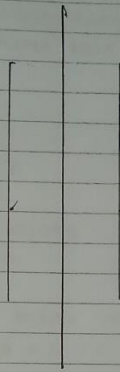


LAMPIRAN ASKEP

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK
PADA An. K DENGAN DIAGNOSA THALASEMIA
DI RUANG BAITUNNISA I
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG



DI SUSUN OLEH:
VIKY YOHANA LESTARI
489 017 060 80

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2020

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN.K
DENGAN DIAGNOSA THALASEMIA DI RUANG
BAYUNNISA I
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Nama mahasiswa : VIKY Yohana Iestari
Tempat praktek : RSI Sultan Agung
Tanggal pengkajian : 03 Maret 2020 pukul 11.00 WIB

I. IDENTITAS DATA

A. Klien

Nama : An.K.
Usia : 10 tahun
Alamat : Tembalang
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Tanggal masuk : 03 Maret 2020 pukul 10.00 WIB

B. Penanggung jawab

Nama : Ny.S
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Pendidikan : SD
Alamat : Tembalang.
Agama : Islam
Suku / bangsa : Jawa / Indonesia
Hub. dengan klien : Ibu

II. KELUHAN UTAMA

Pasien datang dari poli dengan keluhan pusing, mata sebelah kiri nyeri dan badan terasa lemas. Dan mempunyai riwayat penyakit thalasemia.

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

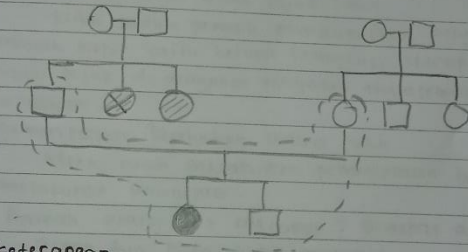
Ibu Klien mengatakan anaknya mempunyai riwayat penyakit thalasemia sejak berumur 2 tahun, dan sampai saat ini masih rutin menjalani pengobatan dengan transfusi darah sebulan sekali. Klien sudah sering masuk rumah sakit sebulan untuk transfusi.

IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

- 1) Orang tua klien mengatakan bahwa klien mempunyai riwayat penyakit thalasemia saat berusia 2 tahun dan rutin menjalani transfusi 1 bulan sekali.
- 2) Orang tua klien mengatakan klien pernah mendapatkan program imunisasi BCG, DPT, MMR.
- 3) Orang tua klien mengatakan klien tidak pernah mengalami kecelakaan sebelumnya.
- 4) Orang tua klien mengatakan klien tidak pernah mempunyai riwayat alergi sebelumnya, baik alergi makanan, obat-obatan, zat / substansi, dll.

V. RIWAYAT KELUARGA

- Genogram



Peterangan:

□ = laki laki

○ = perempuan

⊗ = perempuan meninggal

⊘ = penderita thalasemia

● = klien

T = garis keturunan

--- = tinggal satu rumah

Thalasemia merupakan penyakit dengan kelainan sel darah merah dan merupakan sebuah penyakit genetik tetapi tidak menular. Dari genogram diatas, keluarga klien yang mempunyai riwayat penyakit thalasemia ada 2 orang yaitu Adik kedua adik dari ayah klien. Tetapi satu diantaranya sudah meninggal dunia.

VI. RIWAYAT SOSIAL

- Orang tua klien mengatakan apabila di rumah, klien aktif dalam melakukan tindakan.
- Orang tua klien mengatakan jika di rumah, klien bermain dengan teman sejawatnya.
- Klien cenderung periang dan aktif dalam bermain.

VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

- 1) Diagnosa medis : Thalasemia dan Cephalgia
- 2) tindakan medis / operasi : - transfusi PRc 2 kolf
- pemeriksaan CT scan.

