

## **BAB III**

### **LAPORAN STUDI KASUS**

#### **A. Pengkajian Dasar**

##### 1. Biodata Pasien

- a. Tanggal masuk : 11 Maret 2021, Pukul 09.00 wib
- b. Tanggal pengkajian : 11 Maret 2021, Pukul 10.00 wib
- c. Nama inisial klien : An.H
- d. Umur : 2,5 Tahun
- e. Alamat : Kotabumi Ilir
- f. Jenis Kelamin : Perempuan

##### 2. Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Ny.Y
- b. Hubungan dengan klien : Orang Tua (Ibu Kandung)
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Agama : Islam
- e. Pendidikan : SMA (Sekolah Menengah Atas)
- f. Pekerjaan : Petani
- g. Alamat : Kotabumi Ilir

##### 3. Data Medik

- a. Dikirim oleh : IGD
- b. Diagnosa Medis
  - Saat Masuk : Thalasemia
  - Saat Pengkajian : Thalasemia

##### 4. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Klien datang ke RS pada tanggal 11 Maret 2021 pukul 09.00 wib dibawa oleh orang tuanya. Pada pengkajian tanggal 11 Maret 2021, orang tua mengatakan klien baru bermain dengan kakak nya dan setelah bermain klien tampak pucat dan lemah. ibu klien mengatakan anaknya tampak

pucat beberapa hari terakhir dan sudah waktunya untuk memeriksakan kesehatannya untuk melakukan rutinitas transfusi darah setiap sebulan sekali.

5. Keluhan Utama Saat Pengkajian :

Pada saat pengkajian, klien tampak pucat, badan tampak lemah. sesak napas (-). Keluhan lemes bertambah bila klien banyak beraktivitas yang terlalu capek. keluhan berkurang bila klien istirahat dan tidur. klien datang ke rumah sakit karena akan dilaksanakan transfusi darah, transfusi terakhir adalah 1 bulan yang lalu.

6. Penampilan umum

Keadaan umum klien tampak lemah, pucat, kurus, dan klien tampak rewel.

7. Pengkajian Tanda Vital

Pada saat pengkajian tanda – tanda vital didapatkan Nadi 80 x/mnt, pernafasan 25 x/mnt, suhu tubuh 36,6°C, BB 11 kg, TB 70 cm, Hb 8,7 g/dl.

8. Pengkajian Sirkulasi

Ibu klien mengatakan klien mengalami kelelahan disaat terlalu banyak beraktivitas, warna kulit tampak pucat, pada pemeriksaan inspeksi CRT >3 detik tidak ada sianosis, pemeriksaan auskultasi bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular bunyi jantung II saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan tidak ada, dan tidak ada kelainan.

9. Pengkajian nutrisi dan cairan

Terjadi penurunan nafsu makan, ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya berkurang dan mengatakan anak nya cepat kenyang saat makan, frekuensi makan 2 kali sehari, 3-4 sendok makan, jenis makanan nasi, lauk ikan, tidak suka makan sayur-sayuran dan buah, ibu mengatakan klien

sangat senang dengan minuman dingin, frekuensi minum 5 gelas dalam sehari.

10. Pengkajian eliminasi

Buang air besar (BAB) defekasi klien lancar tidak ada gangguan bab 1 kali dalam sehari, tidak diare warna feses coklat kehitaman. bab baik urine berwarna kuning jernih bak 3 kali dalam sehari dan tidak ada gangguan ataupun kelainan.

11. Pengkajian aktivitas dan istirahat

Kegiatan bermain di rumah sakit tidak ada, tidak ada tidur siang, ibu klien mengatakan tidur malam hari  $\pm$  7 jam per hari, tidak ada keluhan sulit tidur, klien biasa main di rumah dengan sepupu dan kakak nya, klien sangat senang membaca dan main boneka barbie dengan teman sebayanya, pada saat pengkajian klien tampak sedang bermain hp dengan keadaan lesu, lelah, fisik klien tampak lemah.

12. Pengkajian neurosensory

Pada saat pengkajian tidak ada gangguan reflek hisap, rongga mulut klien bersih, tidak ada sariawan, klien tidak muntah, Keadaan mukosa bibir kering dan pucat.

13. Pengkajian nyeri dan kenyamanan

Klien tampak rewel, klien sering menangis tidak nyaman pada saat transfusi.

