

Lampiran 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : An. B

Umur : 9 Tahun

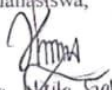
Ruang Rawat : Ruang I

Rumah Sakit : RS. Bhayangkara Polda Lampung

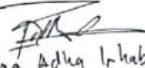
Setelah mendapat penjelasan dari mahasiswa tentang tujuan dari asuhan keperawatan yang akan dilakukan dan bahwa data yang didapatkan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan pembelajaran, maka dengan ini saya menyatakan bersedia/tidak bersedia *) sebagai subyek asuhan.

Bandar Lampung, 10 Februari 2022

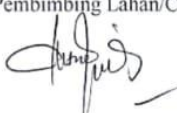
Mahasiswa,


Lusyana Natila Satrian

Pasien
a.n.


Bina Adha Inhab Nalati

Mengetahui,
Pembimbing Lahan/CI



Lampiran 2

	POLTEKKES TANJUNGPUR	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : Lusiana Nikita Sihuan
 NIM : 1919301023
 Pembimbing Utama : Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes.
 Judul Tugas Akhir :
 Asuhan Keperawatan Gangguan Keperawatan Cautan Pada Anak Dengan Hemoragik
 Fever Di Ruang I. Rs Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	25/2022 02	Acc Judul		
2	01/2022 03	Perbaiki Bab I (latar belakang)		
3	04/2022 03	Acc Bab I		
4	08/2022 03	Bab II (Tambahkan teori DHF)		
5	11/2022 03	Acc Bab II		
6	14/2022 03	Bab III dan IV (Perbaiki diagnosa perhatian analisa data, intervensi, eva)		
7	16/2022 03	Acc Bab III		
8	22/2022 03	Acc Bab IV		
9	19/2022 04	Konsultasi Bab V		
10	20/2022 04	Acc Bab V (Lampirkan pem. II)		
11	27/2022 05	Lampirkan Askep Tulis Tangan		
12	02/2022 06	Acc Cetak		

Bandar Lampung, 25 April 2022
 Pembimbing Utama


 Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes.

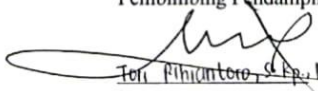
	POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tanggal	
	Lembar KonsultasiBimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : Lusyana Nikita Siahaan
NIM : 1914401023
Pembimbing Pendamping : Teri Pihiantoro, S.Ep., M. Kep.
Judul Tugas Akhir :
Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan Pada Anak Dengan Hemorrhagic Fever
Di Ruang I RS Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	25 April 2022	Konsul Bab I - Perbaiki abstrak, latar belakang, penulisan, tyuan		
2	27 April 2022	ACC Bab I		
3	28 April 2022	-Konsul Bab II dan III -Perbaiki penulisan huruf / istilah asing -tambahkan referensi pada intervensi		
4	29 April 2022	Konsul Bab II dan III -Tambahan referensi, perbaiki penulisan		
5	09 Mei 2022	ACC Bab II dan III		
6	10 Mei 2022	Konsul Bab IV (lengkapi pengkajian) -perbaiki aspek, intervensi hrs operasional, implementasi evaluasi		
7	12 Mei 2022	ACC Bab IV		
8	14 Mei 2022	Konsul Bab V dan Daftar Pustaka -Perbaiki penulisan dan daftar sesuai panduan		
9	16 Mei 2022	ACC BAB V, lanjut sidang		
10	03 Juni 2022	Revisi BAB IV (Pengkajian, Intervensi, Implementasi)		
11	09 Juni 2022	Revisi Daftar Pustaka		
12	08 Juni 2022	ACC Cetak		

Bandar Lampung, Mei, 2022
Pembimbing Pendamping


Teri Pihiantoro, S.Ep., M. Kep

Lampiran 3

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN
KEBUTUHAN CAIRAN **AKIBAT PATOLOGI SISTEM**
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DENGUE HEMORRAGIC FEVER
DI RUMAH SAKIT BHATANGARA POLDA LAMPUNG



Nama : Lusyana Nikita Siahaan
NIM : 1919401023

POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
2021

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Luharna Nikita Siahaan
 NIM : 1014401023 Tgl Pengkajian : 06 Februari 2021
 Ruang rawat : Kuang 1 No. Register : 067274

A. IDENTITAS KLIEN

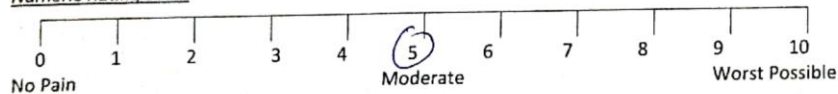
1. Nama : An B
 2. Umur : 9 tahun
 3. Jenis kelamin : (L) / P *
 4. Pendidikan : SD
 5. Pekerjaan : Pelayar
 6. Tgl masuk RS : 07 Februari 2022 Waktu : 21.45 WIB
 7. Dx. Medis : DHF
 8. Alamat : Jl. Keramat Jaya R T. 04, Hajimenn, Natar, Lampung Selatan

B. RIWAYAT KESEHATAN

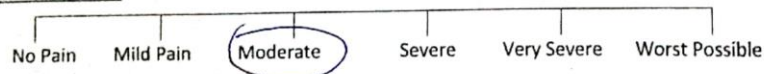
Cara Masuk : ☒ Melalui IGD ☐ Melalui Poliklinik ☐ Transfer ruangan _____
 Masuk ke Ruangan pada tanggal : 07 Februari 2022 Waktu : 21.45 WIB
 Diantar Oleh : ☐ sendiri ☒ Keluarga ☐ Petugas Kesehatan ☐ Lainnya _____
 Masuk dengan menggunakan : ☐ Berjalan ☐ Kursi Roda ☐ Brankar ☐ Kruk ☐ Walker
☐ Tripod ☐ Lainnya, Jelaskan _____
 Status Mental saat masuk : ☒ Kesadaran : Composmentis
☐ GCS : E 4 M 6 V 5
 Tanda Vital Saat Masuk : TD - mmHg
 Nadi 145 x/menit ☐ teratur ☐ Tidak teratur ☐ Lemah ☐ Kuat
 RR 24 x/menit ☐ teratur ☐ Tidak teratur

Nyeri :

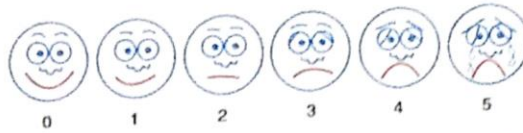
Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale

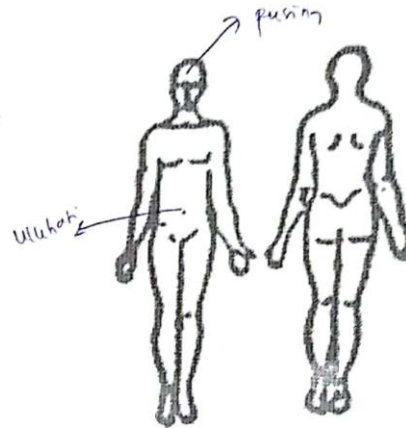


Status Lokal :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokal disamping :

- C – Contusion
- L – Lacerations
- R – Rashes
- S – Scars
- *Parasite (scabies/lice)
- D – Decubitus
- T – Tattoo
- B – Bruises
- X – Body Piercing
- P – Pain
- O – Other _____

Tinea Pedis: ...Ya ...Tidak
Jelaskan:



