

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data pada An.S dengan diagnosa medis DHF (*Dengue Haemoragic Fever*) di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 3-5 Mei 2015.

3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan tanggal 3 Mei 2015 pukul 13.00 WIB, MRS 3 Mei 2015 pukul 13.00 WIB

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas

a. Identitas Anak

Nama An.S, tanggal lahir 18 Desember 2015, usia 4,5 bulan, jenis kelamin Perempuan, alamat Kalimas Barat Surabaya, MRS 3 Mei 2015 pukul 13.00 WIB, RM 07-73-XX, diagnosa medis DHF, sumber informasi dari status dan keluarga pasien.

b. Identitas Orang tua

Nama Ibu Ny.K usia 25 tahun, Suku Jawa, Bangsa Indonesia, pendidikan SMP, alamat Kalimas Barat Surabaya, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga. Nama Ayah Tn.A, usia 28 tahun, Suku Jawa, Bangsa Indonesia, pendidikan SMA, alamat Kalimas Barat Surabaya, agama Islam, pekerjaan swasta.

2. Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan pasien panas hari ke-3.

3. Riwayat Kesehatan Penyakit Sekarang

Ibu pasien mengatakan pada tanggal 3 Mei 2015 pukul 12.45 pasien dibawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya dengan keluhan panas hari ke-3 dan minum ASInya berkurang. Di IGD suhunya 38,1°C, diberi terapi obat, cek DL dan di pasang infus RL 500 cc/24 jam selanjutnya disarankan untuk MRS.

4. Riwayat Kesehatan Penyakit Dahulu

Ibu pasien mengatakan pasien tidak pernah sakit parah, hanya batuk pilek demam biasa dan pasien tidak pernah MRS sebelumnya.

5. Imunisasi

BCG 1 kali usia 1 bulan, polio 2 kali usia 1 dan 2 bulan, hepatitis 1 kali usia 2 bulan dan DPT 1 kali usia 2 bulan dilakukan di posyandu.

6. Riwayat Kesehatan Penyakit Keluarga

a. Penyakit yang pernah diderita keluarga

Ibu pasien mengatakan di dalam keluarga tidak terdapat penyakit menular (TBC, hepatitis, kusta, *rubella*) maupun menurun (DM, hipertensi, kanker, jantung).

b. Lingkungan rumah dan komunitas

Ibu pasien mengatakan rumahnya dalam keadaan bersih

c. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Ibu pasien mengatakan sudah melaksanakan 3 M dalam keluarganya seperti menguras bak mandi seminggu sekali, membakar sampah tiap hari dan menutup semua penampungan air.

d. Persepsi keluarga terhadap penyakit anak

Ibu pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit pasien dan dikira penyakit pasien hanya penyakit panas biasa

7. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

a. Pertumbuhan Fisik

Ibu pasien mengatakan saat dibawa ke IGD Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya berat badan An.S 5,4 kg, sebelum sakit berat badannya 5,5 kg pada saat lahir berat badan An.S 3800 gram

b. Perkembangan menurut DDST

1) Motorik Kasar

Ibu pasien mengatakan anak sudah belajar telungkup dan dapat mengangkat kepalanya

2) Motorik Halus

Ibu pasien mengatakan anak sudah bisa belajar meraih mainan, sudah bisa mengikuti gerakan ibu dengan menggerakkan kepalanya dari kanan atau kiri ke tengah

3) Bahasa

Ibu pasien mengatakan anak dapat mengoceh dan terkadang tersenyum lembut

4) Personal Sosial

Ibu pasien mengatakan anak dapat tersenyum ketika bayi diajak bicara dan tersenyum.

c. Perkembangan Sosial

1) Kognitif

Tahap persepsi sensori ditandai dengan anak sudah bisa melihat, mendengar dan menyentuh benda