14. Pengkajian psikologis

Klien sulit berkonsentrasi, klien tampak tidak berdaya, klien sering menangis, terkadang marah.

15. Pengkajian status gizi dan tumbuh kembang

Pengkajian pertumbuhan : BB 11 kg dan TB 70 cm, status gizi : kurus, asupan gizi ditingkatkan. status perkembangan An.H menggunakan KPSP umur 30 bulan, dapat mengikuti perintah sederhana, sudah bisa mengcoret – mengcoret pensil pada kertas, dapat menunjuk bagian pada tubuhnya dengan benar tanpa bantuan, ketika di minta melihat gambar dan dapat menyebutkan beberapa gambar dengan benar tanpa bantuan, ibu mengatakan anaknya belum bisa melepaskan pakaiannya secara mandiri, belum bisa makan secara mandiri.

16. Pengkajian kebersihan diri

Klien belum mampu untuk membersihkan diri secara mandiri karena umur klien yang masih balita yaitu 2,5 tahun, ibu mengatakan klien biasa mandi 2 kali sehari dengan air hangat dan menggunakan sabun, gosok gigi 1 kali sehari.

17. Pengkajian keamanan dan proteksi

Pada saat pengkajian klien tampak trauma karena harus transfusi darah setiap bulan, tangan klien yang membiru akibat tusukan infus yang berulang. pada saat pemeriksaan fisik tidak ditemukan adanya patah tulang. warna kulit klien tampak pucat.

18. Pengobatan yang di dapat oleh anak thalassemia selama dirumah sakit yaitu.

**Tabel 3.1**

Penggunaan Obat Pasien Anak Dengan Gangguan Kebutuhan Sirkulasi Pada Kasus Thalassemia Terhadap An.H di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 11 maret 2021

<b>OBAT</b>	<b>DOSIS</b>	<b>METODE</b>
Infus Nacl	1000 cc	IV
Transfusi PRC	150 cc	IV
Asam Folat	1 x 1 tab	Oral
Santa E	1 x 1 tab	Oral

#### 19. Pemeriksaan laboratorium

Adapun hasil pemeriksaan laboratorium An.H Di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Lampung Utara pada tanggal 11 Maret 2021 adalah sebagai berikut :

**Tabel 3.2**

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

<b>NO</b>	<b>NAMA PEMERIKSAAN</b>	<b>HASIL</b>	<b>NILAI NORMAL</b>
1.	WBC	$8.60 \times 10^3/Ul$	4.00 – 12.00
2.	RBC	$3.29 \times 10^6Ul$	3.50 – 5.20
3.	HGB	8.7 g/dL	12.0 – 16.0
4.	PLT	$347 \times 10^3/Ul$	150 – 450

20. Analisa data

**Tabel 3.3**

Analisa Data Pada Pasien Anak Dengan Gangguan Kebutuhan Sirkulasi Pada Kasus Thalassemia Terhadap An.H di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 11 maret 2021

NO	Data (DS/DO)	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	2	3	4
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An.H mengatakan anaknya Tampak pucat dan lemah</li> </ul> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna kulit tampak pucat</li> <li>2. CRT &gt;3 detik</li> <li>3. Nadi 80 x/m</li> <li>4. Hb 8,7 g/dl</li> </ol>	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin
2	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu An.H mengatakan nafsu makan anaknya berkurang</li> <li>2. Ibu An.H mengatakan anak nya cepat kenyang saat makan</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BB 11 kg</li> <li>2. Frekuensi makan 3x sehari, setiap makan habis 4-3 sendok</li> </ol>	Defisit Nutrisi	Kurangnya asupan makanan

3	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ibu An.H mengatakan anaknya mudah sekali lelah saat beraktivitas</li></ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak lemah</li><li>2. Klien tampak pucat</li><li>3. Hb 8,7 g/dl</li></ol>	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan
---	--	-----------------------	-----------

**B. Diagnose Keperawatan (SDKI 2017)**

Dari hasil pengkajian di atas didapatkan diagnosa sebagai berikut :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan Ibu An.H mengatakan anaknya tampak pucat dan lemah, Warna kulit pucat, Nadi 80 x/m, Hb 8,7 g/dl, CRT >3 detik.
2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Kurangnya asupan makanan ditandai dengan, Cepat kenyang setelah makan, Nafsu makan menurun, BB 11 kg, frekuensi makan 3x sehari setiap makan habis 2-3 sendok makan.
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan Ibu An.H mengatakan anaknya mudah sekali lelah saat beraktivitas, Tampak lemah, Tampak pucat, Hb 8,7 g/dl.