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA	NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0
		Ya	25	
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	15
		Ya	15	
3	Alat Bantu Jalan			0
	a. Bedrest dibantu perawat		0	
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15	
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20
		Ya	20	
5	Gaya berjalan / pindah			0
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri		0	
	b. Lemah tidak bertenaga		10	
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20	
6	Status Mental			0
	a. Sadar penuh		0	
	b. Keterbatasan daya ingat		15	
JUMLAH SKOR			95	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIAU
2. Risiko rendah, tindakan pencegahan jatuh standar	25 - 50	KUNING
3. Risiko tinggi, tindakan pencegahan jatuh risiko tinggi	> = 51	MERAH

1. Keluhan utama saat pengkajian : Demam

2. Riwayat penyakit Sekarang :
 Pasien Pd tgl 01 September 2018 pukul 12.30 WIB diw ke RS Bhayangkara Polda Lampung dgn mengeluh demam dua hari sejak awal dirawat, diare, mual, muntah, 3x/hari. Kemudian pasien diw kerong lap. Ibu klien mengatakan klien mengeluh mual dan muntah jika ada makanan atau minuman masuk. Kadang muntah, kadang klien tidak nafsu makan. Klien mengatakan nyen pada uluhati seperti dihisuk-tuuk dgn tangan biling bmbul. Staka nyeri 5, klien mengatakan nyen pada uluhati. Sakit jika ditekan saja. Ayah klien mengatakan sebelum diw ke RS klien diare dan BAB setiap 2 jam sehari. Ayah klien mengatakan sebelum masuk RS klien makan nasi bungkus paku sehingga klien dan adiknya diare krn makanan itu asam. Kedu2 orang tua tdk diare. Setelah dilakukan pengkajian di RS, ibu klien mengatakan klien hanya minum 1 gelas air putih / hr atau 500 ml/hari sehingga mukosa klien tampak kering, klien tampak gelisah, wajah tampak pucat, akral teraba hangat, kulit teraba hangat, tungkai tampak edema, tidak ada bintik merah (petekie) di bagian dada. Ibu klien mengatakan BAB klien setelah dirawat sebanyak 7 kali sehari dgn konsistensi cair dan warna kuning. Suhu 38,1°C, HB 11g, Ht 34%, leukont 11000, trombosit 80.000, HbCS : 15, klien terpasang infus

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : Tidak ada

4. Bentuk reaksi alergi yg dialami : Tidak ada

5. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI
Paracetamol	-	-	-

6. Apakah obat / herbal tersebut masih dikonsumsi hingga saat ini ?

() Ya, Alasan : _____

() Tidak, Alasan : Tidak, pasien hanya minum obat dari RS

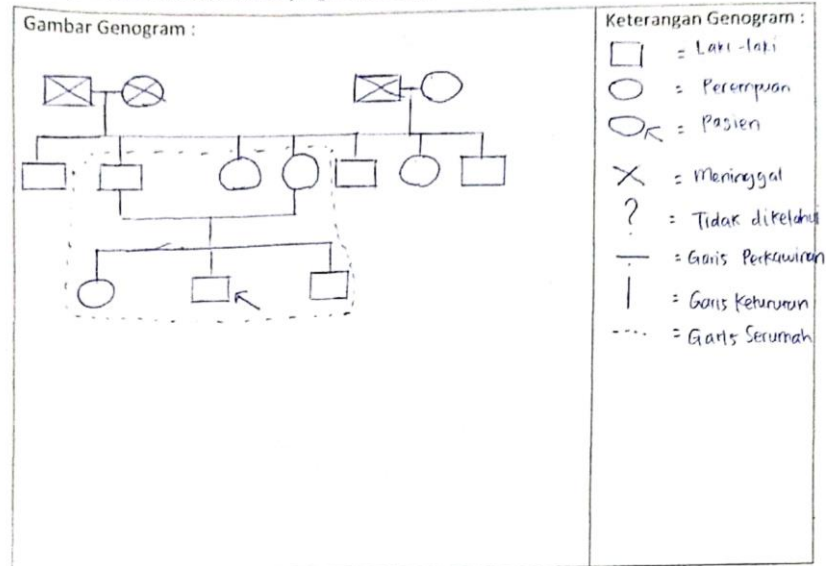
7. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang:

Tidak ada

8. Riwayat penyakit keluarga :

Tidak ada

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

1. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

- () Tampak Sehat () Tampak Sakit Ringan (✓) Tampak sakit sedang
() Tampak Sakit Berat

Catatan lain :

1. Klien tampak sakit sedang

2. Reaksi umum klien Compo Ment

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

() Olahraga : teratur / tidak teratur (tidak pernah) Jika olahraga, jenisnya :

() Minum air putih : 0,5 L/hari () Kopi () teh () Soda () Minuman bersuplemen

Frekuensi konsumsi jenis minuman tsb :x/hr (✓) Makanan, diet tertentu : Diet IKTP

() Merokok, Jenis..... Jumlahbtg/hari Merokok sejak usia..... thn, lama thn

Jenis rokok : Keinginan berhenti merokok : (-) Ada (-) Tidak ada

Upaya Berhenti merokok : (-) Pernah (-) Belum pernah

Jika pernah : () berhasil

() Tidak berhasil, kendala :

Jika mengalami tekanan/masalah, cara melampiaskan stress : () Marah-marah

() Merusak barang-barang

() Memukul, mencubit, menciderai, meninju orang lain maupun diri sendiri.

(x) Menangis

() Memendam perasaan

() Mengatakannya secara baik-baik

Catatan lain :

Ibu klien mengatakan klien mengalami masalah untuk melampiaskan stressnya hanya menangis

❖ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

() Melakukan medical check up : () rutin () Kadang²

Jenis Medical Check Up yg dilakukan :

() Kunjungan ke Faskes : () rutin (x) Kadang²

Jenis Faskes yg dikunjungi : Puskesmas / Klinik

() Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki : BPJS

Catatan lain :

1. Ibu klien mengatakan klien jarang melakukan Medical check up. Klien mengunjungi faskes berupa untuk dan hanya apabila klien merasa dirinya sakit.

2. Klien memiliki jaminan kesehatan yaitu BPJS.

❖ Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri

() Pemeriksaan payudara sendiri

() Pemeriksaan testis sendiri (khusus pria)

() Pemeriksaan Tekanan Darah sendiri

() Pemeriksaan Gula Darah mandiri

() Pemeriksaan Kolesterol mandiri

() Pemeriksaan Asam Urat mandiri

() Pemeriksaan mandiri lainnya, sebutkan

Catatan lain :

Keluarga klien mengatakan tdk pernah memeriksa kesehatan sendiri di rumah km. Keluarga klien tdk mempunyai akses.