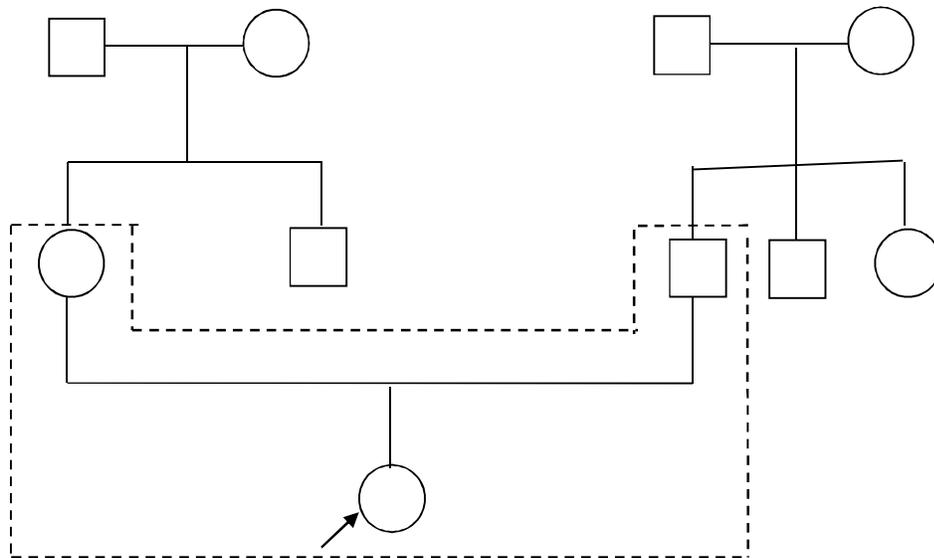
2) Psikoseksual

Anak sudah bisa menghisap dan memainkan bibir

3) Psikososial

Anak dalam tahap percaya dan tidak percaya, telungkup tanpa dibantu, menyanggah kepala, masih belum bisa duduk

8. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki
○ : Perempuan

↗ : Pasien
⋯ : Tinggal serumah

9. Riwayat antenatal

Pada saat dalam kandungan, ibu pasien sering memeriksakan kandungannya kebidan dekat rumahnya setiap bulan dan saat menginjak umur kehamilan 28 minggu setiap bulan 2 kali melakukan ANC, mendapatkan vitamin seperti folavit, penambah darah, asam mefenamat, hi-bone dan pasien juga makan-makanan yang bergizi serta sudah mendapatkan suntikan TT 1 kali.

10. Riwayat Intranatal

Ibu pasien mengatakan pasien lahir normal, cukup bulan dengan berat 3800 gr, panjang 49 cm, perempuan, kelahiran ditolong oleh bidan, tidak ada kelainan/cacat, anus (+).

11. Riwayat post natal

Ibu pasien rajin membawa pasien ke bidan jika ada kelainan atau sakit. Pasien mendapatkan ASI. Pasien tidak memiliki penyakit apapun, hanya batuk pilek demam biasa.

12. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tatalaksana Hidup Sehat

Ibu pasien mengatakan mengerti tentang hidup sehat, makan-makanan yang bergizi, menjaga kesehatan diri dan lingkungannya. Ibu pasien mengatakan juga mengatakan jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit, keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada seperti rumah sakit, dokter, perawat dan tim kesehatan lain.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum MRS:

Ibu pasien mengatakan pasien minum ASI 7-8 kali sehari atau sesuai kebutuhan pasien.

Selama MRS :

Ibu pasien mengatakan pasien nafsu makan menurun (jarang minum ASI), suhu pasien meningkat 38,1°C. Pasien rewel nangis tapi tetap bisa tidur setelah minum ASI.

3) Pola Aktivitas dan Istirahat

Sebelum MRS :

Ibu pasien mengatakan pasien sudah bisa telungkup dan belajar mengoceh.

Selama MRS :

Ibu pasien mengatakan pasien terbaring di tempat tidur ditunggu ibunya, pasien terbaring lemah dan dikompres pada dahi dan ketiak.

4) Pola Eliminasi

Sebelum MRS :

Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x/hari, konsistensi lembek, BAK 4-6x/hari, warna kuning jernih, bau khas.