### C. Rencana Keperawatan

**Tabel 3.4**  
Rencana Keperawatan Pasien Anak Dengan Gangguan Kebutuhan Sirkulasi Pada Kasus Thalassemia Terhadap An.H di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
11 maret 2021

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI ( Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
1.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An.H mengatakan anaknya Tampak pucat dan lemah</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna kulit tampak pucat</li> <li>- CRT &gt;3 detik</li> <li>- Nadi 80 x/m</li> <li>- Hb 8,7 g/dl</li> </ul>	<p><b>Perfusi Perifer (L.02011)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Warna kulit pucat menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer(mis. Nadi perifer, warna,suhu)</li> <li>2. Monitor panas,kemerahan,nyeri</li> <li>3. Monitor TTV</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>2. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>3. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>4. Lakukan hidrasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1.Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat asam folat, santa e ,</li> <li>2. Kolaborasi pemberian transfusi prc</li> </ol>

1	2	3	4
2	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan Kurangnya asupan makanan ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An.H mengatakan anaknya kurang nafsu makan</li> <li>- Ibu An.H mengatakan anaknya cepat kenyang saat makan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BB 11 kg</li> <li>- Frekuensi makan 3x sehari, setiap makan habis 2-3 sendok</li> </ul>	<p><b>Status Nutrisi (L.03030)</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Berat badan membaik</li> <li>3. Perasaan cepat kenyang menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nutrisi (L.03119)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor berat badan</li> <li>2. Monitor asupan nutrisi</li> <li>3. Monitor tumbuh kembang</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>5. Identifikasi status nutrisi</li> </ol> <p><b>Traupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ol>

1	2	3	4
3	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu An.H mengatakan anaknya mudah sekali lelah saat beraktivitas</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemah</li> <li>- Klien tampak pucat</li> <li>- Hb 8,7 g/dl</li> </ul>	<p><b>Toleransi Aktivitas (L.05047)</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>2. Keluhan lelah menurun</li> <li>3. Perasaan lemah menurun</li> <li>4. Dispnea setelah aktivitas menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor TTV</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>

#### D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.5**

Catatan Perkembangan Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Sirkulasi Pada Kasus Thalassemia Terhadap An.H di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
11 maret 2021

Perawatan ke 1

NO	NO DX	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	1	<p><b>Tanggal: 11/3/2021</b></p> <p><b>Pukul: 10.10 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV</li> <li>2. Memonitor respon sesak nafas &amp; pucat</li> </ol> <p><b>Pukul: 10.20 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan transfusi darah prc 150 cc</li> </ol> <p><b>Pukul: 12.30 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi akral, dan warna kulit</li> <li>2. Mengkolaborasi pemberian asam folat 1x1 dan santa e 1x1 melalui oral</li> </ol>	<p><b>Tanggal : 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul: 12.40 wib</b></p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan klien tampak lemah berbaring di tempat tidur</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah, tampak rewel</li> <li>2. (RR :25x/m, N :80x/m, S :36,6°C, Hb 8,7 g/dl)</li> <li>3. PRC 150 cc habis dalam waktu 2 jam</li> <li>4. CRT &gt;3 detik, akral dingin, dan warna kulit pucat</li> </ol> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah teratasi sebagian</li> </ol> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lanjutkan intervensi</li> <li>2. Monitor TTV</li> <li>3. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai thalassemia</li> </ol> <p style="text-align: center;">Paraf <math>\delta</math></p> <p style="text-align: center;">Salsabila Syahidah</p>