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya ? Tidak Pernah
 Jika pernah, kapan, Dirawat karena
 Pernahkah klien menjalani operasi ? Tidak Pernah
 Jika pernah, kapan, Dioperasi karena
 Catatan lain :

❖ Obat, Jamu, Herbal atau terapi lain yg dijalani sebelum masuk RS

Obat Yg sering dikonsumsi : Jamu Yg sering dikonsumsi :
 Terapi lain yg dijalani : (Cth : Accupresure, bekam, akupuntur, dll)
 Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah
 Apakah obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini ?
 Alasannya :
 Catatan lain :

2. Pola Metabolik – Nutrisi

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : (☒) Nasi Putih () Nasi Merah () Ubi & Olahannya () Roti
 Berapa banyak ? 3 x / hari (ukuran Rm Tangga)
 Konsumsi Sayur Mayur : (☒) Selalu () Kadang kadang () Sangat Jarang
 Jenis Sayur Yg paling disukai : Kayam dan Kangkung
 Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai :
 Olahan sayur yg sering : () rebus () masak santan (☒) tumis () bakar () Goreng
 Konsumsi Lauk : (☒) Selalu () Kadang kadang
 Jenis lauk Yg paling disukai : Tahu, tempe, ikan
 Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi : Tahu, ikan
 Olahan lauk yg sering dikonsumsi : () rebus () masak santan () tumis () bakar (☒) Goreng
 Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai :
 Frekuensi makan makanan utama & pelengkap : () 1-2 x/hr (☒) 3 x/hr () > 3 x/hr
 Kudapan/Camilan : (☒) Selalu () Kadang kadang
 Rasa kudapan yg paling disukai : (☒) manis () asin
 Frekuensi makan kudapan dlm sehari : (☒) 1-2 x/hr () 3 x/hr () > 3 x/hr.
 Jenis kudapan/camilan yg sering : () Permen / coklat (☒) kue/roti/donat () bakso/somay/mi
 & sejenisnya () kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya () es krim/es campur/soda &
 minuman sejenisnya

Catatan lain :

- ❖ Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir)
- (☒ 3 hari terakhir (☐ 24 jam terakhir
- Jenis diet : (Lih. di catatan medis)
- Bentuk makanan yg diberikan : (☒ padat (☐ Bubur biasa (☐ Bubur saring (☐ Cair
- Cara Pemberian : (☒ Oral (☐ Sonde (☐ Parenteral
- Frekuensi pemberian :x/hari Kudapan/camilan :x/hari
- Kemampuan makan : (☒ mandiri (☐ bantuan (☐ tergantung total
- Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan :
- (☐ satu porsi habis setiap kali makan (☐ $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi (☒ < $\frac{1}{2}$ porsi
- Alasan tidak menghabiskan makan : klien mengatakan merasa mual, muntah, dan tidak nafsu makan
- Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi :

Catatan lain :

- ❖ Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

(☐ Gangguan menelan (☐ Gangguan mengunyah (☐ Gangguan mengecap (☒ Mual

(☒ Muntah (☐ Nyeri gigi/caries (☐ Terpasang peralatan medis (☐ Penurunan kesadaran

(☒ Anoreksia / (☒ tidak nafsu makan) Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan

(☒ Perasaan tidak nyaman di abdomen; yaitu ulu hati

(☐ Tidak ada keinginan untuk makan yg berhubungan dg masalah psikologis (marah, depresi, sedih, putus asa)

Catatan lain :

- ❖ Energi Metabolik

(☒ merasa lemah (☐ merasa tenaga menurun (☐ mudah lelah

(☐ tidak mampu melakukan aktifitas (☐ tidak ada tenaga

Catatan lain :

klien tampak lemah

- ❖ Persepsi klien tentang BB nya (Hanya untuk klien dg kesadaran penuh)
 () Merasa BB normal () Merasa BB Lebih () Merasa sangat gemuk (x) Merasa kurus

Catatan lain:

- Ibu klien mengatakan klien BB turun selama rawat
 - BB klien (sebelum masuk RS) : 20 kg
 - BB klien (setelah masuk RS) : 19 kg
 Rumus: $\frac{BB(kg)}{TB(m)^2} = \frac{19}{(1,2)^2} = 13,2$

3. POLA ELIMINASI

- ❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)

() Tidak di kateterisasi urine (jika pasien di kateter maka pertanyaan langsung ke bagian dilakukan kateterisasi urine)

(-) Frekuensi b.a.k dalam 24 jam : 3x x/hr () Penggunaan bedpan / urinal diatas TT

(-) Ke toilet : () mandiri (x) dengan bantuan

Apakah klien diinstruksikan untuk tampung urine 24 jam

(x) Ya, untuk keperluan uji urin menyambung frekuensi urindgn pispor

() Tidak, karena

Warna urine : (x) kuning jernih () Keruh () berbusa () Merah terang () Merah pekat
 () bekuan darah

Bau urine : (x) normal () busuk () anyir

Masalah dalam pengeluaran urine : (x) Nyeri (-) Aliran tersendat (-) enuresis (-) Incontinensia

(-) retensi parsial/total (-) urine menetes (-) mendedan (-) keluar pasir-pasir

(-) Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya Lama kateter terpasang :hari

Kebersihan kateter : (-) bersih (-) tampak kotor

Keluhan klien terhadap kateter terpasang : (-) nyeri (-) panas (-) perih (-) tidak nyaman

Aliran urine dlm selang kateter : (-) lancar (-) tersendat

Warna urine dalam urine bag/selang kateter : (-) kuning jernih (-) kuning pekat (-) keruh

(-) berakut/granulasi (-) merah terang (-) merah pekat

Volume urine bag dalam 3 jam terakhir :ml

Volume urine bag dalam 6 jam terakhir :ml

Volume urine bag dalam 8 jam terakhir :ml

Volume urine bag dalam 24 jam terakhir : ml

Volume cairan irigasi (jika dilakukan irigasi blas) dalam 24 jam terakhir :ml.

Tetesan irigasi : tts/menit

Catatan lain:

- klien mengatakan BAK 1x (400 cc) sehari dan BAB 1x sehari (700 cc) dan konsistensi cair dan berwarna kuning.

- Ibu klien mengatakan warna urine klien kuning dan bau normal

- Klien mengatakan tak sakit saat BAK

- klien tampak tidak terpasang diare

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

- ❖ Aktifitas sehari-hari

Pekerjaan : pelajar

Kegiatan Sosial/kemasyarakatan :

Masalah kesehatan anggota gerak :

(-) kelemahan ekstremitas.....

(-) kekakuan ekstremitas.....

(-) kontraktur area.....

Kemampuan melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, berhias, makan, toilet) :

() mandiri (✓) bantuan sebagian () bantuan penuh

Penggunaan alat bantu gerak : (-) kruk (+) walker (-) tripod (-) tongkat

Catatan lain :

Ibu klien mengatakan jika klien mandi, berpakaian, berhias, makan, toilet dibantu oleh orang lain.

5. POLA ISTIRAHAT – TIDUR

❖ Kebiasaan tidur

Kebiasaan tidur sehari-hari : (✓) 6 – 8 jam/hari () < 6 – 8 jam/hari () > 6 – 8 jam/hari.

Tingkat kesegaran setelah bangun tidur : (✓) segar () tidak segar.

Kebiasaan tidur saat ini : () 6 – 8 jam/hari (✓) < 6 – 8 jam/hari () > 6 – 8 jam/hari.

Masalah gangguan tidur : () mimpi buruk () pikiran tidak tenang () nyeri

() lingkungan bising/berisik () pencahayaan ruangan (✓) suhu ruangan tdk nyaman

() pengunjug/pembezuk banyak

Penggunaan alat/zat bantu tidur : () musik relaksasi () hypnoterapi

() obat-obatan, jenisnya.....

Catatan lain :

6. POLA PERSEPSI KOGNITIF

❖ Gambaran tentang indera khusus

(-) penurunan tajam penglihatan (-) kacamata bantu (-) penurunan tajam pendengaran

(-) alat bantu dengar (-) penurunan tajam penciuman

(-) rasa baal indera perabaan (telapak tangan, telapak kaki) : kiri / kanan

(-) rasa kebas, kesemutan area.....