Selama MRS :

Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x/hari, konsistensi lembek, BAK 3-5x/hari, warna kuning jernih, bau khas.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum MRS :

Ibu pasien mengatakan pasien tidur 12 jam sehari (8 jam pada malam hari dan 4 jam pada siang hari). Kalau tidur ditemani ibunya sehingga segera bisa tidur.

Selama MRS :

Ibu pasien mengatakan pasien rewel nangis, badan teraba panas dan sering terbangun jika tidur tapi tetap bisa tidur kembali setelah di kompres.

6) Pola Hubungan dan Peran

Ibu pasien mengatakan di rumah hubungan dengan keluarga terjalin baik.

Di rumah sakit ibu pasien mengatakan hubungan dengan pasien lain yang satu kamar juga terjalin baik.

7) Pola Sensori dan Kognitif

Sensori :

Ibu pasien mengatakan pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan, tidak ada gangguan fungsi hanya saja badannya teraba panas.

Kognitif :

Ibu pasien mengatakan pasien adalah seorang anak berusia 4,5 bulan, orang tua pasien hanya tahu kalau anaknya sakit panas.

8) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Ibu pasien mengatakan pasrah dengan kondisi anaknya dan tidak mau pulang dulu sebelum anaknya sembuh.

9) Pola Reproduksi dan Seksual

Ibu pasien mengatakan pasien berumur 4,5 bulan berjenis kelamin perempuan.

10) Pola Penanggulangan Stress

Ibu pasien mengatakan membawa anaknya ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya mematuhi anjuran petugas kesehatan lainnya. Keluarga juga sering berdoa kepada Allah Yang Maha Kuasa untuk kesembuhan anaknya.

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Ibu pasien mengatakan pasien beragama Islam.

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. Status Kesehatan Umum

Keadaan umum lemah, akral panas, kering, merah, kesadaran composmentis, observasi *vital sign*, Nadi: 110x/menit, Suhu: 38,1° C, RR: 24 x/menit, BB 5,4 kg.

2. Kepala

Bentuk simetris, rambut hitam, bersih, kulit kepala bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, terdapat kompres.

3. Mata

Simetris, konjungtiva merah muda, sklera mata putih, tidak terdapat gangguan penglihatan.

4. Hidung

Simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan pada hidung.

5. Telinga

Simetris, bersih, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada nyeri tekan pada kedua telinga, tidak ada gangguan pendengaran pada kedua telinga.

6. Mulut

Simetris, bersih, bibir kering, tidak ada stomatitis, gigi tidak caries.

7. Leher

Simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

8. Dada

a. Paru-paru

Bentuk simetris, tidak ada retraksi otot bantu pernafasan, tidak terdapat nyeri tekan, suara resonansi, suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan, tidak terdapat wheezing maupun ronkhi.

b. Jantung

Tampak denyutan apeks jantung, denyutan apeks jantung teraba, suara S1 S2 tunggal.

9. Abdomen

Umbilicus tidak menonjol, tidak terdapat pembesaran hepar maupun limpa, tidak kembung, dan tidak ada nyeri abdomen.

10. Genetalia

Kebersihan anus cukup, tidak ada hemoroid, tidak ada lecet dan kemerahan.

11. Ekstremitas

Pada ekstremitas atas akral panas, kering, merah, dapat digerakkan secara normal, tidak ada nyeri sendi, tangan sebelah kiri terpasang infus, pada

ekstremitas bawah kaki panas, kering, merah, dapat digerakkan secara normal, tidak ada nyeri sendi, tidak terdapat edema.

12. Integumen

Warna kulit kuning langsung, turgor kulit kembali < 1 detik, akral panas, kering, merah, suhu 38,1°C, CRT < 2 detik, uji tourniquet (+).