1	2	3	4
2	2	<p><b>Tanggal: 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul : 13.00 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur berat badan</li> <li>2. Memonitor asupan nutrisi</li> <li>3. Menanyakan adanya alergi makanan</li> </ol> <p><b>Pukul: 13.50 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan makan sedikit tetapi sering</li> <li>2. Menganjurkan kepada orangtua makan makanan yang tinggi kalori dan protein, sereal, gandum, susu, telur, buah-buahan.</li> </ol>	<p><b>Tanggal : 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul: 14.00 wib</b></p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien memahami anjuran yang telah disampaikan</li> <li>2. Ibu Klien mengatakan An.H sehari-hari makan dengan lauk ikan, tidak suka sayuran dan buah-buahan.</li> <li>3. Ibu klien mengatakan An.H tidak ada alergi makanan</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan belum membaik (BB 11kg)</li> <li>2. Membrane mukosa klien pucat</li> <li>3. Proses tumbuh kembang belum membaik</li> </ol> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah belum teratasi</li> </ol> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lanjutkan intervensi</li> <li>2. Monitor tumbuh kembang</li> <li>3. Monitor berat badan</li> <li>4. Monitor asupan nutrisi</li> </ol> <p style="text-align: center;">Paraf  <math>\delta</math>  Salsabila Syahidah</p>

1	2	3	4
3	3	<p><b>Tanggal : 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul : 14.00 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor ttv</li> <li>2. Memonitor adanya kelelahan fisik atau tidak</li> </ol> <p><b>Pukul: 14.20 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi adanya batasan pasien dalam beraktivitas</li> </ol> <p><b>Pukul: 14.30 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan keluarga klien melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol>	<p><b>Pukul: 15.00 wib</b></p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan An.H masih lemas</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. RR :27x/m, N :83x/m, S :36°C</li> <li>1. Pasien masih tampak lemah</li> <li>2. Pasien masih tampak pucat</li> <li>3. Klien mulai bisa beraktivitas</li> </ol> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah belum teratasi</li> </ol> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lanjutkan intervensi</li> <li>2. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas</li> <li>3. Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat</li> <li>4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik.</li> </ol> <p style="text-align: center;">Paraf</p> <p style="text-align: center;">δ</p> <p style="text-align: center;">Salsabila Syahidah</p>

Perawatan ke 2

No.	No.Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	1	<p><b>Tanggal : 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul :16.00 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor ttv</li> <li>2. Memonitor respon sesak nafas &amp; pucat</li> <li>3. Mengobservasi akral, dan warna kulit</li> </ol> <p><b>Pukul: 16.35 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga klien mengenai pengertian,tanda dan gejala, penyebab, komplikasi, cara merawat anak thalassemia, dan makanan yang bisa dikonsumsi untuk anak thalassemia.</li> </ol>	<p><b>Tanggal : 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul: 17.30 wib</b></p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga klien mengatakan mengerti dan faham dengan apa yang sudah dijelaskan mengenai thalassemia</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. RR :28x/m, N :82x/m, S :36,5°C</li> <li>2. Klien tampak lebih cerah, klien tampak lebih tenang</li> </ol> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah teratasi</li> </ol> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hentikan intervensi</li> <li>2. Monitor TTV</li> <li>3. Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas &amp; pucat)</li> </ol> <p style="text-align: center;">Paraf</p> <p style="text-align: center;">δ</p> <p style="text-align: center;">Salsabila Syahidah</p>

1	2	3	4
2	2	<p><b>Tanggal : 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul : 17.00 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor berat badan</li> <li>2. Memonitor asupan nutrisi pada anak</li> </ol>	<p><b>Tanggal : 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul: 17.30 wib</b></p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan An.H sudah mau makan sedikit-sedikit</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan 11kg</li> <li>2. Pucat pada memberan mukosa berkurang</li> </ol> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah teratasi sebagian</li> </ol> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hentikan intervensi</li> <li>2. Monitor berat badan</li> <li>3. Monitor asupan nutris</li> <li>4. Monitor tumbuh kembang</li> <li>5. Menganjurkan makan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ol> <p style="text-align: center;">Paraf</p> <p style="text-align: center;">δ</p> <p style="text-align: center;">Salsabila Syahidah</p>

1	2	3	4
3	3	<p><b>Tanggal : 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul : 17.50 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi adakah pembatasan klien dalam melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Pukul : 18.20 wib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor nutrisi dan sumber energy</li> <li>2. Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik.</li> </ol>	<p><b>Tanggal : 11-03-2021</b></p> <p><b>Pukul: 19.00 wib</b></p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu klien mengatakan anak nya sudah lebih leluasa saat beraktivitas</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lebih bersemangat</li> </ol> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masalah teratasi</li> </ol> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hentikan intervensi</li> <li>2. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas</li> <li>3. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan</li> <li>4. Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat</li> <li>5. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik</li> </ol> <p style="text-align: center;">Paraf    Salsabila Syahidah</p>