(-) rasa nyeri, karakteristik

❖ Kognitif

Tingkat pendidikan terakhir... Pelajar (SD)
 Kemampuan mengambil keputusan : (✓) mampu () ragu-ragu () tidak mampu
 mengambil keputusan (-) buta aksara (-) buta angka
 Kemampuan mengingat : Jangka pendek : (✓) mampu () Tidak mampu,
 Jangka Panjang : (✓) mampu () tidak mampu

Catatan lain :

7. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

❖ Keadaan sosial

- ❖ Pekerjaan : Pelajar
- ❖ Situasi keluarga : (✓) baik () bercerai ()
- ❖ Keanggotaan kelompok sosial :
- ❖ Identitas personal (penjelasan ttg kekuatan & kelemahan diri sendiri :
100 klien mengatakan klien ingin cepat sembuh agar bisa bermain dan sekolah
- ❖ Keadaan fisik yg disukai & tidak disukai : klien menyukai seluruh fisik yg dimiliki
- ❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya sendiri) klien tdk malu dgn penyakit yg dialaminya

Catatan lain :

8. POLA HUBUNGAN PERAN

❖ Gambaran Tentang Peran

- ❖ Peran klien dalam keluarga : baik
- ❖ Peran klien dalam masyarakat : klien mengatakan berhubungan baik dgn tmn tmnnya
- ❖ Peran klien dalam pekerjaan : klien sakti mslh kognitif & gerak terganggu dan tdk kwt pembelajaran

- ❖ Kepuasan terhadap peran : (✓) puas () tidak puas
- ❖ Perubahan peran : (✓) tidak () ya, yaitu.....
Jika ya, apakah perubahan peran tersebut dirasakan membuat klien merasa tidak nyaman ?
(✓) Tidak
() Ya, uraikan.....
- ❖ Pola hubungan
 - ❖ Hubungan dengan keluarga : (✓) baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan masyarakat : (✓) baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan pekerjaan : (✓) baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan petugas kesehatan (perawat, dokter, dll) : (✓) baik
() masalah,
- Catatan lain :
.....
.....
.....
.....
.....

9. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS

- ❖ Reproduksi & Seksualitas
 - ❖ Apakah klien saat ini mengalami : (✓) Menopause (✓) amenorrhea (✓) dishmenorhea
(✓) impotensi (✓) penurunan libido (✓) Nyeri
 - ❖ Apakah klien saat ini menggunakan kontrasepsi : (✓) tidak () Ya, jika ya, jenis kontrasepsi
..... dan telah digunakan selama Bln / tahun.
 - ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi reproduksi ? (✓) Tidak
() Ya, jika ya, jelaskan
 - ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi seksual ? (✓) Tidak
() Ya, jika ya, jelaskan
- Catatan lain :
.....
.....
.....
.....
.....

10. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING

❖ Toleransi terhadap stress – koping

- ❖ Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress ? ☒ tidak ada () ada, yaitu.....
- ❖ Apakah klien belakangan ini merasakan perasaan : () Kecemasan () Takut
(☒) Sedih () Bingung () Kehilangan harapan / putus asa () tertekan
- ❖ Apakah strategi yang biasanya digunakan oleh klien untuk menghilangkan perasaan diatas ? uraikan... Ibu klien mengatakan jika klien menghilangkan perasaan sedih dengan menonton tv (Kurban) utk menstabilkan dirinya
- ❖ Apakah strategi tersebut dirasakan efektif oleh klien ? (☒) selalu efektif
() tidak selalu efektif () tidak efektif
- ❖ Apakah klien mengetahui beberapa teknik relaksasi / menenangkan diri / meredakan stress ? (☒) Tidak () mengetahui, yaitu
- ❖ Jika mengetahui, apakah klien pernah menggunakannya ? (☒) ya
() tidak, karena... bermaksud utk mengurangi kecemasannya
- ❖ Apakah saat ini klien tampak : () tegang () murung / sedih (☒) gelisah
() menyendiri () tatapan kosong () banyak bertanya

11. POLA KEYAKINAN – NILAI

- ❖ Latar belakang budaya / etnik : Jawa
- ❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :
-
- ❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
Klien mengatakan Ingin cepat Sembuh
- ❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
Keluarga klien mengatakan yakin dan berdoa terhdp Tuhan Tmpat alpt
membantu klien cepat Sembuh
- ❖ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah kesehatan saat ini : () tidak (☒) Ya, Penting
- ❖ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dalam menjalankan ritual keyakinan/budaya atau agamanya ? (☒) tidak () Ya, jelaskan

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD :mmHg, Nadi : 145.....x/menit () kuat () lemah
(☒) Teratur () Tidak teratur RR : 29 x/mnt (☒) teratur () tidak
Teratur. Irama nafas : (☒) normal () Cheyne Stokes () Biot
() Kussmaul () Hyperventilasi () Apneustik

STATUS MENTAL: (x) Composmentis () Delirium () Somnolen () Stupor () Koma

1. Kepala: Bentuk kepala simetris, rambut terawat bersih, tdk ada lesi

2. Leher: Tidak ada peningkatan tekanan vena jugularis (JVP), tdk ada gangguan menelan, tdk ada nyeri tekan.

3. Thorax (Jantung & Paru):

a. Inspeksi: Bentuk dada simetris, tdk menggunakan otot bantu pernafasan, tdk ada lesi.

b. Palpasi: Tidak terdapt nyeri tekan

c. Perkusi: Suara paru sonoran dan suara jantung redup. Tdk ada perbesaran jantung

d. Auskultasi: Vesikuler dan lup dup (-)

4. Abdomen

a. Inspeksi: Bentuk datar, tdk ada lesi

b. Auskultasi: Tdk ada nyeri tekan, tegang, tdk ada benjolan, turgor kulit kembali cubitan lambat, (terdengar suara bising usus 34 x/mnt)

c. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tegang tdk ada benjolan, turgor kulit kembali cubitan lambat,

d. Perkusi: Pekak (-), tympani (+)

5. Punggung & Tulang Belakang: Tdk ada kelainan pd tulang bkg

6. Genitalia & Rektum: Tdk dilakukan pemeriksaan, tdk terpasang kateter.

7. Ekstremitas Atas & Bawah : Terdapat bintik merah (petekie) dibagian dada, tdk terdapat luka melupai bagian pd ekstremitas atas dan bawah.

8. Kekuatan otot :

SSSS	SSSS
SSSS	SSSS

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : Baik

Motorik : Baik

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan _____ kiri _____ Tricep : kanan _____ kiri _____

Tendo Achilles : kanan _____ kiri _____ Abdomen : _____

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan _____ kiri _____ Brudzinsky I : _____

Brudzinsky II : _____ Chadok : _____ Hoffman Turner : _____

Laseque : _____ Kaku Kuduk : _____ sss

12 Syaraf Kranial :

Nervus I : Olfaktori : klien mampu membedakan bau

Nervus III : Oculomotorius : klien mampu mengangkat kelopak mata, reflek pupil (+)

Nervus IV : Trochlearis : klien mampu menggerakkan mata kebawah atas

Nervus V : Trigemini : klien mampu mengunyah

Nervus VI : Abduken : klien mampu menggerakkan mata secara lateral

Nervus VII : Fasialis : klien mampu mengekspresikan wajahnya

Nervus VIII : Vestibulo Cochlearis : klien mampu mendengar dan baik

Nervus IX : Glusofaringeal : klien mampu membedakan rasa manis dan asam

Nervus X : Vagus : klien mampu menelan makanan

Nervus XI : Aksesori : klien mampu menggerakkan bahu, dan menahan + menahan

Nervus XII : Hipoglossal : klien

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial Indeks (ABI) : Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen : Kanan _____

Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambar :

P : Peripheral _____
 E : Extend or Size : _____
 D : Depth or Tissue Loss : _____
 I : Infection and Sensation : _____
 S : Severe : _____

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk

daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)
 leukosit : 4100, eritrosit 4,6 (4,6 - 6,2), hemoglobin 11,9 (12 - 16), hematokrit 34 (34 - 47),
 MCV 74 (80 - 96 fl), MCH 26 (27 - 32 fl), Trombosit : 80.000 (150.000 - 400.000),
 dengue fever lg a : positif, dengue fever lg m, positif, NSI (positif).

