

BAB III

TINJAUANKASUS

Pada bab ini akan di uraikan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien Anak. A dengan ISPA di ruang 1207 Lumba RSUD Koja Jakarta utara. Asuhan keperawatan pada pasien ISPA ini di lakukan oleh penulis selama 3 hari sejak 23 Mei 2024 sampai dengan 25 Mei 2024, adapun komponen asuhan keperawatan yang di lakukan pada pasien, yaitu pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, perumusan rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan atau implementasi, serta evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan ini di lakukan pada 23 Mei 2024. Penulis mendapatkan data-data ini melalui pemeriksaan fisik, wawancara terhadap pasien dan keluarga, riwayat kondisi dan program pengobatan yang di dapat pasien pada rekam medis, pengamatan secara langsung, catatan keperawatan serta hasil pemeriksaaan diagnostik yang telah di lakukan pasien.

1. Identitas pasien

Pasien bernama Anak berusia 1 tahun 6 bulan , Tempat tanggal lahir Jakarta, 09 Desember 2022. Jenis kelamin perempuan, suku bangsa Jawa, agama Islam, alamat tempat tinggal Jalan

Pembangunan III /20, kota Jakarta utara, sumber biaya BPJS dan sumber informasi berasal dari keluarga dan rekam medis.

2. Resume

Pada tanggal 19 Mei 2023 pukul 21.05 WIB pasien datang ke RS bersama ibu dan nenek nya. Pasien masuk ruangan IGD dengan keluhan pasien mengalami demam, batuk berdahak sejak 3 hari, pasien mengalami sesak pada bagian dada, dan pasien mengalami flu, ibu pasien juga mengatakan klien muntah 1x SMRS. Berat badan sebelum masuk rumah sakit 8,7 kg dan saat ini 8 kg tinggi badan 72 cm, lingkar kepala: 49cm lingkar dada 48 cm lingkar lengan atas 14 cm kesadaran Composmentis, GCS E4 M6 V5, Hasil TTV: TD : N: 98X /menit S: 38,8° RR : 40X /menit SPO₂: 97%.PCO₂: *28.2mm.Hg, PO₂: *92.2 MEq./L, HCO₃:*18.3 M.MOI/L, Base excess: *-6,5 M.MOI/L, O₂ Saturation: 97.8%. Di IGD mendapat tindakan pemasangan infus pada tangan sebelah kanan. Pada jam 11.00 WIB pasien mendapatkan tindakan pengambilan darah. Jam 01.00 WIB pasien di pindahkan ruangan anak (lumba) kamar 1207. Masalah keperawatan yang di alami: Bersihan jalan nafas, Hipertermi, Gangguan pertukaran gas. Tindakan keperawatan: Pengkajian, TTV, infus, edukasi cuci tangan, edukasi kompres air hangat, pemberian obat, ambil darah, pemeriksaan lab, Photo torax. Tindakan kolaborasi yang dilakukan, pasien diberikan cairan infus KA-EN -1B 500ml /8 jam (pemberian setiap jam 08.00, 16.00 dan 24.00 WIB), obat injeksi : Paracetamol

(drips) 100 mg. Ondansentron 2x0,8 mg (pemberian pada jam 22.00. WIB dan 11.00 WIB. (Pemberian Inhalasi Ventolin 2 mg jam 05.00 dan 17.00 WIB).

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Riwayat kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian pada tanggal 23 Mei 2024 pukul 08.00 WIB, ibu pasien mengatakan pasien demam naik turun, ibupasiennmengatakan klien batuk dan terdapat reak yang sulit keluar, ibu pasien mengatakan klien sedikit sesak kesulitan untuk bernafas, ibu pasien mengatakan semenjak sakit anak nya tidak mau minum susu formula hanya air putih saja, ibu pasien mengatakan klien tampak lemas.

b. Pengkajian Fisik Secara Fungsional

Saat dilakukan pengkajian, keadaan umum pasien lemas, kesadaran Composmentis, tanda-tanda vital pasien S: 38,8° N: 98x/menit, RR: 38x/menit, SPO2: 98%.

1. Nutrisi dan Metabolisme: Mukosa mulut pasien kering, kelembapan kering, tidak terdapat karies, BB : 8 kg.
2. Respirasi/sirkulasi: suara pernafasan pasien vesikuler
3. Eliminasi : BAB pasien dengan konsistensi padat, bau khas, frekuensi 2x sehari, berwarna coklat, tidak memiliki keluhanpada BAB dan BAK, tidak terdapat kembung pada pasien, dan bising usus 32x/menit.
4. Sensori dan Persepsi: pada pasien anak A sistem

pendengaran, penglihatan, perabaan, dan pengecapan tergolong dalam batas normal.

5. Aktivitas/Latihan : pasien terlihat lemas, bentuk kaki pasien

simetris, kekuatan otot baik, dan bisa mengenggam dengan menggunakan tangan kanan dan kiri

c. Dampak Hospitalisasi

1) Pada Anak

Jika suhu anak meningkat / demam klien lebih sering diam dan lemas, pada saat tidak demam anak terlihat aktif dan sering bermain Handphone menonton Youtube.

2) Pada Keluarga

Keluarga terlihat cemas, khawatir, dan sedih terhadap penyakit dan keluarga mengatakan sedikit terganggu aktivitas bekerja karena harus ke RS.

d. Tingkat Perkembangan Saat Ini

- 1) Motorik Kasar: pasien mampu berjalan hanya belum lancar
- 2) Motorik Halus: pasien mampu memegang sendok untuk makan
- 3) Bahasa: pasien belum lancar berbicara
- 4) Sosialisasi: pasien aktif pada saat bermain dengan teman-temannya

4. Riwayat Kesehatan Masa lalu

a. Riwayat masa kehamilan dan kelahiran

Antenatal care (ANC) menurut ibu pasien selama kehamilan tidak pernah mengalami masalah atau gangguan kehamilan, dan kehamilannya tergolong baik. Pemeriksaan dilakukan secara teratur oleh bidan di puskesmas terdekat dengan tempat tinggal, ibu juga sudah mendapatkan imunisasi tetanus toksoid lengkap. Pada masa natal usia kehamilan saat melahirkan 9 bulan 5 hari dengan persalinan normal BBL bayi 3.000 gram dan pb bayi 40 cm. Pada saat neonatal, pasien lahir dengan baik, menangis spontan, dan tidak terdapat cacat kongenital atau trauma persalinan.

b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Menurut keluarga pasien, pasien tumbuh sesuai dengan usianya. Pada anak tidak ditemukan kelainan pertumbuhan dan perkembangan. Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mampu berbicara dengan baik dan sudah mulai bisa menghitung.

c. Penyakit yang pernah di derita

Keluarga pasien mengatakan bahwa pada umur 1 tahun pasien pernah mengalami penyakit dan gejala yang sama dan di rawat di RSUD Koja.

d. Riwayat di rawat di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di Rumah Sakit

e. Obat-obatan

Keluarga pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat dirumah apabila sedang panas diberikannya Paracetamol,

apabila sedang batuk maka diberikannya obat Trifedrin anak

f. Tindakan (misalnya operasi)

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah dilakukan tindakan operasi.

g. Alergi

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki alergi terhadap obat- obatan, makanan, lingkungan maupun binatang.

h. Kecelakaan

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami kecelakaan.

i. Imunisasi

Keluarga mengatakan Pasien sudah mendapatkan imunisasi BCG (setelah lahir), Polio I (umur 1 bulan)

j. Kebiasaan sehari-hari

1) Pola pemenuhan nutrisi

Keluarga pasien mengatakan pasien selalu minum ASI hanya sampai usia 6, setelah itu Anak A mengkonsumsi susu Formula.

2) Makanan padat

Keluarga mengatakan pasien memulai makanan pada saat usia 6 bulan dengan menu makan seperti bubur

3) Vitamin

Keluarga pasien mengatakan tidak mengkonsumsi vitamin.

4) Pola makan dan minum

Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah makan 4x/hari dengan menghabiskan 1 porsi makanan, dan pasien tidak memiliki alergi makanan atau minuman.

k. Pola Tidur

Keluarga mengatakan pasien tidur siang lamanya 2-3 jam, sedangkantidur malamnya 8 jam.

l. Pola Aktivitas/Latihan/Olahraga/Bermain/Hobby

Keluarga pasien mengatakan anaknya bermain di rumah, aktivitas yang dilakukan pada anak A adalah bermain boneka dan menonton

m. Pola Kebersihan Diri

Keluarga pasien mengatakan pasien mandi 2 x/hari menggunakan sabun, dan 1x/hari setiap hari menggunakan shampo.

n. Pola Eliminasi

1) BAB

Pasien BAB 2x/hari sebelum sakit, setelah sakit pasien bab 1x/hari konsistensi padat, waktu pasien BAB tidak tentu, warna kecoklatan, bau khas, Ketika BAB tidak memiliki keluhan.

2) BAK

Pasien BAK 4-5x/hari, waktu BAK tidak tentu, warna jernih, pasien pada saat BAK tidak memiliki keluhan dan pasien juga tidak ngompol.

o. Kebiasaan lain

Menggigit Jari; Pasien tidak menggigit jari, Menggigit Kuku;

Pasien tidak menggigit kuku, Menghisap Jari; Pasien tidak menghisap jari, Mempermainkan Genital; Pasien tidak mempermainkan genital,

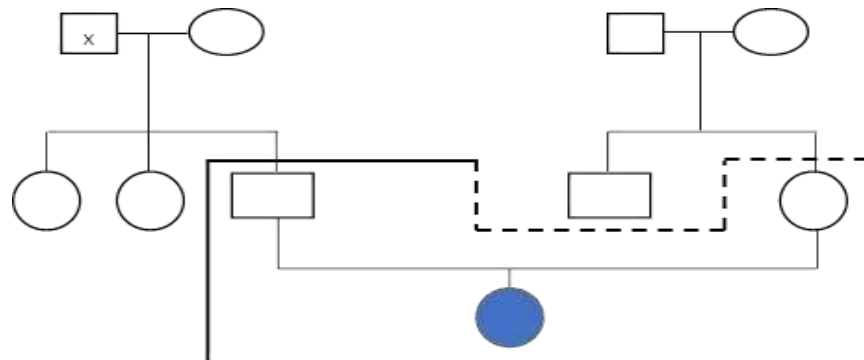
Mudah Marah; Pasien mudah marah Ketika dijahilin

p. Pola Asuh :

Pola asuh pasien lebih sering bersama nenek dan tantenya karena orangtua sibuk bekerja.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Susunan Keluarga



Keterangan :

-  = Laki-Laki
-  = Perempuan
-  = Meninggal
-  = Garis Keturunan
-  = Tinggal Serumah
-  = Pasien

b. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit.

c. Koping Keluarga

Mekanisme yang dilakukan oleh keluarga adaptif yakni dalam memecahkan masalah dilakukan dengan cara musyawarah.

d. Sistem Nilai dan Spiritual

Keluarga mengatakan tidak memiliki nilai yang bertentangan dengan kesehatan pasien. Pasien dan keluarga menganut agama Islam dan menjalankan kewajiban sesuai ajarannya.

6. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Keluarga mengatakan keadaan rumah bersih, lingkungan rumah nyaman. Sumber minum yang dikonsumsi adalah air mineral kemasan atau isi ulang sedangkan untuk mandi dan masak menggunakan air PAM.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium di RSUD Koja pada tanggal 23 Mei 2024, hasil: Hemoglobin 11,8 g/dl, Leukosit $15.02 \times 10^9/\text{uL}$, Hematokrit 36.4 %, Trombosit $307 \times 10^9/\text{uL}$, Eritrosit 4.15 FL, MCV 78 Pg, MCH 26 g/dl, MCHC 33 g/dl, RDW-CV 13.9 %, Basofil 0.3 %, Eosinofil 0.0%, Neutrofil 60.8%, Limfosit 30,5 %, Monosit 8,4%, Natrium 136 Meq/L, Kalium 4.26 Meq/L, Klorida 103mg/dl, Hasil AGD,PH: 7.416 mm.Hg, PCO₂: *28.2mm.Hg, PO₂: *92.2 MEq./L, HCO₃: *18.3 M.MOI/L, Base excess: *-6,5 M.MOI/L, O₂ Saturation: 97.8%. Pemeriksaan Thorax di RSUD

Koja pada tanggal 20 Mei 2024, hasil : Infiltrate di Perihilar Bilateral, Kesan : ISPA

8. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi Kaen 3B 1500 cc/24jam, Trifedrin 2x1/5 tab (oral), Zink 1x20 mg (oral), Cetrizine 1x2,5 mg (oral), Paracetamol dripp 4x100mg (IV), Ondansentron 2x0,8 mg (IV) Inhalasi Ventolin 2x2 mg.

9. Data fokus

a. Data Subyektif

Ibu pasien mengatakan Anak A batuk, bibir kering dan pecah-pecah, sulit mengeluarkan dahak seperti ada reaks yang tertahan, Anak A masih demam nya naik turun, lemas, serta BB pasien sebelum masuk RS 8,7kg.

b. Data Obyektif

Pasien tampak batuk terdapat sputum berwarna putih bening bening konsistensi cair, suara nafas Ronchi nafas pasien tampak terhambat saat bernafas, kulit pasien teraba hangat, ttv pasien nadi:98x/menit, suhu 38,8°C, RR: 40x/menit, SPO2: 97%, BB pasien 8kg, panjang 62cm, lingkar kepala: 49cm, lingkar dada: 48cm, lingkar lengan atas: 14cm, nilai Score jatuh: 4, hasil Foto thorax: Infiltrate di Perihilar bilateral, kesan ISPA, Jumlah score jatuh pada pasien: 11.

10. Analisa data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: Ibu pasien mengatakan Anak A masih batuk dan terdapat reak DO: Pasien tampak batuk terdapat sputum berwarna putih, kekuningan konsistensi cair, batuk pasien tidak efektif, pasien tidak mampu batuk, suara nafas pasien ronkhi kering.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Skresi yang bertahan
2.	DS: Ibu pasien mengatakan Anak. A demam darimalam hari naik turun. DO: S : 38,8°C, RR : 40x / menit, kulit pasien terabahangat, pasien terlihat lemas.	Hipertermia	Proses penyakit (ISPA)
3.	DS: Ibu pasien mengatakan bahwa sangat khawatir dengan keadaan pasien, ibu pasien	Ansietas (Pada anak)	Krisis Situasional dampak Hospitalisasi

No	Data	Masalah	Etiologi
	Mengatakan anak A mudah menagis jika melihat perawat maupun tim medis lain nya. DO: Pasien tampak menangis jika perawat datang, pasien tampak takut terhadap tindakan di rumah sakit, pasien cenderung diam dan tidak aktif.		
4	DS : - DO: BB pasien 8Kg, badan pasien tampak kecil	Defisit nutrisi	Peningkatan kebutuhan nutrien
5	DS: - DO: Pasien berusia 1,6 tahun , Nilai score jatuh pada anak : 11	Risiko jatuh	Faktor risiko Usia < 2 tahun (Pada anak).

B. Diagnosis keperawatan

Tanggal 23 mei 2024

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan

sekresi yang tertahan

2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
3. Ansietas (Pada anak) berhubungan dengan dampak Hospitalisasi
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan nutrien
5. Risiko jatuh berhubungan dengan faktor risiko Usia < 2 tahun (pada anak).

C. Perencanaan, Pelaksanan dan Evaluasi

1. **Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.**

Data Subjektif : Ibu pasien mengatakan Anak A masih batuk dan terdapat reak.

Data Objektif :Pasien tampak batuk terdapat sputum berwarna putih, Kekuningan, Konsistensi cair, Batuk pasien tidak efektif, Pasien tidak mampu batuk, Suara nafas pasien Ronkhi kering.

Tujuan : Bersihkan jalan nafas setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24jam.

Kriteria hasil: Batuk efektif meningkat, Produksi sputum menurun, Gelisah menurun.

Rencana tindakan: Manajemen jalan nafas Observasi

- a. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas).
- b. Monitor bunyi nafas tambahan (warna, jumlah, aroma).
- c. Posisikan semi fowler

d. Berikan minum hangat

Kolaborasi

a. Berikan Inhalasi menggunakan Ventolin 2 mg/12 jam. (waktu pemberian pukul 11.00 wib dan 23.00 wib)

Implementasi Tanggal 23 Mei 2024

Pukul 08.00 mengkaji keadaan umum pasien, keadaan pasien sakit sedang, keadaan pasien compos mentis, mengukur tanda-tanda vital pasien Nadi: 98x/menit, RR: 40x/menit, SPO2 : 97%, Suhu: 38,8° C; pukul 08.30 Memonitor bunyi nafas tambahan yaitu Ronchi kering; Pukul 08.40 memonitor sputum pasien berwarna putih bening, Konsistensi cair jumlah sedikit, tidak berbau; Pukul 10.00, Memposisikan semi folwer untuk Memaksimalkan ventilasi; pukul 10.30, Memberikan air hangat; pukul 11.00 Memberikan terapi Inhalasi menggunakan Ventolin 2 mg. pukul 11.30 Vibrasi punggung anak menggunakan minyak hangat; pukul 12.00 memonitor tanda-tanda vital Nadi 94x/menit, RR: 38x/menit, SPO2 98%, Suhu 38,8°C. Pukul 14.00 memberikan minum air hangat; pukul 23.30 memberikan terapi Inhalasi menggunakan Ventolin 2 mg.

Tanggal 24 Mei 2024

Pukul 08.00 Mengukur tanda-tanda vital, Nadi 97x/menit, SPO2 98%, RR: 36x/menit; Pukul 08.10 Memberikan terapi Inhalasi menggunakan Ventolin 2 mg, Pukul 09.00 Memonitor bunyi nafas tambahan, Suara bunyi nafas pasien Ronckhi kering reak masih

terdengar pada pasien; Pukul 10.00 Memonitor sputum, Sputum pasien cair berwarna putih bening, Sputum lebih banyak keluar dari pada hari sebelum nya; Pukul 11.30 Memberikan minum hangat, Pukul 12.00 Posisikan semi fowler; Pasien di berikan posisi semi fowler; pukul 13.00 mengukur tanda-tanda vital, Nadi 97x/menit, SPO2 97%, RR 38x/menit, pukul 13.00 Vibrasi punggung anak menggunakan minyak hangat, pukul 13.30 memberikan minum hangat, pukul 14.00 memposisikan anak semi Fowler; pukul 15.25 pasien pulang bersama ibunya dan membawa obat Trifedrin 2x1/5 tab (oral).

Evaluasi

Tanggal 23 Mei 2024

Subyektif : Ibu pasien mengatakan Anak A masih batuk dan terdapat reak, Pola nafas normal (Eupnea).

Obyektif : Pasien tampak batuk terdapat sputum berwarna putih, Kekunin konsistensi cair, Batuk pasien tidak efektif, Pasien tidak mampu batuk, Suara nafas pasien Ronkhi kering, Pola nafas pasien normal (Eupnea), Pasien terlihat tidak gelisah.

Analisa : Bersihan jalan nafas belum teratasi

Perencanaan :Intervensi di lanjut kan

Tanggal 24 Mei 2024

Subyektif : Ibu pasien mengatakan Anak A masih batuk dan sekret sudahmulai keluar.

Obyektif : Pasien masih batuk, Sputum pasien berwarna putih cair

dengan jumlah banyak, Pola nafas pasien normal (Eupnea), Pasien terlihat tenang.

Analisa : Bersihan jalan nafas belum teratasi

Perencanaan : Intervensi di pertahankan.

2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (ISPA)

Data Subyektif : Ibu pasien mengatakan klien demam naik turun dari malam hari.

Data Obyektif : Suhu: 38,8°C, RR: 40x/menit, Kulit pasien teraba hangat, Pasien terlihat lemas.

Tujuan : Hipertermi setelah dilakukan keperawatan 2x24 jam. Kriteria hasil : Suhu tubuh membaik 37.2° C, Suhu kulit membaik.

Rencana tindakan : Regulasi temperatur

- a. Monitor suhu anak sampai stabil.
- b. Monitor frekuensi pernafasan, nadi.
- c. Monitor warna dan kulit suhu.
- d. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat
- e. Pemberian obat Paracetamol drip pukul 11.30 wib

Implementasi Tanggal 23 Mei 2024

Pukul 08.00 Mengukur suhu bayi, Suhu 38,8°C; pukul 08.30 mengompres anak menggunakan air hangat, Pukul 10.00, Mengukur tanda-tanda vital, Nadi 98x/menit, RR: 40x/menit, SPO2: 98%; Pukul 10.20 Memonitor warna dan suhu kulit, Warna kulit kemerahan dan kulit teraba hangat; Pukul 11.30 Pemberian

obat Paracetamol drip; pukul 12.00 memberikan minum hangat pada anak, pukul 12.30 tanda-tanda vital, Nadi 97x/menit, RR: 38x/menit, SPO2: 97%, Suhu : 38,2°C, pukul 13.00 mengompres anak menggunakan air hangat, pukul 14.00 memberikan anak minum air hangat.

Tanggal 24 Mei 2024

Pukul 08.30 Mengukur suhu bayi, Suhu 37,8°C; Pukul 10.00 Mengukur tanda-tanda vital, Nadi 98x/menit, RR: 40x/menit, SPO2: 98x/menit; Pukul 11.00 Memonitor warna dan suhu kulit, Warna kulit merah pucat dan kulit teraba hangat, pukul 11.30 memberikan minum hangat, pukul 12.00 mengukur tanda-tanda vital, Nadi 94x/menit, RR : 38x/menit, SPO2: 98%, Suhu: 37,2°C, pukul 14.00 memberikan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat, pasien di berikan minum hangat dan buah pisang, jeruk; pukul 15.25 pasien pulang dengan suhu 36,8°C

Evaluasi Tanggal 23 Mei 2024

Subyektif : Ibu pasien mengatakan Anak A masih demam naik turun.

Obyektif : Suhu : 38,8°C, RR: 40x/menit, Nadi: 98x/menit, SPO2: 98%, Anak tampak pucat, kulit Anak A tampak memerah.

Analisa : Hipertermia belum teratasi.

Perencanaan : Intervensi di lanjutkan

Tanggal 24 Mei 2024

Subyektif : Ibu pasien mengatakan Anak A masih demam naik

turun.

Obyektif : Suhu : 37,8° C, RR: 38x/menit, Nadi: 98x/menit,
SPO: 98%, Kulit Anak A terlihat normal, dan tidak pucat.

Analisa : Hipertermi teratasi sebagian.

Perencanaan: Intervensi di pertahankan.

3. Ansietas (Pada anak) berhubungan dengan dampak Hospitalisasi.

Data Subyektif : Ibu pasien mengatakan bahwa sangat khawatir dengan keadaan pasien, ibu pasien mengatakan Anak A mudah menangis jika melihat perawat maupun tim medis lainnya.

Data Obyektif : Pasien tampak menangis jika perawat datang, Pasien tampak takut terhadap tindakan di rumah sakit, Pasien cenderung diam dan tidak aktif.

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam makatingkat Ansietas (pada anak) menurun.

Kriteria hasil : Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun.

Rencana tindakan : Reduksi Ansietas

- a. Monitor tanda-tanda Ansietas pada anak (verbal dan non verbal) Terapeutik :
- b. Pahami situasi yang membuat Ansietas (pada anak)
- c. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Implementasi Tanggal 23 Mei 2024

Pukul 08.30 Memonitor tanda-tanda Ansietas pada anak, Anak A

mudah menangis jika perawat datang, takut terhadap tindakan di rumah sakit; Pukul 10.00, Memahami situasi yang membuat Ansietas (pada anak), Anak A sangat cemas terhadap tindakan yang dilakukan perawat; Pukul 10.30 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, anak di ajak mengobrol dan bermain boneka; pukul 11.00 anak tidur dengan tenang di temani nenek nya; pukul 12.00 anak di beri makan bubur sembari di ajak bermain supaya tidak menangis.

Tanggal 24 Mei 2024

Pukul 08.30 Memonitor tanda-tanda Ansietas pada anak, Anak A Mulai berani melihat atau bermain dengan perawat, sudah tidak takut terhadap tindakan di rumah sakit; Pukul 10.00 Memahami situasi yang membuat Ansietas (pada anak), Anak A Sudah tidak cemas terhadap tindakan yang dilakukan perawat; Pukul 10.30 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, Anak di ajak mengobrol dan bermain boneka; pukul 11.00 memfasilitasi anak untuk istirahat dan tidur; pukul 12.00 anak di beri makan bubur sumsum; pukul 15.20 anak pulang bersama ibunya tenang tidak menangis.

Evaluasi Tanggal 23 Mei 2024

Subyektif : Ibu pasien mengatakan anak nya mudah menangis dan takut pada saat melihat perawat dan dilakukan tindakan keperawatan.

Obyektif : Pasien tampak gelisah, takut terhadap perawat dan

menangis

pada saat di lakukan tindakan keperawatan.

Analisa : Ansietas (pada anak) teratasi.

Perencanaan : Intervensi di lanjutkan.

Tanggal 24 Mei 2024

Subyektif : Ibu pasien mengatakan anak nya tenang dan tidak rewel.

Obyektif : Pasien terlihat tenang, tidak takut terhadap perawat dan tidak menangis pada saat di lakukan tindakan keperawatan.

Analisa : Ansietas teratasi.

Perencanaan : Intervensi di pertahankan.