3.1.3 Pemeriksaan penunjang

Tanggal: 3 Mei 2015

Hasil Laboratorium

1. Hemoglobin	: 14	g/dL	(N : 12,0-14,0 g/dL)
2. Leukosit	: 11,0	$10^3/uL$	(N : 5,0-11,0 $10^3/uL$)
3. Trombosit	: 88	$10^3/uL$	(N : 150 – 450 $10^3/uL$)
4. Hematokrit	: 46,8	%	(N : 35,0-47,0 %)
5. Eritrosit	: 5,06	$10^6/uL$	(N : 3,80-5,20 $10^6/uL$)

3.1.4 Terapi

1. D5 ¼ NS 25 tetesan per menit, mikro 600 cc/24 jam
2. Injeksi Sempicilin 3x200 mg
3. Injeksi Salticin 2x12,5 g

3.1.5 Analisa data

Tanggal: 3 Mei 2015 pukul 13.00 WIB

1. **Analisa data diagnosa keperawatan: Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma, perpindahan cairan dari intravaskuler**

Data subyektif : Ibu pasien mengatakan pasien panas dan nafsu makannya menurun (jarang minum ASI)

Data obyektif : Pasien tampak lemah, mukosa bibir kering, akral panas, kering, merah, Nadi: 110 x/menit, Suhu: 38,1 °C, RR: 24 x/menit, turgor kulit kembali < 1 detik, CRT < 2 detik, kesadaran composmentis, GCS 4 5 6, Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit $11,0 \times 10^3/uL$, Trombosit $88 \times 10^3/uL$, Hematokrit 46,8 %, Eritrosit $5,06 \times 10^6/uL$

Kebutuhan Cairan: Diketahui: umur 4,5 bulan dengan BB 5,4 kg

a. “100 cc/kg BB untuk BB <10 kg”

$$100 \text{ cc/kg BB} = 100 \times 5,4 = 540 \text{ cc/hari}$$

b. “Setiap derajat C peningkatan temperatur, cairan ditambah 12% dari kebutuhan rumatan “

$$\text{Kenaikan Suhu } 38,1 \text{ }^\circ\text{C} = 12 \% \times 540 \text{ cc/hari} = 64,8 \text{ cc/hari}$$

$$\text{Total : } 540 \text{ cc/hari} + 64,8 \text{ cc/hari} = 604,8 \text{ cc/hari} = 605 \text{ cc/hari}$$

Intake :

a. ASI : 400 cc/hari

NB : ASI normal untuk bayi 720 cc/hari

Output :

a. Urine : 300 cc/hari

$$\text{NB : Urine normal untuk bayi } 80\text{ml/kgBB/hari} = 80 \times 5,4 = 432 \text{ cc/hari}$$

b. Feses : $80 \text{ ml/kgBB/hari} = 80 \times 5,4 = 432 \text{ cc/hari}$

c. IWL : $50\text{ml/kgBB/hari} = 40 \times 5,4 = 270 \text{ cc/hari}$

$$\text{Total : } 300 + 432 + 270 = 1002 \text{ cc/hari}$$

$$\text{Intake} - \text{Output} = 400 - 1002 = - 602 \text{ cc/hari}$$

Masalah : Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

Kemungkinan penyebab : Peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma, perpindahan cairan dari intravaskuler

2. Analisa data diagnosa keperawatan: Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Data subyektif : Ibu pasien mengatakan panas hari ke-3 dan tidak ada tanda-tanda terjadi perdarahan

Data obyektif : Pasien tampak lemah, Nadi: 110x/menit, Suhu: 38,1° C, RR: 24 x/menit, berat badan 5,4 kg, Hb 14 g/dl, uji tourniquet (+), Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit $11,0 \cdot 10^3/uL$, Trombosit $88 \cdot 10^3/uL$, Hematokrit 46,8 %, Eritrosit $5,06 \cdot 10^6/uL$

Masalah : Resiko perdarahan

Kemungkinan penyebab : Trombositopenia

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma, perpindahan cairan dari intravaskuler
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia.

3.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan:

Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma, perpindahan cairan dari intravaskuler

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cairan dan elektrolit klien dapat seimbang dalam waktu 3x24 jam.