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
IURI	20 tpm			
Inj. ondansetron	2 x 2 mg			
Inj. paracetamol	3 x 200 mg			
Inj. cefotaxim	2 x 800 mg			
Zinc Syrup	1 x 5 ml			
Nufit Syrup	1 x 1 sendok			
Lacto B	1 x 1 sachet			

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : An. B

Jenis Kelamin (L) P

No. Register : 067274

Tanggal Penilaian Risiko : 09 Februari 2022

PARAMETER	TEMUAN				SKOR
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hny berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt menkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.	4
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	4. Kulit kering	3
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar Ruangan	3
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	4. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan	2
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.	2
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan		2
SKOR					16

Diadopsi dari Braden & Bergstrom (1998), AHCPR (2008)

Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : An. B
Dx. Medis : DHT
Ruang : R. I
No. MR : 66779

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.	09 / 2022 / 02 08.00 WIB	DS : - Ibu klien mengatakan klien mengeluh lemas sejak dirawat - keluarga mengatakan klien BAB cair 7x/hari DO : - Turgor kulit tampak tidak elastis - membran mukosa kering - BAK 7x sehari (400 cc) dan BAB 7x/hari (100 cc) dgn konsistensi cair dan berwarna kuning - T0 : - - RR : 14x/mnt - RR : 24x/mnt - S : 37°C - Hemoglobin : 80.00 /ul - Leukosit : 41.100 /ul BS intake : 1890 cc - Output : 2064,6 cc - Balance cairan : - 174,6 cc - IWL : 126 cc/hari - IWL Kenaikan suhu 39,1°C : 464,6 cc/hari DO :	Hipovolemia	Kehilangan cairan Akut (Dehidrasi)

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : An-B
Dx. Medis : DHF
Ruang : R-I
No. MR : 067279

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
2.	09 / 2022 / 02 08.00 WIB	DS : - Keluarga Klien mengatakan adanya demam dua hari sejak awal di rumah DO : - Tampak adanya bintik merah (petekie) dibagian tubuh - Kulit terasa hangat - Tanda-tanda Vital : 1) N : 145 x/mnt (Takhikardi) 2) RR : 24 x/mnt 3) S : 39,1°C	Hipertermia	Proses Penyakit (Virus dengue)
3.	09 / 2022 / 02 08.00 WIB	DS : - Ibu Klien mengatakan Klien tdk mau menghabiskan makanannya mulai dari nafsu makan menurun - Ibu Klien mengatakan nyeri pd ulu hati - Ibu Klien mengatakan Klien diare DO : - Pasien tampak lemas - Makan 3x/hari lebih 1/4 porsi - BB menurun (sebelum sakit : 20 kg dan setelah sakit : 19 kg) BB normal 20 kg - TB : 120 cm - Bising usus 34 x/mnt - Membran mukosa tampak pucat - BAB konsistensi cair dan berwana kuning	Risiko Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan Menyerap nutrisi (Nafsu Makan Berkurang)

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : An. B
Dx. Medis : DMF
Ruang : RT
No. MR : 66774

HARI KE-1 : Tanggal 09 Februari 2022

1. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (Dehidrasi)
2. Hipertermia b.d proses penyakit (virus dengue)
3. Risiko Defisit nutrisi d.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (nafsu makan berkurang)
4.

HARI KE-2 : Tanggal 10 Februari 2022

1. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (Dehidrasi)
2. Hipertermia b.d proses penyakit (virus dengue)
3. Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (nafsu makan berkurang)
4.

HARI KE-3 : Tanggal 11 Februari 2022

1. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (Dehidrasi)
2. Hipertermia b.d proses penyakit (virus dengue)
3. Risiko Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (nafsu makan berkurang)
4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruang 1
 No. MR : 067274

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.	05/2022 02	Hipovolemia b.d Kehilangan cairan akut (dehidrasi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status cairan membaik dan Eritema kulit : - Turgor kulit meningkat - Output urin meningkat - Perasaan lemah menurun - Frekuensi nadi menurun - Membran mukosa membaik - Intake cairan membaik	Observasi : - Monitor keadaan tanda dan gejala hipovolemia anak (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin, lemah). - Monitor Intake (Jumlah makan, minum, infus, obat) yg masuk ke tubuh anak dan output cairan (BAB, BAK, muntah). Terapeutik : - Berikan asupan cairan oral (Lacto B 1x1) Edukasi : - Anjurkan pemberian asupan minum air putih Kolaborasi : - kolaborasi pemberian cairan IV (rotomid (RL : 14 tpm)) - kolaborasi pemberian obat (2mc Sirup 1x5 ml)	- Utk mengidentifikasi tanda dan gejala hipovolemia anak (frekuensi, nadi) dan observasi keadaan pasien - Utk mengetahui status keseimbangan cairan tubuh pasien - Utk mencegah dan memantau diare - Utk mengurangi dehidrasi anak - Utk memberikan asupan cairan utk mencegah dehidrasi - Utk mencegah diare	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruamg 1
 No. MR : 667274

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.	09/2022 /02	Hipertermia p.d proses penyakit (virus dengue)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi kembali normal dan Kriteria hasil : - Takikardi menurun - Suhu tubuh kembali normal	Observasi : - Monitor suhu tubuh 8 jam / hari Terapeutik : - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Lakukan kompres hangat pada dahi, leher, axilla, lipatan paha. Edukasi : - Anjurkan tirah baring utk kenyamanan Kolaborasi : - kolaborasi pemberian analgesik (inj. parasetamol 3x200 mg)	- Utk mempermudah perawat dalam mengekahui nilai suhu pasien - Utk mencegah terjadinya peningkatan suhu tubuh jika pakaian terlalu tebal. - melakukan kompres hangat dpt. menurunkan suhu tubuh lebih cepat sehingga demam dpt. menurun - pemberian tirah baring bisa membantu pasien beristirahat dlm tmt ter - obat utk meredakan demam	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : An. B.
 Dx. Medis : DIF
 Ruang : Ruang 1
 No. MR : 069274

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3.	09/2022 /02	Rento Defisit Nutrisi d.d ketidakmampuan mababsorbsi nutrisi (Nafsu makan Berkurang)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik demonstrasi hasil : - porsi makan yg diharapkan meningkat - Nyeri abdomen menurun - Diare menurun - Berat badan mem- baik - Indeks massa tubuh (IMT) - frekuensi makan membaik - Bising usus mem- baik	Observasi : - Monitor jmlh porsi asupan makanan yg dihabiskan Klien Terapeutik : - berikan suplemen makanan (Nutril sipup 1x1 Seeltek tablet) Edukasi : - motivasi klien utk meny- hentikan makanan sedikit tapi sering Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian obat antimetik (inj. ondansetron 2x 2mg) - Kolaborasi obat antibiotik (inj. cefotaxim 7x 0.5g)	- utk menilai asupan makan- an yg adekuat - obat untuk membantu dan memelihara daya tahan tubuh anak - pemberian ru diit demi sedikit agar klien tdk mual - pemberian antiemetik 400 mg dpt mengubah rasa mual - obat utk mengobati infeksi akibat bakteri (diare)	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : A.B.
Dx. Medis : DHE
Ruang : R.I
No. MR : 067274

