">- Suhu : 36,3 C°- kulit terasa hangat- Anak D sudah mulai mau makan dan minum <p>lah keperawatan Hipertermia teratasi</p> <p>si keluarga untuk melakukan manajeman hipertermi bila pasien demam di rumah</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Monitor suhu tubuh✓ Minum obat sesuai anjuran✓ Monitor komplikasi akibat hipertermia✓ Indikasikan penyebab hipertermi✓ Lakukan kompres hangat✓ Edukasi gunakan pakaian yang tipis✓ Edukasi keluarga bantu pasien minum	