Kriteria Hasil:

- a. Pasien tampak tenang
- b. Mukosa bibir lembab, akral hangat, kering, merah
- c. TTV dalam batas normal
- d. Tugor kulit kembali < 1 detik, CRT < 2 detik
- e. Kesadaran Composmentis, GCS 4 5 6
- f. Intake output seimbang
- g. Hasil laboratorium normal

Intervensi:

1. Awasi tanda-tanda vital, perhatikan pengisian kapiler dan kekuatan nadi perifer.
Rasional: Memberikan pedoman untuk penggantian cairan dan mengkaji respon kardiovaskuler
2. Awasi haluaran urine dan berat jenis. Observasi tanda dan gejala dehidrasi/hipovolemik (muntah, kehausan, turgor jelek)
Rasional: Secara umum penggantian cairan harus difiltrasi untuk meyakinkan rata-rata haluaran urine dan mengetahui deficit volume cairan
3. Perkirakan kehilangan yang tak tampak (peningkatan suhu, berkeringat)
Rasional: Peningkatan permeabilitas kapiler dan kehilangan melalui evaporasi besar mempengaruhi volume sirkulasi dan haluaran urine.

4. Timbang berat badan

Rasional: Pergantian cairan tergantung pada berat badan pertama dan perubahan selanjutnya.

5. Anjurkan pasien untuk banyak minum sesuai indikasi

Rasional: Asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh.

6. Observasi adanya tanda-tanda syok

Rasional: Agar dapat segera dilakukan tindakan untuk menangani syok yang dialami pasien

7. Kolaborasi pemberian cairan iv sesuai dengan program dokter

Rasional: Memungkinkan observasi ketat fungsi ginjal. Cairan iv penting karena cairan langsung masuk kedalam pembuluh darah.

Diagnosa Keperawatan:

Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien tidak terjadi perdarahan dalam waktu 3x24 jam

Kriteria Hasil:

a. Tanda-tanda vital normal

- 1) Tekanan darah 90/60 mmHg
- 2) Nadi 130 x/menit
- 3) Suhu 36-37 °C
- 4) RR 30-40 x/menit

- b. Jumlah trombosit meningkat.
- c. Tidak terjadi perdarahan (epitaksis, melena, dan hematemesis)

Intervensi:

1. Monitor tanda-tanda klinis berupa perdarahan dan trombosit.
Rasional: Penurunan jumlah trombosit merupakan tanda-tanda adanya perforasi pembuluh darah yang pada tahap tertentu dapat menimbulkan tanda-tanda klinis berupa perdarahan (epitaksis, melena, dan hematemesis).
2. Anjurkan pada keluarga agar klien untuk banyak istirahat.
Rasional: Aktivitas yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.
3. Beri penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada klien.
Rasional: Agar keluarga mengetahui hal-hal yang mungkin terjadi pada klien dan dapat membantu mengantisipasi terjadinya perdarahan
4. Berikan penjelasan pada keluarga untuk segera melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan (epitaksis, melena, dan hematemesis).
Rasional: Keterlibatan keluarga akan sangat membantu klien mendapatkan penanganan sedini mungkin.
5. Antisipasi terjadinya perdarahan (sikat gigi lunak, tindakan invasif dengan hati-hati)
Rasional: Klien dengan trombositopenia rentan terhadap cedera/perdarahan.