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	<u>07/2022</u> <u>02</u>	<u>I</u> <u>07-35</u> <u>07-45</u> <u>08-10</u> <u>08-15</u> <u>10-00</u>	-memeriksa keadaan tanda dan gejala hipovolemia anak (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, mukosa kering, volume urin, lama) - Memonitor intake (jumlah makan, minum, infus, obat) yg masuk ke tubuh anak dan output cairan (BAB, BAK, muntah). -memberikan asupan cairan oral lacto B 1 sachet secara oral -Berkolaborasi pemberian obat ZMC simp 5 ml secara oral -melanjutkan pemberian cairan IVK 14 rpm	Pukul 14.00 S : - Ibu klien mengatakan klien mengeluh lemas sejak dirawat -keluarga mengatakan klien BAB cair 7x/hari O : - Turgor kulit tampak tdk elastis - Membran mukosa kering - BAK 7x sehari (450 cc) dan BAB 7x/hari (700 cc) dgn konsistensi cair dan berwarna kuning - Mata cekung - CRT ≤ 3 detik - pemeriksaan penunjang : HT : 349 Trombosit : 80.000 /ul Leukosit : 4.100 /ul TTV : 1) T0 : - 2) N : 145 x/mnt 3) RR : 24 x/mnt	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :
 Dx. Medis :
 Ruang :
 No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		10-10	- Menghijurkan Perbaikan asupan minum air putih pd pasien	3) S : 39,1°C	JL
		14-00	- Memonitor keadaan tanda dan gejala hipovolemik, anak (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, mukosa kering, volume urin, lemah)	- Intake : makan 1/4 porsi = 1500 cc Minum 2 gelas = 500 cc Infus 2 botol = 1000 cc Obat = 240 cc = 3240 cc	
		14-10	- Memonitor Intake (Jumlah makan, minum, infus, obat) yg masuk ke tubuh anak dan output cairan (BAB, BAK, muntah)	- Output muntah 3x/hari = 150 cc BAK 3x/hari = 450 cc BAB 7x/hari = 700 cc IWL = 464,6 cc = 1654,6 cc	
		14-55	- Menghijurkan Perbaikan asupan minum air putih pd pasien	- Balance cairan : -174,6 cc - IWL : 126 cc / hari	
		20-00	- Memonitor keadaan tanda dan gejala hipovolemik anak (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, mukosa kering, volume urin, lemah)	- IWL kenaikan suhu 39,1°C : 464,6 cc / hari	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : DMF
 Ruang : R.1
 No. MR : 069274

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		20.10 22.00	- Monitor intake (Jmlh min, infus, obat) yg masuk ke tubuh anak dan output cairan (BAB, BAK, muntah) - Melanjutkan pemberian cairan IVRI 14 tpm	A : Hipovolemia P : Lanjutkan Intervensi : - Monitor keadaan tanda dan gejala hipovolemia anak (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, mukosa Kenno, volume urin, hematokrit meningkat, lemah) - Monitor intake (Jmlh makan, minum, infus, obat yg masuk ke tubuh anak dan output cairan (BAB, BAK, muntah) - Berikan asupan cairan oral (misal : lactob) - Kolaborasi pemberian obat : zmc sirup - Kolaborasi pemberian cairan - Anjurkan memperbanyak asupan minum air putih	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruang I
 No. MR : 067274

No	Tanggal	No. Dx. Kep / waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	09 / 2012 / 02	07-30 08-00 11-00 11-05 11-10 15-30 16-00 18-10	- Memonitor suhu tiap 8 jam / hari - melakukan kolaborasi inj. parasetamol 200 mg dan pemberian IV - Melonggarkan atau lepaskan pakaian - Mengajurkan tirah baring utk kenyamanan - Melakukan kompres hangat pd dahi, leher, axilla, lipatan paha - Memonitor suhu tubuh setiap 8 jam / hari - melakukan kolaborasi inj. parasetamol 200 mg dan pemberian IV - Melonggarkan atau lepaskan pakaian	S : - Keluarga klien mengatakan anaknya demam dua hari sejak awal dirawat D : - Tampak adanya bintik merah (petekie) dibagian dada - kulit terasa hangat - Tanda-tanda vital : N : 145 x / menit RR : 24 x / menit S : 38,1 °C A : Hipertermia P : lanjutkan intervensi - monitor suhu tubuh sesering mungkin - kolaborasi pemberian analgetik (inj. parasetamol) - sediakan lingkungan yg dingin - longgarkan atau lepaskan pakaian	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : DMF
 Ruang : R.1
 No. MR : 067274

No	Tanggal	No. Dx. Kep/ waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	09/2021 /02	18-15	- Mengajarkan tirah baring utk kenyamanan	- Anjurkan tirah baring utk kenyamanan	
		18-20	- Melakukan kompres hangat pd dada, leher, axilla, lipatan paha	- Kompres hangat pd dada, leher, axilla, lipatan paha	
		21-40	- Melonggarkan atau lepasan pakaian	- Anjurkan minum air putih	
		21-45	- Mengajarkan tirah baring utk kenyamanan		
		21-50	- Melakukan kompres hangat pd dada, leher, axilla, lipatan paha		
		23-35	- Memonitor suhu tubuh setiap 2 jam / hari		
		24-00	- Melakukan Kolaborasi dgn Perawat 200 mg dgn pemberian IV		

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :
 Dx. Medis :
 Ruang :
 No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep/ Waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3.	09/2022 /02	2 08-05 08-20 08-25 10-15 10-20 14-20	- Memberikan suplemen nutrisi infus sirup 1 sendok makan secara oral - Melakukan kolaborasi pemberian inj. IV - Melakukan kolaborasi pemberian inj. Cefotaxim 200mg dan pemberian IV - Memonitor jumlah porsi asupan makanan yg dihabiskan klien - Memotivasi klien utk menghabiskan makanan dgn sedikit 4x sehari - Memonitor jumlah porsi asupan makanan yg dihabiskan klien	S : Ibu klien mengatakan klien folikular mengabsikan makanan krn mual dan nafsu makan menurun - Ibu klien mengatakan klien pad uluhati - Ibu klien mengatakan klien diare - Ibu klien mengatakan status dirawat klien BAB setiap 2 jam sekali - Ibu klien mengatakan BAB klien selama dirawat 7x/hari dan PAH 3x/hari O : - Pasien tampak lemas - Makan 5x/hari, habiskan 1/4 porsi - BB menurun (sebelumnya : 20 kg dan setelah sakit : 19 kg) BB normal 26 kg - TB : 120 cm - Bising usus 34 x/menit - Membran mukosa tampak pucat - BAB konsistensi cair dan berwana pucat	gms

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An-B
Dx. Medis : DMH
Ruang : Ruang 1
No. MR : 062274

