

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian dasar

1. Biodata Pasien

- a. Tanggal masuk : 08 Maret 2021
- b. Tanggal Pengkajian : 08 Maret 2021
- c. Pukul : 10.00 Wib
- d. Nama inisial klien : An.A
- e. Umur : 2 Tahun 2 Bulan
- f. Alamat : Jl. Lebung Curup Rejosari
- g. Jenis Kelamin : Perempuan

2. Biodata Penanggung Jawab

- a. Nama inisial klien : Tn.R
- b. Hubungan dengan klien : Orang Tua (Ayah kandung)
- c. Agama : Islam
- d. Umur : 26 Thn
- e. Pendidikan : SMA (Sekolah Menengah Pertama)
- f. Alamat : Jl. Lebung Curup Rejosari
- g. Jenis Kelamin : Laki-Laki
- h. Pekerjaan : Wiraswasta

3. Diagnosa Medis

- Saat masuk :Thalasemia
- Saat Pengkajian : Thalaesmia

4. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat Kesehatan Sekarang (Alasan Masuk Rumah Sakit) : Klien datang dari Ruang IGD pada tanggal 08 Maret 2021 Pukul 09,30, dibawa oleh orang tuanya, Pada pengkajian tanggal 08 Maret Ibu Klien mengatakan anaknya lemas, dan lesu, tampak pucat pada kulit klien, Ibu klien mengatakan terakhir transfusi pada tanggal 26/2/2021.

Pemeriksaan tanda-tanda vital diruang IGD didapatkan hasil : Tekanan Darah :, Nadi :120x/menit Respirasi :22x/menit Suhu :35,8c, kesadaran composmentis Berat Badan : 7,3Kg.

5. Keluhan Utama Saat Pengkajian :

Saat dilakukan pengkajian pada klien tampak lemas, klien terbaring di tempat tidur kulit tampak pucat, ibu klien mengatakan anaknya tidak nafsu makan.

1. Pengkajian Keperawatan

1) Penampilan Umum

Kesadaran klien composmentis, akral klien teraba dingin, turgor kulit menurun, sianosis, warna kulit pucat, klien cemas dan badannya berkeringat.

2) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

- a. Nadi : 100x/menit
- b. Pernafsan : 22x/menit
- c. Suhu : 35,8C

3) Pengkajian Respirasi

Pada saat dilakukan pengkajian pada klien An.A respirasi 22x/menit, pernafasan dispnea, menggunakan otot bantu saat bernafas, tidak ada suara nafas tambahan.

4) Pengkajian Sirkulasi

Saat pengkajian pada klien didapatkan nadi 100x/menit nadi teraba kuat dengan irama tidak teratur, warna kulit klien tampak pucat, CRT <3 detik, suhu 35,8 c.

5) Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Di bagian ini Ibu klien mengatakan bahwa anaknya nafsu makan berkurang, berat badan turun menjadi 7,3 kg, bising usus, pola makan tidak teratur makan terlalu sedikit dan tidak dihabiskan.

6) Pengkajian Eliminasi

Buang air besar (BAB) klien lancar tidak ada gangguan 2x/hari, BAK baik 3x/hari urine berwarna kuning.

7) Pengkajian aktivitas dan istirahat

Saat dilakukan pengkajian klien terbaring ditempat tidur dengan keadaan lemas, setiap harinya klien hanya terbaring di tempat tidur tidak melakukan kegiatan apapun.

8) Pengkajian Neurosensori

Pada saat pengkajian pada klien tidak terdapat masalah dibagian Neurosensori, klien tidak ada gangguan pada saat menelan.

9) Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Klien tampak menangis, cemas dan gelisah.

10) Pengkajian Psikologis

Pada pengkajian Psikologis An.A terkadang klien menangis, saat akan dilakukan pemeriksaan klien selalu gelisah dan takut.

11) Pengkajian Tumbuh Kembang

(BB : 7,3 Kg, TB : 76 cm)

Status Gizi

IMT = $\frac{\text{BB}}{(\text{Tb (m)}) \times (\text{Tb (m)})} = \frac{7,3}{(7,6) \times (7,6)} = \frac{7,3}{57,7} = 12,6$ status gizi sangat kurang

$$(\text{Tb (m)}) \times (\text{Tb (m)}) \quad (7,6) \times (7,6) \quad 57,7$$

Berdasarkan Standar Antropometri BB normal pada anak usia 26 bulan yaitu 11,9 kg dan berat badan pada klien hanya 7,3 kg gizi buruk, sedangkan TB normal untuk usia 26 bulan yaitu 87,4 cm dan tinggi badan pada klien yaitu 76 cm sangat pendek.