3.4 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Pertama

Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma, perpindahan cairan dari intravaskuler

Tanggal 3 Mei 2015**Pukul 13.00 WIB**

1. Melakukan pendekatan pada pasien dan ibu pasien

Respon : Pasien dan ibu pasien kooperatif dengan memberikan respon yang baik

2. Mengobservasi *vital sign*, BB, intake output

Respon : Nadi: 110 x/menit, Suhu: 38,1 ° C, RR: 24 x/menit, BB: 5,4 kg, Intake-

Output = 400 – 1002 = - 602 cc/hari

Pukul 14.45 WIB

1. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

2. Menganjurkan pada ibu pasien untuk mengompres air biasa pada daerah ketiak dan daerah pelipatan tubuh pasien.

Respon : Pasien mau dikompres di daerah dahi dan ketiak

3. Menganjurkan pada ibu pasien agar pasien menggunakan pakaian tipis dan dapat menyerap keringat

Respon : Pasien menggunakan pakaian tipis dan dapat menyerap keringat

Pukul 16.00 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 120x/menit, Suhu: 37,8° C, RR: 24 x/menit

2. Mengganti infus D5 ¼ NS 25 tetesan per menit.

Respon : Tetesan lancar, tidak terjadi plebitis.

Pukul 18.45 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien lemah dan panasnya berkurang

2. Memberikan injeksi Sampicilin 250 mg dan Salticin 12,5 g

Respon : Pasien diam saja, obat masuk dan tidak ada alergi.

Pukul 19.00 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien mengatakan nafsu makan pasien menurun (jarang minum ASI)

2. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

Pukul 20.45 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,5° C, RR: 24 x/menit

Tanggal 4 Mei 2015

Pukul 07.00 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 120x/menit, Suhu: 37,5° C, RR: 24 x/menit

Pukul 07.30 WIB

1. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

2. Menganjurkan pada ibu pasien untuk mengompres air biasa pada daerah ketiak dan daerah pelipatan tubuh pasien.

Respon : Pasien mau dikompres di daerah dahi dan ketiak

3. Menganjurkan pada ibu pasien agar pasien menggunakan pakaian tipis dan dapat menyerap keringat

Respon : Pasien menggunakan pakaian tipis dan dapat menyerap keringat

Pukul 10.00 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 110x/menit, Suhu: 37° C, RR: 22 x/menit

2. Mengganti infus D5 ¼ NS 25 tetesan per menit.

Respon : Tetesan lancar, tidak terjadi plebitis.

Pukul 12.45 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien tenang dan tidak panas lagi

2. Memberikan injeksi Sampicilin 250 mg dan Salticin 12,5 g

Respon : Pasien diam saja, obat masuk dan tidak ada alergi.

Pukul 13.00 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien mengatakan nafsu makan pasien mulai meningkat (minum ASI)

2. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

3. Menganjurkan pada ibu pasien untuk mengompres air biasa pada daerah ketiak dan daerah pelipatan tubuh pasien.

Respon : Pasien mau dikompres di daerah dahi dan ketiak

Pukul 13.45 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 110x/menit, Suhu: 36,3° C, RR: 22 x/menit

Tanggal 5 Mei 2015

Pukul 07.00 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 120x/menit, Suhu: 36,8° C, RR: 24 x/menit

Pukul 07.45 WIB

1. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

2. Menganjurkan pada ibu pasien agar pasien menggunakan pakaian tipis dan dapat menyerap keringat

Respon : Pasien menggunakan pakaian tipis dan dapat menyerap keringat

Pukul 10.15 WIB

1. Mengganti infus D5 ¼ NS 25 tetesan per menit.

Respon : Tetesan lancar, tidak terjadi plebitis.

Pukul 12.00 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien tenang dan tidak panas lagi

2. Memberikan injeksi Sampicilin 250 mg dan Salticin 12,5 g

Respon : Pasien diam saja, obat masuk dan tidak ada alergi.

Pukul 13.00 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien mengatakan nafsu makan pasien sudah meningkat (minum ASI)

2. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

Pukul 13.45 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,1° C, RR: 24 x/menit