No	Tanggal	No. Dx. Kep/ Waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	09/2022 /02	19-28	19. memotivasi klien untuk meng habiskan makanan dgn sedikit tapi sering	A: Resiko Defisit Nutrisi P: Lanjutkan Intervensi - Berikan suplemen makanan (Nupit sirup) - Kolaborasi pemberian medikasi sbm makan (antimietik: Inj ondansetron) - Kolaborasi obat antibiotik (inj. Cefotaxim) - Monitor asupan makanan - Anjurkan makanan sedikit tp sering - Anjurkan posisi duduk	JH
		19-45	- Monitor jumlah porsi asupan makanan dgn sedikit tp sering - Monitor jumlah porsi asupan makanan yg dihabiskan klien		
		19-50	- memotivasi klien untuk meng habiskan makanan dgn sedikit tapi sering		
		20-20	- Melakukan kolaborasi pemberian inj. Ondansetron 2mg dan Pemberian IV		
		20-24	- Melakukan kolaborasi pemberian inj. Cefotaxim 600 mg dgn pemberian IV		

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An-B
 Dx. Medis : Diare
 Ruang : Ruang I
 No. MR : 067274

No	Tanggal	No. Dx. Kep/ Waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	10/2021 02	2 07-35 07-45 08-10 08-15	- Memonitor keadaan umum dan gejala hipovolemia anak (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, mukosa kering, volume urin, lemeah) - Memonitor intake (Jmlh makan, minum infus, obat) yg masuk ke tubuh anak dan output cairan (BAB, BAK, muntah) - Memberikan asupan cairan oral laktasi B1 sachet secara oral - Berkolaborasi pemberian obat 2mln sirup + ml secara oral	Pukul 14-00 S: - Ibu klien mengatakan klien masih lemas - Ibu klien mengatakan klien BAB masih cair 3x/hari O: - Turgor kulit masih tampak tdk elastis - Membran mukosa masih kering - BAK 6x sehari (900 cc) dan BAB 3x (100 cc) - Muka msh tampak cekung - CRT $\leq$ 3 detik - Trombosit : 20000 /ul - ITU : - TD : - mmHg - N : 110 x /mnt	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruang 1
 No. MR : 069274

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	10 / 2022 02	10.00 10.10 14.00 19.10	- melanjutkan pemberian cairan IVRL 14 tpm - Menganjurkan perbanyak asupan minum air putih pada pasien - Memonitor keadaan tanda dan gejala hipovolemia awal (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, mukosa kering, volume urin lemah) - Memonitor intake (jumlah makan, minum, infus, obat) yg masuk ke tubuh anak dan output cairan (BAB, BAK, muntah).	perfect 14.00 S : - ibu klien mengatakan RR : 22x/mnt S : 38,2°C - intake : makan 1/2 porsi : 200 cc Minum 2,5 gelas : 600 cc Infus 2 botol : 1000 cc Obat : 240 cc <u>2040 cc</u> + - Output : Muntah 2x = 350 cc BAK 6x/hari = 900 cc BAB 4x/hari = 500 cc IWL = 351,2 cc <u>2101,2 cc</u>	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : Diare
 Ruang : Ruang I
 No. MR : 067274

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	10/22 /02	14.55 20.00 20.10 22.00	- Menganjurkan perburu air dan minum air putih pd pasien - Memonitor keadaan tanda dan hipovolemia anak (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, mukosa kering, volume urin, lemah) - Memonitor Intake (jumlah makan, minum, input, obat yg masuk ke tubuh anak dan output cairan (BAB, BAK, muntah) - Melakukan pemberian cairan IVRL 14 tpm	Balance : - 61,2 cc - IWL kenaikan suhu menjadi 38,2°C : 351,2 cc / hari A : Hipovolemia P : Lanjutkan Intervensi : - Monitor keadaan tanda dan gejala hipovolemia anak (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, mukosa kering, volume urin, hematokrit meningkat, lemah) - Monitor Intake (jumlah makan, minum, input, obat yg masuk ke tubuh anak dan output cairan (BAB, BAK, muntah) - Berikan asupan cairan oral (Lacto B) - Monitor pemberian obat : Zinc Sirup - Evaluasi pemberian cairan - Anjurkan memperbanyak asupan minum air putih	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An.B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruang 1
 No. MR : 002274

No	Tanggal	No. Dx. Kep/ waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	10 / 02 / 2022	07-30 08.00 11.00 11.05 11.10 15.30 16.00	- memonitor suhu tubuh setiap 8 jam/hari - melakukan kolaborasi inj. Parasetamol 200 mg dgn pemberian iv - Membagalkan atau lepaskan pakaian - Mengajarkan tirah baring utk kenyamanan - melakukan kompres hangat tel. dada, leher, axilla, lipatan paha. - Memonitor suhu setiap 8 jam/hari - Melakukan kolaborasi inj. parasetamol 200 mg dgn pemberian iv	Pukul 14.00 WIB S : - Keluarga Klien mengatakan anaknya muntah dan demam O : - Tampak bertubung bintik merah (petekie) dibagian dada - kulit tidak terasa hangat - Kesadaran : compos mentis (E : 4, M : 6, V : 5) - Tanda-tanda vital : N : 110 x/mnt RR : 22 x/mnt S : 38,2 °C A : Hipertermia P : Lanjutkan intervensi - monitor suhu tubuh se sering mungkin - kolaborasi pemberian analgesik (inj. parasetamol)	OK

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : AN.B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruang 1
 No. MR : 069274

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	10/2022 /02	18-10 18-15 18-20 21-40 21-45 21-50 23-35 24-00	- melonggarkan atau lepaskan pakaian - Mengajukan tirah baring untuk kenyamanan - melakukan kompres hangat pada dahi, leher, axila, lipatan paha - Melonggarkan atau lepaskan pakaian - Mengajukan tirah baring untuk kenyamanan - melakukan kompres hangat pd dahi, leher, axila, lipatan paha - Memonitor suhu tubuh setiap 8 jam/hari - melakukan kolaborasi msj. Pct 200 mg dgn pemberian IV	- longgarkan atau lepaskan pakaian - Ajukan tirah baring utk kenyamanan - Kompres dingin pd dahi, leher, axila, lipatan paha - ajukan minum air putih	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An-B
 Dx. Medis : DMF
 Ruang : Ruang 1
 No. MR : 067714

No	Tanggal	No. Dx. Kep / Waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2	10/2022 02	3 08-04 08-20 08-25 10-15 10-20 14-20	-memberikan suplemen makanan ruqit Sirup 1 sendoktekat secara oral - Melakukan kolaborasi pemberian inj.ondasetron 2 mg dgn pemberian IV - Melakukan kolaborasi pemberian inj.cefotaxim 800 mg dgn pemberian IV - Memonitor jumlah pemasukan makanan yg dihabiskan klien - Memeriksa klien utk nyeri haluskan makan yg dihabiskan klien - Memonitor jumlah pers. aupa makanan yg dihabiskan klien	Pukul 14.00 WIB S: -ibu klien mengatakan klien sedikit mulai dan nafsu makan meningkat dpt menghabiskan nakan 1/2 porsi -ibu klien mengatakan klien diare menurun namun BAB msh cair -ibu klien mengatakan BAB klien selama dirawat 4x/hari dan BAK 6x/hari D: -pasien tampak msh lemas -Makan 3x/hari habis 1/2 porsi -BB msh menurun 1 kg (BB = 19 kg) -TB : 120 cm -Bisitbusus 24x/mnt -Membran mukosa finge msh pucat -BAB konsistensi msh cair dan berwana kuning	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An-B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruam I
 No. MR : 067274

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	10/2022 102	19-25 17-43 17-50 20-20 20-24	- memotivasi klien utk menghisap makanan dgn sedikit tp sering - Memantau jumlah porsi asupan makanan yg dihisap klien - memonitor klien utk menghisap makanan dgn sedikit tp sering - Melakukan kolaborasi pemberian Inj. andanasetron 2mg dgn pemberian IV - Melakukan kolaborasi pemberian Inj. Cefotaksim 500mg dgn pemberian IV	A : Risiko Defisit Nutrisi P : lanjutkan intervensi - Berikan asupan makanan (nufit sirup) - kolaborasi pemberian medikasi slm makan (Antimetik : Inj. andanasetron) - kolaborasi obat antibiotik (Inj Cefotaksim) - Monitor asupan makanan - Berikan makan sedikit tp sering - Anjurkan posisi duduk	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An-B
Dx. Medis : DHF
Ruang : R-1
No. MR : 067774

No	Tanggal	No. Dx. Kep / Waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	11/2022 /02	07-56 08-10 08-25 08-30 10-00	-memonitor keadaan tanda dan gejala hipovolemia anak (tekanan nadi menurun, turgor kulit menurun, mukosa kering, volume urin, lemah) -Memonitor intake (Jmlh makan, minum, infus obat) yg masih kebutuhan dan output cairan (BAB, BAK, muntah) -Memberikan suplemen cairan oral lacto B (sachet 3cc oral -Bertabulasi pemberian obat zinc sirup 5ml secara oral -Melanjutkan pemberian cairan IVRI 4 fpm	Pukul 14.00 WIB S: - Ibu klien mengatakan Klien sudah tdk lemas - Keluaran klien mengatakan klien BAB konsistensi padat 2x/hari D: -turgor tampak elastis -Membran mukosa lembab -BAB 7x (1400cc) dan BAB 2x sehari (200cc) -Mata tampak tdk cekung -CRT ≤ 3 detik -trombosit : 120.000 /dl - Tanda-tanda vital: - TD: - mmHg - N: 105 X/mnt - HR: 20 x/mnt - S : 37,2°C	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruang 1
 No. MR : 069274

No	Tanggal	No. Dx. Kep/ Waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	19/02	10.10 19.00 19.10 19.15 20.00 20.10	- Mengajarkan perhyat asupan minum air putih pd pasien - Memonitor keadaan dan tanggap hipovolemia akut (frekuensi nadi) meningkat - meningkat turgor kulit, tekanan, mukosa kering, volume urin, lemah - memonitor intake (jumlah msk, minum, infus, obat) dan output cairan (BAB, BAK, muntah) - Mengajarkan perhyat asupan minum air putih pd pasien - memonitor keadaan dan	- Intake makan 3/4 porsi = 250 cc minum 2,5 gelas = 900 cc infus 2 botol = 500 cc obat = 180 cc 1830 cc - Output : PAK 7x/hari = 1400 cc BAB 2x/hari = 200 cc muntah = 126 cc 1726 cc - Balance Cairan : 104 cc - A : Hipovolemia	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruang 1
 No. MR : 067274

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	11/2020 02	dr 22.00	dan gejala hipovolemia awal (frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, mata kering, volume urine, lemah) - melanjutkan pemberian cairan IV RI 7 tpm	P : lanjutkan intervensi - monitor keadaan tanda dan gejala hipo volemia - Monitor intake dan output - Berikan cairan peroral (lacto B) - Kolaborasi pemberian zinc simp - Kolaborasi pemberian cairan - Anjurkan memperbanyak asupan minum air putih	ghe

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An. B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruang 1
 No. MR : 067274

No	Tanggal	No. Dx. Kep/ Waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2	11/2022 02	2 0800 1350 2350	- Monitor suhu setiap 8 jam / hari - Monitor suhu tubuh setiap 8 jam / hari - Monitor suhu tubuh setiap 8 jam / hari	Pukul 14.00 WIB S : - Keluaran memakutkan klien sudah tdk demam O : - tampak tdk ada bintik merah (petekie) bagian badan - Kulit teraba normal - kesadaran : compos mentis (E2 M6 U5) - Tanda-tanda vital : N = 105 x / min RR = 20 x / min S : 37,2 °C A : Hipertermia P : - Monitor suhu tubuh setiap 8 jam / hari	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An-B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruang I
 No. MR : 069290

No	Tanggal	No. Dx. Kep/ Waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3	11/02/2022	3 08.20 08.35 08.40 08.15 10.20	- Memberikan suplemen makanan, nutrisi Isendok takar secara oral - Melakukan kolaborasi pemberian inj. ondasetron 2mg dgn pemberian IV - Melakukan kolaborasi pemberian inj. cefadaxim 800 mg dgn pemberian IV - Memonitor jumlah porsi asupan makanan yg dihabiskan - Memotivasi klien utk menghabiskan makanan dgn sedikit tp kenyang	Pukul 14.00 WIB. S : - Ibu klien mengatakan klien mau makan dan nafsu makan meningkat - Ibu klien mengatakan selh tidngyeri pd uluhah - Ibu klien mengatakan klien tdk diate - Ibu klien mengatakan BAB klien 2x/hari dan BAK 7x/hari O : - pasien tampak tidak lemas - Makan 3x/hari habis 3/4 porsi - BB masih menurun 1 kg - TB : 120 cm - Bising usus 24x/mnt - membran mukosa tampak lembab - BA is konsisten padat dan berwarna kuning A : Risiko Defisit Nutrisi	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : An-B
 Dx. Medis : DHF
 Ruang : Ruas 1
 No. MR : 067274

No	Tanggal	No. Dx. Kep Waktu	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
	18/02/2022	14-20	-Memonitor jmlh porsi asupan makanan yg dihabiskan klien	P: Lanjutkan intervensi - Berikan suplemen makanan (nutrisi)	[Signature]
		14-25	-Memotivasi klien utk menghubungi makanan dgn sedikit porsi	- Berikan suplemen makanan (nutrisi) - Kolaborasi pemberian medikasi solin mkn (inj. ondansetron)	
		17-45	-Memonitor jmlh porsi asupan makanan yg dihabiskan klien	- Kolaborasi obat antibiotik (inj. Cefotaxim)	
		17-50	-Memotivasi klien utk menghubungi makanan dgn sedikit porsi	- Monitor asupan makanan - Berikan makanan dot (ETP)	
	20-26		-Melakukan kolaborasi pemberian inj. ondansetron 2mg dan IV		
	20-28		-Melakukan kolaborasi pemberian inj. Cefotaxim 800 mg dgn IV		

Lampiran 4

	POLTEKKES TANJUNGPURANG KEMENKES RI	Kode	
	PRODI III KEPERAWATAN TANJUNGPURANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Lembar Masukan dan Perbaikan Seminar LTA	Halaman	

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

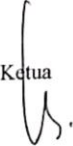
Nama Mahasiswa : Lusiana Nikita Sihana
 NIM : 1914901023
 Tanggal : 20 Mei 2022
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan Pada Anak Dengue Hemorrhagic Fever Di Ruang I RS Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2022

No	Masukan/Perbaikan	Keterangan
①	AL Murhan. Penulisan perbaikan tabel & penulisan Daps. Pengkajian. Karakteristik marfur 2. Hipopolemi. ah kembali.	

Bandar Lampung, 20 Mei 2022

TIM PENGUJI

Ketua



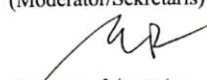
AL Murhan, S.K.M., M.Kes
 NIP. 196601011989031006

Anggota 1



Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep
 NIP. 197111291994021001

Anggota 2
 (Moderator/Sekretaris)



Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes
 NIP. 196404291988032001