Tumbuh Kembang

Hasil KPSP pada klien usia 26 bulan. Pada bagian gerak klien belum dapat meletakkan satu kubus diatas kubus lain, bagian Bicara dan Bahasa klien dapat menunjukkan satu atau dua bagian badannya dengan benar, bagian Sosialisasi dan Kemandirian klien tidak dapat menirukan ibu melakukan pekerjaan rumah tangga, klien dapat mengucapkan kata mamah atau papah, pada bagian Gerak Kasar klien belum bisa berjalan mundur 5 langkah atau lebih, bagian Gerak Halus dan Kasar klien belum bisa melepas pakaiannya sendiri, klien tidak dapat berjalan naik tangga sendiri, pada bagian Kemandirian klien belum bisa makan sendiri, klien tidak dapat memungut mainannya sendiri, Berdasarkan KPSP hasil pemeriksaan didapatkan 2 dari 10 pemeriksaan yang mampu dilakukan oleh klien, dalam hal ini inteprestasi perkembangan klien belum sesuai umur.

12) Pengkajian Kebersihan Diri

Kebersihan diri dapat di lihat dari tingkat kemandirian pasein dalam hal melakukan mandi,memakai pakian dll,Pada An.A kebersihan diri memerlukan bantuan dari bantuan orang lain.

13) Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Padas saat dilakukan pengkajian pada An.A didapatkan klien mengalami hipotermia dengan suhu 38'5 cm tidak adanya cedera dan alergi.

14) Penggunaan Obat Tanggal 08 Maret 2021

Tabel 3.1
Penggunaan Obat

OBAT	DOSIS	Jam	METODE
Dexamethasone	½ ampul	10.35 wib	Injeksi
Asam folat	1x1 hari	10.35 wib	Oral

15) Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.2
Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil Tes	Nilai Normal	Satuan
Hemoglobin	8.10	12.30-18.00	Gr/dl
Jumlah Lekosit	7.600	4,000-10,000	/µl
Hematokrit	25	40-50	%
Trombosit	182,00	150,000-400,000	Sel/µl
Jumlah Eritrosit	26.0	4.50-5.50	Sel/µl
Hitung Jenis Lekosit			
Esinofinal	0	1-4	%
Basofil	0	0-1	%
Neotrofil Staff	1	2-5	%
Neotrofil Segmen	45	50-70	%
Limfosit	47	20-40	%
Monosit	7	2-8	%
MCV	92	82-92	Fl
MCH	30	80-86	Pg

16) Analisa data

Tabel 3.3
Analisa Data Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi Pada kasus Thalasemia
Terhadap An.A di RSUD Handayani Kotabumi
Lampung Utara Tanggal 08 – 10 Maret 2021

Tanggal	Data Dukung	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	2	3	4
08/03/2021	Ds : Do : 1. Akral teraba dingin 2. Nadi 100x/ menit 3. CRT <3 detik 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun 6. Hb 8.10 gr/dl	Perfusi Perifer Tidak Efekif	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin
08/03/2021	Ds : Do : 1. Nafsu makan menurun 2. Berat badan menurun 10% Sebelum masuk RS : 8kg Saat masuk RS : 7,3 kg 3. Bising usus 4. Membrane mukosa pucat	Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan Mengabsorbsi Nutrien

1		3	4
08/03/2021	Ds : 1. Mengeluh lelah 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Do : 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Sebelum istirahat : 80x/menit Sesudah istirahat : 100x/menit 2. Anemis kulit pucat Kulit kekuningan	Intoleransi Aktivitas	Ketidaksimbangan energi antara Suplai dan kebutuhan oksigen
08/03/2021	Ds : Do : 1. Klien belum bisa meletakkan satu kubus dengan kubus lainnya, klien tidak dapat menirukan pekerjaan yang dilakukan ibunya, klien belum bisa berjalan 5 langkah, klien belum bisa melepaskan pakaiannya sendiri, klien tidak dapat berjalan naik tangga sendiri, klien belum bisa makansendiri, klien tidak dapat memungut makannya sendiri. 2. Pertumbuhan fisik terganggu, badan klien kurus BB : 7,3kg, badan klien pendek TB : 76 cm, status nutrisi kurang baik. 3. Afek datar 4. Kontak mata datar	Gangguan Tumbuh Kembang	Efek ketidakmampuan fisik

--	--	--	--

B. Diagnosa Keperawatan (SDKI 2017).

Dari hasil pengkajian di atas didapatkan diagnosa sebagai berikut :

1. Perfusi Perifer Tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun
2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi ditandai dengan nafsu makan menurun, berat badan menurun, bising usus, membrane mukosa pucat
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakcukupan antara suplai dari kebutuhan oksigen ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
4. Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik ditandai dengan tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia, pertumbuhan fisik terganggu, afek datar, kontak mata terbatas, nafsu makan menurun, lesu.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan Dengan Gangguan Sirkulasi pada Kasus Thalasemia Terhadap An.A terdapat pada tabel 3.4

Tabel 3.4
 Rencana Keperawatan Dengan Gangguan Sirkulasi Pada Kasus Thalasemia
 Terhadap An.A di RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
 Kotabumi 08-10 Maret 2012

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin DS : DO : 1. Akral terasa dingin 2. Nadi 100x/ menit 3. CRT <3 detik 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun 6. Hb 8,10 gr/dl	Perfusi Perifer (L.02011) Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Perfusi Perifer meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Warna kulit pucat Menurun 2. Kelemahan otot Menurun 3. Akral Membaik 4. Turgor kulit Membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis nadi perifer,suhu) 2. Monitor panas, kemerahan,nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Teraupetik 1. Lakukan pencegahan infeksi 2. Hindari pemasangan infuse atau pengambilan darah diarea keterbatasan perfusi

1	2	3
		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 2. Anjurkan perawatan kulit yang tepat (mis, melembabkan kulit kering pada kaki) <p>Pemantauan Hasil Laboratorium (1.02057)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pemeriksaan laboratorium yang di perlukan 2. Monitor hasil laboratorium yang di perlukan <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interpretasikan hasil pemeriksaan laboratorium <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media <p>Pemantauan tanda-tanda vital (1.02060)</p> <p>Observasi</p>

1	2	3
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 2. Monitor frekuensi nafas (frekuensi, kedalam) 3. Monitor suhu tubuh <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi</p> <p>DS :</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan menurun 2. Berat badan menurun 10% Sebelum masuk RS : 8kg Saat masuk RS : 7,3 kg 3. Bising usus 4. Membran mukosa pucat 	<p>Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Status Nutrisi Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik 4. Frekuensi makan membaik 5. Nafsu makan membaik 6. Bising usus membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan diet yang diprogramkan

1	2	3
<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakcukupan antara suplai dari kebutuhan oksigen</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah 4. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Sebelum istirahat : 80x/menit Sesudah istirahat : 100x/menit 2. Anemis pucat, kekuningan 	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Sianosis menurun 3. Perasaan lemah menurun 4. Frekuensi nafas membaik 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola jam tidur <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara,kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 3. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara,kunjungan) 4. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p>

1	2	3
		1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
<p>Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik</p> <p>DS :</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien belum bisa meletakkan satu kubus dengan kubus lainnya, klien tidak dapat menirukan pekerjaan yang dilakukan ibunya, klien belum bisa berjalan 5 langkah, klien belum bisa melepaskan pakaiannya sendiri, klien tidak dapat berjalan naik tangga sendiri, klien belum bisa makan sendiri, klien tidak dapat memungut makannya sendiri. 2. Pertumbuhan fisik terganggu, badan klien kurus BB : 7,3kg, badan klien pendek TB : 76 cm, status nutrisi kurang baik. 3. Afek datar 4. Kontak mata datar 	<p>Status Perkembangan (L.10101)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Status Perkembangan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat 2. Kemampuan melakukan aktivitas perawatan meningkat 3. Kontak mata meningkat 4. Afek membaik 	<p>Promosi Perkemabangan Anak (I.10340)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan khusus anak dan teman sebaya <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi hubungan anak dan teman sebaya 2. Dukung anak berinteraksi dengan anak lain 3. Dukung anak mengekspresikan perasaannya 4. Dukung partisipasi anak disekolah, ekstrakurikuler, dan aktivitas komunitas 5. Berikan mainan yang sesuai dengan usia anak 6. Sediakan alat-alt untuk menggambar, melukis, dan mewarnai 7. Sediakan mainan berupa puzzle dan maze

1	2	3
		Edukasi 1. Jelaskan nama-nama benda atau obyek yang ada di lingkungan sekitar 2. Ajarkan teknik asertif pada anak

D. Implementasi & Evaluasi

Tabel 3.5
 Implementasi & Evaluasi Pasien Dengan Gangguan Sirkulasi
 Pada Kasus Thalasemia Terhadap An.A di RSUD Handayani
 Kotabumi Lampung Utara 8-10 Maret 2021

Catatan Perkembangan Hari I

No	No.Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	1	<p>Tanggal : 08-03-2021</p> <p>Pukul : 10.20 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Pemasangan infuse Nacl 20 tetes/ 500ml <p>Pukul : 10.35 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian transfuse darah 120cc dan obat premedikasi ½ ampul dan asam folat 	<p>Tanggal : 08-03-2021</p> <p>Pukul : 11.00 wib</p> <p>S : Ibu klien mengatakan badan anak nya dingin</p> <p>O : Suhu : 35'8C Nadi : 100x/menit RR : 22X/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>

1	2	3	4
		<p>Pukul : 10.45</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengambilan darah oleh profesi analis dibagian pembuluh darah arteri radialis 2. Monitor hasil laboratorium setelah pemberian transfusi 3. Dokumentasikan hasil pemantauan 	<p>P : Lanjutkan Intervemsi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Dokumentasikan hasil pemantauan <p style="text-align: right;">Paraf  Bunga</p>
2	2	<p>Tanggal : 08-03-2021</p> <p>Pukul : 10.20 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Monitor berat badan Sebelum masuk RS : 8kg Saat masuk RS : 7,3 kg <p>Pukul : 10.35 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 	<p>Tanggal : 08-03-2021</p> <p>Pukul : 11.00 wib</p> <p>S : Ibu mengatakan anaknya tidak nafsu makan</p> <p>O : Berat badan menurun Sebelum masuk RS : 8kg Saat masuk RS : 7,3 kg Makanan tidak habis</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

1	2	3	4
			<p style="text-align: right;">Paraf  Bunga</p>
3	3	<p>Tanggal : 08-03-2021</p> <p>Pukul :10.20 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kelelahan fisik dan otot yang lemah untuk melakukan akitivitas Skala otot pada klien yaitu skala 2 <p>Pukul : 10.35 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melibatkan orang tua saat memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan bermain dengan boneka berbie 2. Melakukan rentan gerak pasif dengan bantuan orang tua mengerakkan kaki klien <p>Pukul : 10.45 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan 	<p>Tanggal : 08-03-2021</p> <p>Pukul : 11.00 wib</p> <p>S : Ibu mengatakan anaknya lemah</p> <p>O : Pasien terbaring lemah diatas tempat tidur</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik 2. Membrikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 3. Lakukan rentang gerak pasif atau aktif <p style="text-align: right;">Paraf  Bunga</p>

1	2	3	4
4	4	<p>Tanggal : 08-03-2021</p> <p>Pukul : 10.20 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi hubungan anak dan teman sebaya memberikan mainan atau kertas coretan untuk menggambar <p>Pukul : 10.35 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung anak saat akan berinteraksi dengan anak lain 2. Berikan mainan yang sesuai usia seperti boneka berbie, <p>Pukul : 10.45 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan alat gambar, pensil, pensil warna dan buku gambar 	<p>Tanggal : 08-03-2021</p> <p>Pukul : 11.00 wib</p> <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya tidak bermain dan berinteraksi dengan teman sebaya nya</p> <p>O : Klien tampak berdiam diri tidak mempunyai teman, anak lebih suka menyendiri</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung anak berinteraksi dengan anak lain 2. Memberikan mainan sesuai usia <p style="text-align: right;">Paraf  Bunga</p>

Catatan Perkembangan Hari Ke 2

No	No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	1	<p>Tanggal : 09-03-2021</p> <p>Pukul : 10.20 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Dokumentasikan hasil pemantauan 	<p>Tanggal : 09-03-2021</p> <p>Pukul : 11.00 wib</p> <p>S : Ibu klien mengatakan badan ankanya sudah tidak dingin lagi</p> <p>O : Suhu :36'5 c Nadi :100x/menit RR 22x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p style="text-align: right;">Paraf  Bunga</p>
2	2	<p>Tanggal : 09-03-2021</p> <p>Pukul : 10.20 wib</p> <p>A. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p>	<p>Tanggal : 09-03-2021</p> <p>Pukul : 11.00 wib</p> <p>S : Ibu mengatakan anaknya sudah nafsu makan</p>

1	2	3	4
			<p>O : Makanan yang diberikan sudah dihabiskan</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Paraf  Bunga</p>
3	3	<p>Tanggal : 09-03-2021</p> <p>Pukul : 10.20 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kelelahan fisik dan otot yang lemah untuk melakukan aktivitas <p>Pukul : 10.35 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melibatkan orang tua saat memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan bermain dengan boneka berbie 2. Melakukan rentan gerak pasif dengan bantuan orang tua menggerakkan kaki klien 	<p>Tanggal : 09-03-2021</p> <p>Pukul : 11.00 wib</p> <p>S : Ibu klien mengatakan anak nya masih lemah</p> <p>O : Klien berbaring di tempat tidur</p> <p>A : Masalh tidak teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Paraf  Bunga</p>

1	2	3	4
4	4	<p>Tanggal : 09-03-2021</p> <p>Pukul : 10.20 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung anak saat akan berinteraksi dengan anak lain <p>Pukul : 10.35 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan mainan yang sesuai usia seperti boneka berbie 2. Sediakan alat gambar, pensil, pensil warna dan buku gambar 	<p>Tanggal : 09-03-2021</p> <p>Pukul : 11.00 wib</p> <p>S : Ibu mengatakan anaknya belum bisa bermain seperti temannya</p> <p>O : Klien tampak berdiam diri tidak mempunyai teman</p> <p>A : Masalah tidak teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Paraf</p>  <p style="text-align: right;">Bunga</p>