Diagnosa Keperawatan Kedua

Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Tanggal 3 Mei 2015

Pukul 13.00 WIB

1. Melakukan pendekatan pada pasien dan ibu pasien

Respon : Pasien dan ibu pasien kooperatif dengan memberikan respon yang baik

2. Mengobservasi *vital sign*, tanda-tanda klinis berupa perdarahan dan trombosit

Respon : Nadi: 110 x/menit, Suhu: 38,1 ° C, RR: 24 x/menit, uji tourniquet (+),

Trombosit **88** $10^3/uL$

Pukul 14.45 WIB

1. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

2. Menganjurkan pada ibu pasien agar pasien sering istirahat.

Respon : Pasien mau ditidurkan

3. Memberikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada ibu pasien

Respon : Ibu pasien mengerti penjelasan perawat

4. Memberikan penjelasan pada keluarga untuk segera melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan (epitaksis, melena, dan hematemesis)

Respon : Ibu pasien berjanji akan melaporkan dengan segera

Pukul 16.00 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 120x/menit, Suhu: 37,8° C, RR: 24 x/menit

2. Mengganti infus D5 ¼ NS 25 tetesan per menit.

Respon : Tetesan lancar, tidak terjadi plebitis.

Pukul 18.45 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien lemah dan panasnya berkurang

2. Memberikan injeksi Ampicilin 250 mg dan Salticin 12,5 g

Respon : Pasien diam saja, obat masuk dan tidak ada alergi.

Pukul 19.00 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda terjadi perdarahan

2. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

Pukul 20.45 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,5° C, RR: 24 x/menit

Tanggal 4 Mei 2015**Pukul 07.00 WIB**

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 120x/menit, Suhu: 37,5° C, RR: 24 x/menit

Pukul 07.30 WIB

1. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi
Respon : Pasien minum ASI
2. Menganjurkan pada ibu pasien agar pasien sering istirahat.
Respon : Pasien mau ditidurkan
3. Memberikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada ibu pasien
Respon : Ibu pasien mengerti penjelasan perawat
4. Memberikan penjelasan pada keluarga untuk segera melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan (epitaksis, melena, dan hematemesis)
Respon : Ibu pasien berjanji akan melaporkan dengan segera

Pukul 10.00 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*
Respon : Nadi: 110x/menit, Suhu: 37° C, RR: 22 x/menit
2. Mengganti infus D5 ¼ NS 25 tetesan per menit.
Respon : Tetesan lancar, tidak terjadi plebitis.

Pukul 12.45 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini
Respon : Pasien tenang dan tidak panas lagi
2. Memberikan injeksi Sampicilin 250 mg dan Salticin 12,5 g
Respon : Pasien diam saja, obat masuk dan tidak ada alergi.

Pukul 13.00 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini
Respon : Pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda terjadi perdarahan

2. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

3. Menganjurkan pada ibu pasien agar pasien sering istirahat.

Respon : Pasien mau ditidurkan

Pukul 13.45 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 110x/menit, Suhu: 36,3° C, RR: 22 x/menit

Tanggal 5 Mei 2015

Pukul 07.00 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 120x/menit, Suhu: 36,8° C, RR: 24 x/menit

Pukul 07.45 WIB

1. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

2. Memberikan penjelasan tentang pengaruh trombositopenia pada ibu pasien

Respon : Ibu pasien mengerti penjelasan perawat

3. Memberikan penjelasan pada keluarga untuk segera melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan (epitaksis, melena, dan hematemesis)

Respon : Ibu pasien berjanji akan melaporkan dengan segera

Pukul 10.15 WIB

1. Mengganti infus D5 ¼ NS 25 tetesan per menit.

Respon : Tetesan lancar, tidak terjadi plebitis.

Pukul 12.00 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien tenang dan tidak panas lagi

2. Memberikan injeksi Sampicilin 250 mg dan Salticin 12,5 g

Respon : Pasien diam saja, obat masuk dan tidak ada alergi.