VIII. PENGKAJIAN pola fungsional menurut GORDON

1) persepsi kesehatan / penanganan kesehatan.

a. Status kesehatan anak sejak lahir

Klien sudah pernah mendapatkan pengobatan / perawatan di rumah sakit yaitu berupa transfusi setiap satu bulan sekali sejak di diagnosa penyakit thalasemia pada usia 2 tahun.

b. pemeriksaan kesehatan secara rutin

Klien rutin melakukan pemeriksaan kesehatan seperti melakukan imunisasi.

c. Apakah orang tua merokok? Di dekat anak?

Orang tua klien tidak merokok.

d. Mainan anak / bayi? (aman?)

Mainan yang dimiliki klien berupa mainan yang aman.

orang tua: Orang tua klien sangat mendukung apapun kegiatan klien dan memantau perkembangan klien.

2) Nutrisi / metabolik.

a. Masalah dengan makan, menelan dan pencernaan.

Klien sedikit memilih makanan yang akan dia makan dan tidak suka makanan rumah sakit, klien tidak memiliki gangguan dalam menelan ataupun pencernaan.

b. Mual, muntah?

Klien tidak merasakan mual muntah.

c. Terpasang selang nasogastrik?

Klien tidak terpasang selang nasogastrik.

3.) Eliminasi

- a. tidak ada masalah pada usus
- b. tidak mengalami diare
- kandung kemih.
- a. BAK lancar, Berwarna bening agak kekuningan
- b. klien tidak terpasang kateter

4.) Aktivitas / latihan.

- a. ~~Klien rutin~~ ^{mobilitas}
- a. Klien rutin mandi dan memakai sabun.
- b. Aktivitas klien terlihat lemah dan tak selincih anak seumurnya.
- c. Kemampuan mandiri klien belum terpenuhi.
- Bernapas.
- a. pola pernapasan klien normal, tidak terpasang oksigen.

5.) tidur / istirahat

pola istirahat klien tercukupi.

6.) kognitif / perseptual

Respon anak sangat baik dan kooperatif.

7.) Persepsi diri

status mood anak baik, anak sadar bahwa ia sedang dalam perawatan karena sakit.

8.) peran / hubungan.

keluarga tidak memiliki masalah / tekanan dalam sehari-hari. Interaksi antara anggota keluarga sangat baik.

9.) Seksualitas / reproduksi

Klien masih membutuhkan kasih sayang dan perhatian khusus dari orang tuanya.

10.) coping / Intoleransi stress

Klien tidak mengalami masalah stress dan mendapat dukungan penuh dari kedua orang tuanya.

11.) Nilai / kepercayaan.

Klien sangat yakin dan semangat akan sembuh.

IX. PEMERIKSAAN FISIK

- 1) Keadaan umum
- 2) Tanda-tanda vital
 - suhu = 38°C
 - Nadi = $90 \times / \text{menit}$
 - PR = $20 \times / \text{menit}$
- 3) Antropometri
 - BB = 27 kg
 - TB = 100 cm
 - LILA = 20 cm
- 4) Kepala = mesocephal
- 5) Mata : konjungtiva pucat dan ketuningan
- 6) Hidung : tidak ada luka dan terdapat sekret.
- 7) Mulut : tidak ada luka, gigi bersih dan bibir terlihat menghitam
- 8) Telinga : Simetris, tidak ada luka dan terdapat serumen, fungsi pendengaran baik
- 9) Leher :
 - tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
 - tidak ada nyeri tekan
 - tidak ada massa
- 10) Dada : Simetris
- 11) Jantung :
 - I = Ictus cordis tidak tampak
 - P = pekak
 - P = Ictus cordis teraba di intercosta (ICS) 5
 - A = S1 dan S2 terdengar lup-lup
- 12) Paru-paru :
 - I = tampak pengembangan dada simetris
 - P = sonor
 - P = tidak ada massa
 - A = Vesikuler
- 13) Abdomen :
 - I = tidak ada lesi, terlihat pucat
 - A = terdengar bunyi peristaltik usus
 - P = Suara timpani
 - P = ada pembesaran limpa dan hati
- 14) Genitalia : tidak ada hemoroid, tidak terpasang kateter
- 15) Ekstremitas : klien bisa berjalan, selama sakit klien banyak menghabiskan waktu ditempat tidur
- 16) Kulit :
 - tidak ada luka
 - warna kulit pucat

X. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

Ibu klien mengatakan perkembangan anaknya cukup baik. Selama ditumah, klien bergaul dengan teman sebayanya, pertumbuhan emosi meningkat, klien cenderung pendiam dan tidak terlalu aktif.

XI. THERAPY.

- Injeksi fentanyl 15 tpm.
- Injeksi sanmol 250 g. x 4.
- Transfusi PRG 2 kali.
- Analorc tablet 2 x $\frac{1}{2}$

XII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- Hasil laboratorium 3/3 20.

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Hematology.			
Darah rutin I			
Hemoglobin	8,7	10,8 - 15,6	g/dl
Hematokrit	27,4	33 - 45	%
Leukosit	8,50	4,5 - 12,5	rbu/mL
Trombosit	440	184 - 488	rbu/mL
Gol. darah / Rh	O / positif.		
Imunoserologi			
ASO	Negatif	Negatif	-

- Pemeriksaan laborat 4/3/20

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
<u>Kimia</u>			
ureum	14	10-50	mg/dl
Creatinin darah	0,41	0,5-1,2	mg/dl
<u>Hematology</u>			
[darah rutin]			
Hemoglobin	12,8	10,8-15,6	g/dl
Hematokrit	39,8	33-45	%
leukosit.	10,01	4,5-13,5	ribu/mL
trombosit	369	184-488	ribu/mL

- Pemeriksaan CT scan.

Hasil CT scan Brain

- pre injeksi kontras, tak tampak lesi hipodens dan hiperdens
- pasca injeksi kontras, tak tampak adanya enhancement patologi di intra maupun ekstra aksial.
- sulcus sarkofagus dan fissure normal
- cysterna tak tampak kelainan
- Ventrikel lateral VI dan IV normal tak tampak deviasi garis tengah.
- Batang otak dan serebelum tak tampak kelainan.
- pada bone window : tak tampak kelainan pada ossa craniofacial kean :
- Tak tampak SOL, infark, ataupun pendarahan.
- tak tampak tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial
- tak tampak kelainan pada ossa craniofacial

XIII. ANALISA DATA.

Tgl/jam	Data fokus	Etiologi	Problem.
3/3/20 18.00	Ds : klien mengatakan kepalanya pusing dan mata sebelah kiri terasa nyeri Do : - klien tampak meninges kesakitan S : 38°C N : $90 \times / \text{mnt.}$ RR : 20 P : nyeri muncul tiba-tiba Q : nyeri tumpul R : mata sebelah kiri S : skala 8. T : hilang timbul	Agen pencedera fisiologis	nyeri akut
3/3/20 18.00	Ds : klien mengatakan pusing, badan terasa panas. Do : - klien tampak tidak kooperatif. S : 38°C . N : $90 \times / \text{mnt.}$ RR : 20	proses penyakit.	hipertermia

XIV. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1) nyeri akut b.d Agen pencedera ~~fisiologis~~ Biologis
- 2) Hipertermia b.d proses penyakit.

XIII. ANALISA DATA.

Tgl/jam	Data fokus	Etiologi	Problem
3/20 18.00	Ds : klien mengatakan kepalanya pusing dan mata sebelah kiri terasa nyeri Do : - klien tampak meninges kesakitan S : 38 °C N : 90 x/mnt. RR : 20 P : nyeri muncul tiba-tiba Q : nyeri tumpul R : mata sebelah kiri S : skala 8 T : hilang timbul	Agen pencedera fisiologis	nyeri akut
3/20 14.00	Ds : klien mengatakan pusing, badan terasa panas. Do : - klien tampak tidak kooperatif. S : 38 °C. N : 90 x/mnt. RR : 20	proses penyakit.	Hipertermia

XIV. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1) nyeri akut b.d Agen pencedera ~~fisiologis~~ Biologis
- 2) Hipertermia b.d proses penyakit.

xv. PLANNING / INTERVENSI

Tgl/Jam	Diagnosa	Tujuan dan KH	Intervensi	TTO
3/20 13.00	Nyeri akut. b.d Agen Pencedera farmakologis Biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam. Di harapkan nyeri teratasi dengan kriteria hasil : - nyeri dapat terkontrol - Mampu mengenal penyebab nyeri - Mampu menggunakan teknik non-farmakologis	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yg memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik. 6. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. fasilitasi istirahat dan tidur. 8. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 9. kolaborasi pemberian analgetik.	JPE
3/20 14.00	Hipertermia b.d proses penyakit.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam. Di harapkan suhu pasien normal dengan kriteria hasil : - Suhu tubuh kembali normal - tanda tanda vital kembali normal	1. Ajarkan kompres hangat jika demam 2. Anjurkan penggunaan pakaian yang dapat menyerap keringat 3. Anjurkan pemberian Antipiretik. 4. Anjurkan minum analgesik jika merasa pusing.	JPE

XVI. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tgl/jam	Dx	Implementasi	Respon Hasil	TRD
03/08 20 13.00 1	Dx ₁	1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Ds: klien mengatakan nyeri pada bagian mata kirinya Do: klien tampak kesakitan. P: nyeri muncul tiba-tiba R: nyeri tumpul R: mata sebelah kiri S: Skala 3 T: Hilang timbul N: 90 x/mnt. RR: 20	
		2. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	Ds: klien mengatakan bersedia diajarkan teknik distraksi-relaksasi Do: klien tampak tenang.	
		3. memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds: klien mengatakan bersedia Do: klien tampak tenang	
05.20	Dx ₂	1. mengajarkan kompres hangat jika demam	Ds: klien mengatakan bersedia dia kompres hangat. Do: klien tampak kooperatif. S: 38°C.	
		2. menganjurkan penggunaan paparan yang dapat menyerap keringat	Ds: klien mengatakan bersedia. Do: klien tampak kooperatif.	
		3. menganjurkan minum analgesik jika merasa pusing	Ds: klien mengatakan mau minum analgesik. Do: klien tampak kooperatif	

04/08 20 11.00	Dx ₁	1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Ds : klien mengatakan rasa nyeri pada bagian mata kirinya berputar. Do : klien tampak sedikit tenang. P : nyeri muncul tiba-tiba R : nyeri tumpul E : mata sebelah kiri S : skala 2 T : hilang timbul RR : 20	
		2. memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds : klien mengatakan bersedia. Do : klien tampak tenang.	
		3. mengkolaborasi pemberian analgetik	Ds : klien mengatakan mau diberikan analgetik Do : klien tampak kooperatif.	
04.08	Dx ₂	1. mengajarkan kompres hangat jika demam	Ds : klien mengatakan bersedia dikompres hangat. Do : klien tampak tenang.	
		2. menyarankan penggunaan pakaian yang dapat menyerap keringat	Ds : klien mengatakan mau menggunakan pakaian yang menyerap keringat. Do : klien tampak kooperatif.	
		3. menyarankan pemberian antipiretik	Ds : klien mengatakan bersedia diberi antipiretik Do : klien tampak tenang.	

10.20 12.00	DX ₁	1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. memfasilitasi istirahat dan tidur 3. mengkolaborasi pemberian analgetik	DS : klien mengatakan sudah tidak merasa nyeri DO : klien tampak senang KA : 20 21 N : 90 x/mnt. DS : Klien mengatakan bersedia. DO : klien tampak kooperatif. DS : klien mengatakan mau diberi analgetik DO : klien tampak kooperatif	✓ ✓ ✓
15.20	DX ₂	1. Mengajarkan kompres hangat jika demam 2. menyarankan penggunaan pakaian yang dapat menyerap keringat 3. menyarankan pemberian antipiretik	DS : klien mengatakan demamnya sudah hilang. DO : klien tampak senang DS : klien mengatakan bersedia menggunakan pakaian yang menyerap keringat DO : Klien tampak kooperatif DS : klien mengatakan bersedia diberi antipiretik DO : klien tampak tenang	✓ ✓ ✓

XVII - EVALUASI

tgl/jam	Dx	EVALUASI	
03/10 16.50	Dx ₁	S : klien mengatakan nyeri pada bagian mata kirinya O : klien tampak kesakitan P : nyeri muncul tiba tiba Q : nyeri tumpul R : mata sebelah kiri S : skala 3 T : hilang timbul N : 90 x/mnt RR : 20 A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - fasilitasi istirahat dan tidur.	TTD CHP
	Dx ₂	S : klien mengatakan merasa pusing dan badan terasa panas. O : klien tampak gelisah. S : 38°C N : 90 x/mnt. RR : 20 A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Ajarkan kompres hangat. - Anjurkan pemberian antipiretik	CHP
04/10 11.30	Dx ₁	S : klien mengatakan nyerinya sudah berkurang O : klien tampak kooperatif P : nyeri muncul tiba tiba Q : nyeri tumpul R : mata sebelah kiri S : skala 2. T : hilang timbul RR : 20 A : masalah sedikit teratasi	CHP

		P : lanjutkan intervensi - Ajarkan teknik nonfarmakologik untuk mengurangi rasa nyeri - kolaborasi pemberian analgetik	
	Dx ₂	S : - klien mengatakan sudah tidak merasa pusing tetapi badan masih sakit panas. O : klien tampak gelisah T : 37,8°C. A : masalah masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Ajarkan kompres hangat. - Anjurkan pemberian antipiretik	17-00 17-00
05/03/20	Dx ₁	S : klien mengatakan sudah tidak merasa nyeri O : klien tampak senang. A : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan.	17-00
	Dx ₂	S : klien mengatakan demamnya sudah hilang. O : klien tampak kooperatif. A : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan.	17-00

Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN : 0628028603

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Viky Yohana Lestari

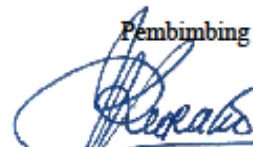
NIM : 48901700080

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diagnosa Thalasemia Pada An. K Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 12 Mei 2020

Pembimbing



Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN. 0628028603

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN : 0628028603

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Viky Yohana Lestari

NIM : 48901700080

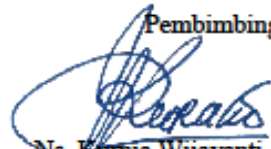
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diagnosa Thalasemia Pada An. K Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 01 Maret 2020 sampai dengan 10 Mei 2020 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 12 Mei 2020

Pembimbing



Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep
NIDN. 0628028603

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2020

NAMA MAHASISWA : Viky Yohana Lestari
NIM : 48901700080
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diagnosa
 Thalasemia Pada An. K Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan
 Agung Semarang.
PEMBIMBING : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Senin, 02 Maret 2020	Pengambilan kasus	Acc, melanjutkan selanjutnya	
Selasa, 3 Maret 2020	Judul KTI	Mempersiapkan askep dengan benar	
Jumat , 6 Maret 2020	Askep	Lengkapi pengkajian dan data penunjang.	
Senin, 9 Maret 2020	Askep	Perbaiki sesuai SIKI, SDKI,SLKI	

Selasa, 17 Maret 2020	Askep	Acc, mempersiapkan BAB I	
Jumat, 20 Maret 2020	BAB I	Acc, persiapkan bab selanjutnya	
Senin, 20 April 2020	BAB II sampai BAB III	Perhatikan diagnosa keperawatan dan Pathways	
Senin, 27 April 2020	BAB II sampai BAB V beserta lampiran	Perbaiki dengan benar	
Senin, 4 Mei 2020	BAB II sampai BAB V beserta lampiran	Perbaiki penulisan	
Jumat, 8 Mei 2020	BAB I sampai BAB V beserta lampiran, Turnitin	ACC	
Sabtu, 9 Mei 2020	PPT KTI	ACC	