Pukul 13.00 WIB

1. Menanyakan keadaan pasien saat ini

Respon : Pasien mengatakan tidak ada tanda-tanda terjadi perdarahan

2. Menganjurkan pada ibu untuk memberi ASI sesuai kebutuhan bayi

Respon : Pasien minum ASI

Pukul 13.45 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

Respon : Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,1° C, RR: 24 x/menit

3.5 Evaluasi Keperawatan**Diagnosa Keperawatan Pertama**

Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler, kebocoran plasma, perpindahan cairan dari intravaskuler

Tanggal 3 Mei 2015 pukul 21.00 WIB

S : Ibu pasien mengatakan pasien panasnya berkurang dan nafsu makan pasien menurun (jarang minum ASI)

O : Pasien tampak lemah, mukosa bibir kering, akral panas, kering, merah, Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,5° C, RR: 24 x/menit, turgor kulit kembali < 1 detik, CRT < 2 detik, kesadaran composmentis, GCS 4 5 6, Hasil laboratorium:

Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit $11,0 \cdot 10^3/uL$, Trombosit **88** $10^3/uL$,
Hematokrit 46,8 %, Eritrosit $5,06 \cdot 10^6/uL$

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 4 Mei 2015 pukul 14.00 WIB

S : Ibu pasien mengatakan pasien tidak panas lagi dan nafsu makan pasien mulai meningkat (minum ASI)

O : Pasien tampak tenang, mukosa bibir kering, akral hangat, kering, merah, Nadi: 110x/menit, Suhu: $36,3^\circ C$, RR: 24 x/menit, turgor kulit kembali < 1 detik, CRT < 2 detik, kesadaran composmentis, GCS 4 5 6, Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit $11,0 \cdot 10^3/uL$, Trombosit **88** $10^3/uL$, Hematokrit 46,8 %, Eritrosit $5,06 \cdot 10^6/uL$

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 5 Mei 2015 pukul 14.00 WIB

S : Ibu pasien mengatakan pasien tidak panas lagi dan nafsu makan pasien sudah meningkat (minum ASI)

O : Pasien tampak tenang, mukosa bibir lembab, akral hangat, kering, merah, akral panas, kering, merah, Nadi: 112x/menit, Suhu: $37,1^\circ C$, RR: 24 x/menit, turgor kulit kembali < 1 detik, CRT < 2 detik, kesadaran composmentis, GCS 4 5 6, Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit $11,0 \cdot 10^3/uL$, Trombosit **88** $10^3/uL$, Hematokrit 46,8 %, Eritrosit $5,06 \cdot 10^6/uL$

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dipertahankan.

Diagnosa Keperawatan Kedua

Resiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia

Tanggal 3 Mei 2015 pukul 21.00 WIB

S : Ibu pasien mengatakan pasien panasnya berkurang dan tidak ada tanda-tanda terjadi perdarahan

O : Pasien tampak lemah, Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,5° C, RR: 24 x/menit, berat badan 5,4 kg, Hb 14 g/dl, uji tourniquet (+), Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit $11,0 \cdot 10^3/uL$, Trombosit **88** $10^3/uL$, Hematokrit 46,8 %, Eritrosit $5,06 \cdot 10^6/uL$

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 4 Mei 2015 pukul 14.00 WIB

S : Ibu pasien mengatakan mengatakan pasien tidak panas lagi dan tidak ada tanda-tanda terjadi perdarahan

O : Pasien tampak lemah, mukosa bibir kering, Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,5° C, RR: 24 x/menit, berat badan 5,4 kg, Hb 14 g/dl, uji tourniquet (+), Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit $11,0 \cdot 10^3/uL$, Trombosit **88** $10^3/uL$, Hematokrit 46,8 %, Eritrosit $5,06 \cdot 10^6/uL$

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 5 Mei 2015 pukul 14.00 WIB

S : Ibu pasien mengatakan pasien tidak panas lagi dan tidak ada tanda-tanda terjadi perdarahan

O : Pasien tampak lemah, mukosa bibir lembab, Nadi: 112x/menit, Suhu: 37,5° C, RR: 24 x/menit, berat badan 5,4 kg, Hb 14 g/dl, uji tourniquet (+), Hasil laboratorium: Hemoglobin 14 g/dL, Leukosit 11,0 10³/uL, Trombosit **88** 10³/uL, Hematokrit 46,8 %, Eritrosit 5,06 10⁶/uL

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan.