



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) HANG TUAH PEKANBARU

Jl. Mustafa Sari No. 5 Tangkerang Selatan Pekanbaru, Telp. (0761) 33815 Fax. (0761) 863646
email : info.stikes@hangtuhapekanbaru.ac.id Izin Mendiknas : 226/D/O/2002 Website : www.hangtuhapekanbaru.ac.id

SURAT TUGAS

Nomor : 0045.a/PS-S1 BID/STIKes-HTP/IX/2020

Yang bertanda tangan di bawah ini Ketua Program Studi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru, dengan ini menugaskan untuk melaksanakan penulisan Buku Ajar kepada:

1. Nama : Juli Selvi Yanti, SST, M.Kes
NIDN : 1006078001
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
2. Nama : Liva Maita, SST, M.Kes
NIDN : 0425058402
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
3. Nama : Ika Putri Damayanti, SKM, M.Kes
NIDN : 1012068101
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
4. Nama : Nelly Karlinah, SST, M.Keb
NIDN : 0120108702
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
5. Nama : Eka Maya Saputri, SST, M.Kes
NIDN : 1004098801
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
6. Nama : Rina Yulviana, SKM, M.Kes
NIDN : 1009058901
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
7. Nama : Octa Dwiena Ristica, SKM, M.Kes
NIDN : 1008108502
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
8. Nama : Rita Afni, SST, M.Kes
NIDN : 1014118701
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
9. Nama : Intan Widya Sari, SST, M.Keb
NIDN : 1001088506
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
HANG TUAH PEKANBARU

Jl. Mustafa Sari No. 5 Tangkerang Selatan Pekanbaru, Telp. (0761) 33815 Fax. (0761) 863646
email : info.stikes@hangtuhapekanbaru.ac.id Izin Mendiknas : 226/D/O/2002 Website : www.hangtuhapekanbaru.ac.id

10. Nama : Berliana Irianti, S.SiT, M. Keb
NIDN : 1009128261
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
11. Nama : Cecen Suci Hakameri, S.Tr.Keb, M.Keb
NIDN : 1016089303
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru

Demikianlah surat tugas ini dibuat untuk dapat diketahui dan dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : P E K A N B A R U
Pada Tanggal : 9 September 2020
Ketua Program Studi S1 Kebidanan
STIKes Hang Tuah Pekanbaru


Juli Selvi Yanti, SST, M.Kes
NIDN. 1006078001



BUKU AJAR
HIV/AIDS (PRAKTIK)
UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN



PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM PROFESI
DAN PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
PROGRAM PROFESI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HANG TUAH PEKANBARU
T.A 2021/2022

BUKU AJAR

KETERAMPILAN DASAR PRAKTIK KEBIDANAN
(PRAKTIK)

UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN

PENULIS

BERLIANA IRIANTI, S.SiT, M.Keb
CECEN SUCI HAKAMERI, S.Tr.Keb, M.Keb

PENERBIT

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

HANG TUAH PEKANBARU

JL.Mustafa Sari No. Tangkerang Selatan Pekanbaru

Telp. (0761)33815, 7891765

Fax (0761) 86364. Website: hangtuahpekanbaru.ac.id

Email: info.stikes@hangtuahpekanbaru.ac.id

**BUKU AJAR
HIV/AIDS (PRAKTIK)**

UNTUK MAHASISWA S1 KEBIDANAN

Penulis:

**Berliana Irianti, S.SiT, M.Keb
Cecen Suci Hakameri, S.Tr.Keb, M.Keb**

Desain cover dan Editor

**Berliana Irianti, S.SiT, M.Keb
Cecen Suci Hakameri, S.Tr.Keb, M.Keb**

Sumber

...

Tata letak :

...

Ukuran :

iv, hlm.; 96 Uk:15.5x23 cm

ISBN :

xxx-xxx-xxx-xxx

Cetakan Pertama:

Juli 2020

Hak Cipta 2020, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2020 by STIKes Hang Tuah

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DAN REDAKSI

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

HANG TUAH PEKANBARU

JL.Mustafa Sari No. Tangkerang Selatan Pekanbaru

Telp. (0761)33815, 7891765

Fax (0761) 86364. Website: hangtuhpekanbaru.ac.id

Email: info.stikes@hangtuhpekanbaru.ac.id

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) HANG TUAH PEKANBARU

Visi

Terwujudnya institusi yang unggul dan kompeten dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi kesehatan yang berbasis teknologi tepat guna dan mampu bersaing di tingkat nasional dan regional tahun 2036.

Misi

- a. Melaksanakan pendidikan kesehatan yang bermutu untuk menghasilkan lulusan yang profesional berorientasi kepada peningkatan kesehatan masyarakat;
- b. Mengembangkan ilmu dan teknologi kesehatan melalui kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat untuk peningkatan kesehatan masyarakat;
- c. Melaksanakan penjaminan mutu yang konsisten dan berkelanjutan;
- d. Mewujudkan atmosfir akademik yang kondusif melalui kinerja akademik;
- e. Menjalani kerjasama dengan berbagai pihak dalam penyelenggaraan Tridharma Perguruan Tinggi;
- f. Mengembangkan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN PROFESI BIDAN PROGRAM PROFESI**

Visi

Menghasilkan Bidan Profesional Dan Unggul dalam Penerapan Massage pada Ibu dan Anak dengan Pendekatan Teknologi Tepat Guna Tahun 2036

Misi

1. Menyelenggarakan Pendidikan Profesi Bidan Yang Berkualitas melalui penguatan sumber-sumber belajar untuk menghasilkan lulusan yang profesional
2. Menyelenggarakan Penelitian berkesinambungan khususnya pada massage Ibu dan Anak dengan pendekatan Teknologi Tepat Guna
3. Menyelenggarakan Pengabdian Kepada Masyarakat berdasarkan pada prinsip kemitraan untuk meningkatkan kesehatan Ibu dan Anak dengan mengimplementasikan hasil-hasil penelitian
4. Menjalin Kerjasama Dengan Berbagai instansi, serta aktif dalam organisasi profesi (IBI) dan Asosisasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND) dalam rangka peningkatan kualitas pendidikan dan pemanfaatan lulusan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kepada Allah SWT berkat rahmat dan hidayahNya kami dapat menyelesaikan buku ajar ini. Buku Ajar yang berjudul “HIV/AIDS” disusun dari berbagai sumber literatur yang telah disesuaikan dengan silabus mata kuliah, sehingga relevan digunakan untuk pembelajaran pada mata kuliah HIV/AIDS.

Buku ajar ini dibuat dengan mengacu pada kurikulum pendidikan Sarjana Kebidanan sehingga dapat memudahkan mahasiswa dalam mempelajari mata kuliah HIV/AIDS.

Akhir kata, semoga buku ini bermanfaat bagi para pembaca. Meskipun penulis telah berusaha menyusun buku ini secara sistematis dan mendalam, tetapi buku ini masih jauh dari kata sempurna. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan tulisan di edisi berikutnya.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Pekanbaru, Januari 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I Permintaan diagnosis HIV/AIDS	1
BAB II Asuhan Kebidanan pada anak dengan HIV/AIDS.....	14
DAFTAR PUSTAKA	

BAB I
PERMINTAAN DIAGNOSIS HIV

FORMULIR PERMINTAAN DIAGNOSIS HIV

NOMOR REKAM MEDIS :
KODE KLIEN :
UMUR :
JENIS :
KELAMIN :
TANGGAL PERMINTAAN PEMERIKSAAN :

Klien sudah mendapat informasi dan
atau menandatangani persetujuan
Pemeriksaan

YA TIDAK

Klien Memiliki Risiko Tertular AIDS

YA TIDAK

Klien Menunjukkan Gejala AIDS

YA TIDAK

PEMERIKSAAN LABORATORIUM YANG DIMINTA (BERI TANDA CENTANG ✓)

PEMERIKSAAN ANTI-HIV

PEMERIKSAAN CD4 (**HANYA UNTUK YANG SUDAH TERDIAGNOSIS HIV**)

PEMERIKSAAN PCR KUANTITATIF/VIRAL LOAD (**HANYA UNTUK YANG SUDAH TERDIAGNOSIS HIV**)

PEMERIKSAAN PCR KUALITATIF (**DETEKSI DINI PADA BAYI UMUR 6 MINGGU - 18 BULAN DAN RUJUKAN HIV**)

Dokter yang meminta pemeriksaan

(_____)

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini telah mengerti tentang HIV dan AIDS, memahami prosedur pemeriksaan dan tahu segala akibat yang mungkin timbul dari diketahuinya status HIV saya, serta telah diberikan konseling dengan baik maka saya:

- Bersedia / Tidak bersedia diperiksa HIV

Saya menyetujui untuk menjalani pemeriksaan darah HIV dengan ketentuan bahwa hasil tes akan tetap rahasia dan terbuka hanya kepada saya dan untuk tim perawatan dan pengobatan. Saya menyetujui diambil darah untuk pemeriksaan HIV dan kemudian mendiskusikan kembali hasil tes dan cara-cara untuk meningkatkan kualitas hidup terkait HIV dan AIDS.

Saya dengan ini menyetujui tes HIV.

Tanda Tangan/Cap Jempol

Tanda Tangan

Nama Klien

Nama Petugas /Konselor HIV

FORMULIR PENOLAKAN TES

Saya yang bertanda tangan di bawah ini telah diberi penjelasan dan kegunaan dari pemeriksaan HIV serta prosedurnya, namun saya tidak bersedia atau belum siap untuk melakukan pemeriksaan HIV.

Demikian surat pernyataan ini kami buat untuk dipergunakan seperlunya.

Yang memberi pernyataan

Petugas

(Nama Klien)

(Nama petugas)

FORMULIR PENGAMBILAN HASIL PEMERIKSAAN ANTI HIV

Tanggal : _____

Kode. Klien : _____

Tanda Tangan

Nama Dokter

Dibeberapa tempat formulir ini diganti dengan kartu pasien

LAPORAN HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSIS HIV

NOMOR REKAM MEDIS :
 KODE KLIEN :
 UMUR :
 JENIS KELAMIN :
 TANGGAL PERMINTAAN PEMERIKSAAN :
 TANGGAL PEMERIKSAAN :

A PEMERIKSAAN ANTI-HIV

NAMA REAGENSIA	HASIL PEMERIKSAAN
1	<input type="checkbox"/> Non Reaktif <input type="checkbox"/> Reaktif
2	<input type="checkbox"/> Non Reaktif <input type="checkbox"/> Reaktif
3	<input type="checkbox"/> Non Reaktif <input type="checkbox"/> Reaktif
HASIL AKHIR : <input type="checkbox"/> Non Reaktif <input type="checkbox"/> Reaktif <input type="checkbox"/> Indeterminate	

B PEMERIKSAAN CD4 **(HANYA UNTUK YANG SUDAH TERDIAGNOSIS HIV)**

Hasilsel/ μ l

C PEMERIKSAAN PCR HIV KUANTITATIF (VIRAL LOAD)

Hasil : copies/ml / Log (copies/ml)

D PEMERIKSAAN PCR KUALITATIF **(DETEKSI DINI PADA BAYI UMUR 6 MINGGU - 18 BULAN DAN RUJUKAN HIV)**

Hasil : Detected Undetected

Mengetahui
 Penanggung Jawab Laboratorium

Tanda tangan pemeriksa

(_____)

(_____)

BUKU KUNJUNGAN HARIAN

Buku kunjungan klien dapat dibuat oleh masing-masing layanan. Tidak ada bentuk formulir khusus, mengingat buku kunjungan klien akan bervariasi tergantung dari kebutuhan informasi di setiap layanan. Dalam membuat buku kunjungan klien, minimum variabel data yang akan dikumpulkan adalah sebagai berikut:

- tanggal kunjungan
- No Registrasi
- nama kota tinggal saat ini
- nama konselor yang akan melayani

No	Tanggal kunjungan	No rekam medis	No Registrasi	Kota Tempat tinggal	Nama Konselor
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

FORM RUJUKAN UNTUK KLIEN

Tanggal Rujukkan dibuat : / /
Rujukkan dibuat oleh :
Dirujuk kepada :
Alamat instansi yang dirujuk :
No Telefon :
No Faximile :

Kepada rekan-rekan yang terhormat,
Kami dari penyelenggara layanan konseling dan tes HIV mengajukan permohonan agar klien/pasien ini mendapatkan dukungan, perawatan ataupun pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan klien/pasangan. Klien/pasien ini yang sebelumnya telah mendapatkan pelayanan di konseling dan tes. Klien/pasien ini telah memberikan persetujuan untuk mendapatkan penanganan dan pelayanan lebih lanjut sebagai berikut:

1. Konseling Psikososial Lanjutan
2. Konseling untuk memulai Minum ARV
3. Pemeriksaan kesehatan dasar untuk HIV
4. Bantuan untuk perawatan di sosial di rumah dan lingkungan
5. Kelompok dukungan orang dengan HIV
6. Konseling NAPZA
7. Bantuan akomodasi
8. Lainnya, sebutkan

Catatan khusus :

--

CEK LIST HAMBATAN KEPATUHAN MINUM ART

HAMBATAN	Cek di sini (√)	Keterangan
INDIVIDUAL		
Pemahaman		
○ Komunikasi (budaya, ketidakpercayaan, takut, malu) (1)		
○ Hambatan bahasa (2)		
○ Tingkat pendidikan rendah, kemampuan baca terbatas (3)		
○ Pengetahuan terbatas/keyakinan keliru tentang HIV (4)		
○ Kurangnya kesadaran atau kurangnya kepercayaan terhadap efektifitas ART (5)		
Motivasi dan daya ingat		
○ Pelupa (6)		
○ Depresi/gangguan psikiatrik (7)		
○ Pemakaian alcohol (8)		
○ narkoba aktif (8)		
○ Tidak mampu menetapkan tujuan jangka panjang (9)		
Dukungan dan logistik		
○ Tidak nyaman buka status HIV (10)		
○ Kondisi hidup sulit (11)		
○ Kondisi hidup tak stabil dan kurang dukungan sosial (12)		
○ Kesulitan logistik (13)		
○ Masalah logistik (traveling, jadwal kerja padat,dll.) (13)		
LAYANAN KESEHATAN		
Petugas Kesehatan		
○ Sikap negatif atau menghakimi (14)		
○ Terlalu sibuk (15)		
Sistem/struktur pelayanan		
○ Kesulitan transportasi (jarak, waktu, biaya) (15)		
○ Jam buka klinik (15)		
○ Biaya pengobatan (dokter) tidak terjangkau (15)		

HAMBATAN	Cek di sini (√)	Keterangan
○ Biaya pemeriksaan lab tidak terjangkau (15)		
○ Stok obat tidak memadai (15)		
○ Data kelahiran/perumahan terbatas (15)		
OBAT - OBATAN		
○ Rumitnya regimen obat (16)		
○ Frekwensi dosis (17)		
○ Jumlah pil terlalu banyak (18)		
○ Persyaratan/pembatasan makanan (19)		
○ Interaksi obat (19)		
○ Frekwensi dan keparahan efek samping (20)		
LAIN-LAIN (Sebutkan)		
○		
○		

Penjelasan :

1. Berikan tanda cek (√) pada jenis hambatan yang teridentifikasi
2. Gali informasi sebanyak mungkin dengan menerapkan keterampilan mikro konseling
3. Lakukan secara urut dan sistimatis agar tidak ada yang terlewatkan
3. Berikan keterangan pada kolom keterangan berkaitan dengan jenis hambatan yang teridentifikasi
4. Tambahkan jenis hambatan pada kolom bila teridentifikasi jenis hambatan yang tidak ada dalam daftar di atas.



FORMULIR TES DAN KONSELING HIV



NO REKAM MEDIS
NO REGISTER

NIK

RAHASIA

PEMBERIAN INFORMASI *Isikan bila penawaran tes oleh petugas kesehatan (TIPK)*

TANGGAL PEMBERIAN INFORMASI (Tgl/Bln/Thn)

PERNAH TES HIV SEBELUMNYA (* coret yang tidak perlu)

Ya Dimana : Kapan : Hr/Bln/Thn*
 Tidak Hasil : Non Reaktif Reaktif Tidak tahu

PENYAKIT TERKAIT PASIEN (boleh diisi lebih dari satu)

TB Dermatitis Herpes Sifilis Hepatitis
 Diare LGV Toksoplasmosis IMS lainnya _____
 Kandidiasis oralesovagial PCP Wasting syndrome Lainnya _____

KESEDIAAN UNTUK TES Ya Tidak

TES ANTIBODI HIV

TANGGAL TES HIV (Tgl/Bln/Thn) JENIS TES HIV Rapid Test ELISA

HASIL TES R1 Non Reaktif Reaktif Nama Reagen :

HASIL TES R2 Non Reaktif Reaktif Nama Reagen :

HASIL TES R3 Non Reaktif Reaktif Nama Reagen :

KESIMPULAN HASIL TEST HIV Non Reaktif Reaktif Indeterminate

NOMOR REGISTRASI NASIONAL PDP (Diisi bila hasil tes positif) Tgl Masuk PDP (dd / mm / yyyy)

TINDAK LANJUT (TIPK) (boleh diisi lebih dari satu)

Rujuk konseling _____ Rujuk ke PDP dan PPIA
 Rujuk ke _____

Apakah termasuk ODHA dengan pasangan HIV Negatif ? Ya Tidak

KONSELING PASCA TES

TANGGAL KONSELING PASCA TES (Tgl/Bln/Thn)

TERIMA HASIL Ya Tidak SKRINING GEJALA TB Ya Tidak Jumlah Kondom yang Diberikan Buah

TINDAK LANJUT (KTS) (boleh diisi lebih dari satu)

Tes ulang Rujuk ke Layanan Rehab Rujuk ke Layanan PPIA Rujuk ke petugas pendukung, yaitu:
 Rujuk ke Layanan TB Rujuk ke Layanan LASS Rujuk ke Layanan IMS 1. Komunitas
 Rujuk ke Layanan PTRM Rujuk ke Profesional Konseling _____ 2. LSM (.....)
 3. Kader
 1. Pasangan 4. Kepatuhan minum obat
 2. Keluarga 5. Paliatif
 3. Pencegahan positif 6. Lain - lain

NAMA KONSELOR / PETUGAS KESEHATAN

STATUS LAYANAN Rumah Sakit Puskesmas Klinik

JENIS PELAYANAN Layanan Menetap Layanan Bergerak

----- batas akhir formulir -----

BAB II

ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DENGAN HIV POSITIF

Kasus HIV Pada Anak

Ny. S membawa anaknya ke rumah sakit karena anaknya batuk terus–terusan dan di sertai sesak napas. Menurut Ny S sudah sekitar seminggu batuk anaknya tidak mau berhenti dan dua hari yang lalu batuknya mulai disertai sesak napas, klien kelihatan tampak sesak.

Ibu klien mengatakan anaknya diare, terus–terusan buang air besar sampai 5 x dalam sehari. klien tampak lemah, mata cekung. klien demam dan tidak mau menyusui. anak kelihatan agak kurus dan sudah tidak beraktivitas sebagaimana biasanya. Keluarga klien mengatakan sangat khawatir dengan kondisi anaknya. Setelah di lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) di peroleh:

- Suhu : 38,5 ° C
- Nadi : 120x/m
- Pernafasan : 28x / m
- Tekanan darah : 95/60 mmHg

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Data

I. Identitas Klien :

- Nama / nama panggilan : An. J
- Tempat tanggal lahir / usia : Kendari, 20 Mei 2010
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Agama : Islam
- Pendidikan : –
- Alamat : BTN Revalina Blok C No. 3
- Tanggal masuk : 24 Mei 2011
- Tanggal pengkajian : 25 Mei 2011
- Diagnosa medik : HIV-AIDS

II. Identitas Orang Tua

1. Ayah
 - a. Nama : Tn. Budi
 - b. Umur : 28 tahun
 - c. Pendidikan : SMP
 - d. Pekerjaan : Pedagang
 - e. Agama : Islam
 - f. Alamat : BTN Revalina Blok C No. 3

2. Ibu
 - a. Nama : Ny. S
 - b. Usia : 22 tahun
 - c. Pendidikan : SMP
 - d. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 - e. Agama : Islam
 - f. Alamat : BTN Revalina Blok C No. 3

3. Identitas Saudara Kandung

No	Nama	Usia	Hubungan	Status Kesehatan
1.	-	-	-	-

III. Keluhan Utama

Orangtua klien mengeluhkan anaknya batuk-batuk disertai sesak napas.

IV. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien terus batuk-batuk sejak satu minggu yang lalu, kemudian dua hari yang lalu mulai disertai sesak napas. Klien juga terkena diare dengan frekuensi BAB cukup tinggi. Sejak semalam klien demam dan diperparah lagi klien tidak mau menyusu, karena itu orang tua klien membawanya ke rumah sakit.

2. Riwayat Kesehatan Lalu (khusus untuk anak 0-5 tahun)

- a. Prenatal Care.

- Pemeriksaan kehamilan 1 kali
- Keluhan selama hamil Ngidam, kadang-kadang demam dan lemas.
- Riwayat terkena sinar tidak ada
- Kenaikan berat badan selama kehamilan 2 kg
- Imunisasi 2 kali
- Golongan darah Ibu : O /golongan darah ayah : A

b. Natal.

- Tempat melahirkan di Puskesmas oleh bidan
- Lama dan jenis persalinan : Spontan/normal
- Penolong persalinan Dokter Kebidanan
- Tidak ada komplikasi selama persalinan ataupun setelah persalinan (sedikit perdarahan daerah vagina).

c. Post Natal

- Kondisi Bayi : BB lahir 2 kg, PB 47 cm
- Pada saat lahir kondisi anak baik (untuk semua usia)
- Penyakit yang pernah dialami demam setelah imunisasi
- Kecelakaan yang pernah dialami : tidak ada
- Imunisasi belum lengkap
- Alergi belum nampak
- Perkembangan anak dibanding saudara-saudara : Anak pertama.

V. Riwayat Kesehatan Keluarga

Anggota keluarga : Ibu klien positif HIV

Generasi I : Kakek dan nenek klien meninggal bukan karena penyakit yang sama dengan klien.

Generasi II : Saudara laki-laki dari bapak klien meninggal karena kecelakaan tidak ada riwayat penyakit yang sama dengan klien

Generasi III : Klien anak pertama. Belum mempunyai saudara, klien saat ini di rasawat di RS dengan diangnosa positif HIV.

VI. Riwayat Imunisasi

No	Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Reaksi setelah pemberian
1.	BCG	1 bulan	Demam
2.	DPT	1 bulan	Demam
3.	Polio	-	-
4.	Campak	-	-
5.	Hepatitis	Lupa	Lupa

VII. Riwayat Tumbuh Kembang

a. Pertumbuhan Fisik

1. Berat Badan : BB lahir 2 kg, BB masuk RS : 5 kg
2. Tinggi Badan : PB lahir 47 cm, PB masuk RS : 45 cm

b. Perkembangan tiap tahap

1. Berguling : 5 bulan
2. Duduk : 8 bulan
3. Merangkak : 10 bulan
4. Berdiri : 12 bulan
5. Berjalan : belum
6. Senyum kepada orang lain pertama kali : lupa
7. Bicara pertama kali : memanggil ibunya
8. Berpakaian tanpa bantuan : masih di bantu ibunya secara penuh

VIII. Riwayat Nutrisi

a. Pemberian ASI

1. Pertama kali di susui : setengah jam setelah lahir
2. Cara pemberian : Setiap kali menangis dan tanpa menangis
3. Lama pemberian : 10 - 15 menit
4. Diberikan sampai usia : sampai saat ini

b. Pemberian susu formula : SGM

c. Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Usia	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
0 – 6 bulan	ASI	10 - 15 menit

IX. Riwayat Psiko Sosial

- a. Anak tinggal di rumah.
- b. Lingkungan berada di tepi kota.
- c. Rumah tidak ada fasilitas lengkap.
- d. Di rumah tidak ada tangga yang berbahaya yang dapat menimbulkan kecelakaan, anak bebas bermain di luar dengan teman-temannya.
- e. Hubungan antar anggota keluarga baik.
- f. Pengasuh anak adalah orang tua.

X. Riwayat Spiritual

- a. Anggota keluarga cukup taat melaksanakan ibadah
- b. Kegiatan keagamaan : jarang mengikuti kegiatan keagamaan

XI. Reaksi Hospitalisasi

- a. Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap.
 1. Orang tua membawa anaknya ke RS karena khawatir dan cemas tentang keadaan anaknya yang tiba-tiba sesak napas.
 2. Dokter menceritakan tentang kondisi anaknya tetapi kelihatannya orang tua belum mengerti hal ini dibuktikan dengan ekspresi wajah orang tua dan pertanyaan yang timbul sekitar keadaan anaknya.
 3. Orang tua saat masuk di RS sangat merasa khawatir dengan keadaan anaknya dan selalu menanyakan kondisi anaknya.
 4. Orang tua selalu menjaga anaknya bergantian antara ayah, ibu dan dan keluarga yang lain.
- b. Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap.
 1. Anak belum mampu berbicara.

XII. Aktivitas Sehari-hari

a. Nutrisi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1. Keinginan Menyusu	Baik	Kurang
2. Frekwensi Menyusui	7 kali	Kurang sekali
3. Susu formula	Baik	Kurang sekali

b. Cairan

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
1. Jenis minuman	ASI	Tidak ada
2. Frekwensi minum	Setiap kali haus	Sering
3. Kebutuhan cairan	Tidak diketahui	Tergantung
4. Cara pemberian	ASI	Infus

c. Eliminasi (BAB dan BAK)

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
1. Tempat pembuangan	Kain sarung	Popok
2. Frekwensi / waktu	BAK : sering BAB : 2x sehari	BAK : sering BAB : 4-5x sehari
3. Konsistensi	Sering encer	Encer
4. Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
5. Obat pencahar	Tidak pernah digunakan	

d. Istirahat / Tidur

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
Jam tidur		
Siang	11.00 – 13.00	Jam 12.00 - 13.00
Malam	Jam 20.00 -06.00	Jam 21.00 -07.00
Pola tidur	Tidur dilaksanakan pada siang dan	Tidur dilaksanakan pada siang dan

	malam hari	malam hari
Kebiasaan sebelum tidur	Menyusu	Menyusu
Kesulitan tidur	Gelisah	Sering terbangun karena popoknya basah oleh feses

e. Personal Hygiene

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
Mandi		
Cara	Dikerjakan oleh orang tua.	Tidak pernah mandi hanya dilap badan.
Frekwensi	2 x sehari	1x sehari/melap badan.
alat mandi	Sabun	Badan.
Cuci rambut	Kadang-kadang Tidak menentu	Pake air hangat
frekwensi	Dikerjakan oleh orang tua	belum pernah dilakukan
Cara		
Gunting kuku	Setiap kali kuku terlihat panjang	
frekwensi		belum pernah
Cara	Di kerjakan oleh orang tua	dilakukan

XIII. Pemeriksaan Fisik.

- a. Keadaan umum klien : lemah gelisah dan batuk sesak
1. Ekspresi wajah biasa kadang tersenyum dan cengeng bila diajak bermain.
 2. Berpakaian bersih karena selalu dijaga oleh ibunya.
- b. Tanda-tanda vital:
1. Suhu : 38,5 ° C
 2. Nadi : 20x/m
 3. Pernafasan : 70 x / m
 4. TD : 95/60 mmHg
- c. Antropometri
- Panjang badan : 50 cm
 - Berat badan : 5 kg
 - Lingkaran lengan atas : tidak dikaji
 - lingkaran kepala : tidak dikaji
 - lingkaran dada : tidak di kaji
 - Lingkaran perut : tidak dikaji
 - Skin fold : tidak dikaji
- d. Head To Toe
- Kulit : Pucat dan turgor kulit agak buruk.
 - Kepal dan leher : Normal tidak ada kerontokan rambut, warna hitam dan tidak ada peradangan.
 - Kuku : Jari tabuh.
 - Mata / penglihatan : Sklera pucat dan nampak kelopak mata cekung.
 - Hidung : Tidak ada Peradangan, tidak ada reaksi alergi, tidak ada polip, dan fxungsi penciuman normal.
 - Telinga : Bentuk simetris kanan/kiri, tidak ada peradangan,

tidak ada perdarahan.

- Mulut dan gigi : Terjadi peradangan pada rongga mulut dan mukosa, terjadi Peradangan dan perdarahan pada gigi ,gangguan menelan(-), bibir dan mukosa mulut klien nampak kering dan bibir pecah-pecah.
- Leher : Terjadi peradangan pada eksofagus.
- Dada : dada masih terlihat normal.
- Abdomen : Turgor jelek ,tidak ada massa, peristaltik usus meningkat dan perut mules dan mual.
- Perineum dan genitalia :Pada alat genital terdapat bintik-bintik radang.
- Extremitas atas/ bawah: Extremitas atas dan extremitas bawah tonus otot lemah akibat tidak ada energi karena diare dan proses penyakit.

e. Sistem Pernafasan

- Hidung : Simetris, pernafasan cuping hidung : ada, secret : ada.
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe di sub mandibula.
- D a d a :
 - Bentuk dada : Normal.
 - Perbandingan ukuran anterior-posterior dengan transversal : 1 : 1.
 - Gerakan dada : simetris, tidak terdapat retraksi.
 - Suara nafas : ronki.
 - Suara nafas tambahan : ronki.
- Tidak ada clubbing finger.

f. Sistem Kardiovaskuler :

- Conjunctiva : Tidak anemia, bibir : pucat/cyanosis, arteri carotis : berisi reguler , tekanan vena jugularis : tidak meninggi.
- Ukuran Jantung : tidak ada pembesaran.
- Suara jantung : Tidak ada bunyi abnormal.

- Capillary refilling time > 2 detik.
- g. Sistem Pencernaan:
- Mulut : terjadi peradangan pada mukosa mulut.
 - Abdomen : distensi abdomen, peristaltic meningkat > 25x/mnt akibat adanya virus yang menyerang usus.
 - Gaster : nafsu makan menurun, mules, mual muntah, minum normal,
 - Anus : terdapat bintik dan meradang gatal.
- h. Sistem Indra.
- Mata : agak cekung.
 - Hidung : Penciuman kurang baik.
 - Telinga : Keadaan daun telinga : kanal auditorius kurang bersih akibat penyebaran penyakit. Fungsi pendengaran kesan baik.
- i. Sistem Saraf.
- Fungsi serebral: Status mental Orientasi masih tergantung orang tua. Kesadaran : Eyes (membuka mata spontan). Motorik (bergerak mengikuti perintah). Verbal (bicara normal).
 - Fungsi kranial : Saat pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda kelainan dari Nervus I – Nervus XII.
 - Fungsi motorik : Klien nampak lemah, seluruh aktifitasnya dibantu oleh orang tua.
 - Fungsi sensorik : suhu, nyeri, getaran, posisi, diskriminasi (terkesan terganggu).
 - Fungsi cerebellum : Koordinasi, keseimbangan kesan normal.
 - Refleks : bisip, trisep, patela dan babinski terkesan normal.
- j. Sistem Muskulo Skeletal
- Kepala : Betuk kurang baik, sedikit nyeri.
 - Vertebrae: Tidak ditemukan skoliosis, lordosis, kiposis, ROM pasif, klien malas bergerak, aktifitas utama klien adalah

berbaring di tempat tidur.

- Lutut : tidak bengkak, tidak kaku, gerakan aktif, kemampuan jalan baik.
- Tangan tidak bengkak, gerakan dan ROM aktif.

k. Sistem Integumen

- warna kulit pucat dan terdapat bintik-bintik dengan gatal, turgor menurun > 2 dt,
- suhu meningkat 39 derajat celsius, akral hangat, akral dingin (waspada syok), capillary refill time memajang > 2 dt, kemerahan pada daerah perianal.

l. Sistem endokrin

- Kelenjar tiroid tidak nampak, teraba tidak ada pembesaran.
- Suhu tubuh tidak tetap, keringat normal.
- Tidak ada riwayat diabetes.

m. Sistem Perkemihan

- Urin produksi oliguria sampai anuria (200-400 ml/24 jam), frekuensi berkurang.
- Tidak ditemukan odema.
- Tidak ditemukan adanya nokturia, disuria , dan kencing batu.

n. Sistem Reproduksi

- Alat genitalia termasuk glans penis dan orificium uretra eksterna merah dan gatal.

o. Sistem Imun

- Klien tidak ada riwayat alergi.
- Imunisasi lengkap.
- Penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca tidak ada.
- Riwayat transfusi darah tidak ada.

B. Interpretasi Data Dasar/Identifikasi Diagnosa.

1. Diagnosa Kebidanan.

Seorang anak J usia 1 tahun dengan HIV/AIDS.

2. Data Subjektif.

- Ibu klien mengatakan anaknya batuk-batuk dan sesak.
- Ibu klien mengatakan anaknya demam tinggi dan terus-menerus.
- Ibu klien mengatakan, klien tidak mau menyusu/tidak minum susu.
- Ibu klien mengatakan anaknya susah menelan akibat luka-luka pada mulutnya.
- Ibu klien mengatakan anaknya sering buang air besar dan encer.
- Ibu klien mengatakan anaknya tidak dapat beraktivitas.
- Ibu klien mengatakan sangat khawatir dengan kondisi anaknya, maka dari itu anaknya di bawa ke RS.

3. Data Objektif.

- Klien selama di RS nampak batuk terus dan gelisah nampak sesak sesak.
- Klien nampak teraba panas dengan suhu 39°C , Nadi : 120x/m, P : 28x /m dan TD : 95/60 mmHg.
- Klien nampak tidak mau disusui, berat badan klien turun dari 6kg menjadi 5 kg.
- Klien nampak selalu BAB dan di RS terhitung 4-5/kali.
- Kulit klien nampak kering, nampak cekung pada mata.
- Klien tampak sangat lemah.
- Keluarga klien nampak gelisah dan selalu menanyakan kondisi anaknya.

4. Masalah

- Kondisi anak batuk-batuk dan sesak nafas.
- Kondisi anak demam tinggi dan terus-menerus.
- Klien tidak mau menyusu/tidak minum susu.

- Klien susah menelan akibat luka-luka pada mulutnya.
- Klien sering buang air besar dan encer.
- Klien tidak dapat beraktivitas.
- Berat badan klien tidak sesuai dengan usia.
- Elastisitas kulit tidak baik.

C. Mengidentifikasi Diagnosa/Antisipasi Masalah Potensial

- Resiko terjadi infeksi sehubungan dengan penurunan daya tahan tubuh.
- Resiko terjadi infeksi (transmisi) sehubungan dengan virus yang menular.
- Gangguan kebutuhan nutrisi (kurang dari kebutuhan) sehubungan dengan nyeri, anoreksia, diare.
- Gangguan pertukaran gas sehubungan dengan infeksi oportunistik saluran dari pernafasan, penurunan tidak volume dampak dari pengobatan, bakteri, pnemoni, anemia.
- Kurangnya volume cairan tubuh sehubungan dengan diare dampak dari infeksi oportunistik saluran pencernaan.
- Gangguan integritas kulit sehubungan dengan diare.
- Perubahan / gangguan mukosa membran mulut sehubungan dengan lesi sekunder membran mukosa dampak dari jamur dan infeksi herpes / radang mukosa dampak dari pengobatan dan hygiene oral yang tidak adekuat.
- Hipertermi sehubungan dengan Infeksi HIV, infeksi oportunistik, pengobatan.
- Gangguan tumbuh kembang sehubungan dengan gangguan neurologis.
- Ketidakefektifan koping keluarga sehubungan dengan penyakit menahun dan progresif.
- Kurang pengetahuan sehubungan dengan perawatan anak yang kompleks di rumah.

D. Identifikasi Kebutuhan Segera/Antisipasi Tindakan Segera

- Kolaborasi dengan dokter spesialis anak dalam pemberian asuhan yang dilaksanakan.

- Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret.
- Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.
- Hipertermi berhubungan dengan pelepasan pyrogen dari hipotalamus sekunder terhadap reaksi antigen dan antibody.
- Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pemasukan dan pengeluaran sekunder karena kehilangan nafsu makan dan diare.
- Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kekambuhan penyakit, diare, kehilangan nafsu makan, kandidiasis oral.
- Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- Kecemasan berhubungan dengan perubahan kesehatan yang diderita klien.

E. Intervensi/Perencanaan

DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<p>1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret.</p> <p>DS : Keluarga klien mengatakan anaknya batuk-batuk dan sesak</p> <p>DO : Klien selama di RS nampak batuk terus dan gelisah nampak sesak sesak</p>	<p>Agar anak menunjukkan jalan nafas yang efektif</p>	<p>Klien merasa nyaman ketika bernapas.</p> <p>Klien menunjukkan pola napas yang efektif</p>	<p>Auskultasi area paru, catat area penurunan/tidak ada aliran udara dan bunyi napas adventisius.</p> <p>Kaji ulang tanda-tanda vital (irama dan frekuensi, serta gerakan dinding dada</p> <p>Bantu pasien latihan napas sering.</p> <p>Lakukan penghisapan sesuai indikasi.</p> <p>Berikan cairan sedikitnya 2500 ml/hari (kecuali kontraindikasi)</p> <p>Memberikan obat yang dapat meningkatkan efektifnya jalan nafas (seperti bronchodilator</p>	<p>Penurunan aliran udara terjadi pada area konsolidasi dengan cairan.</p> <p>Pernapasan dangkal dan gerakan dada tidak simetris terjadi karena ketidaknyamanan gerakan dinding dada.</p> <p>Napas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru/jalan napas lebih kecil</p> <p>Merangsang batuk atau pembersihan jalan napas secara mekanik.</p> <p>Cairan (khususnya yang hangat) memobilisasi dan mengeluarkan secret.</p> <p>Alat untuk menurunkan spasme bronkhus dengan memobilisasi</p>

				sekret.
<p>2. Pola nafas tidak efektif. Ditandai dengan :</p> <p>DS : Keluarga klien mengatakan anaknya susah bernapas DO : klien tampak kelihatan sesak</p>	<p>Anak dapat menunjukkan pola napas yang efektif</p>	<p>Klien Menunjukkan pola nafas efektif dengan frekuensi dan kedalaman dalam rentang normal.</p>	<p>Kaji frekuensi, kedalaman pernafasan dan ekspansi paru. Catat upaya pernafasan, Auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi seperti ronchi.</p> <p>Tinggkan kepala dan bantu mengubah posisi. Observasi pola batuk dan karakter sekret.</p> <p>Berikan oksigen tambahan. Pertahankan lingkungan sejuk, dengan menggunakan piyama dan selimut yang tidak tebal.</p>	<p>Kecepatan biasanya meningkat. Dispne dan terjadi peningkatan kerja nafas.</p> <p>Bunyi nafas menurun / tidak ada bila jalan nafas obstruktif sekunder terhadap pendarahan.</p> <p>Duduk tinggi memungkinkan ekspansi paru memudahkan pernafasan.</p> <p>Kongesti alveolar mengakibatkan batuk kering / iritasi.</p> <p>Memaksimalkan bernafas dan menurunkan kerja nafas.</p>
<p>3. Hipertermi berhubungan dengan pelepasan pyrogen dari hipotalamus sekunder terhadap reaksi antigen dan antibody.</p> <p>DS : ibu klien mengatakan anaknya demam terus-menerus DO : Klien nampak teraba panas dengan suhu 38,5 °C, Nadi : 120x/m, P : 28x / m dn TD :</p>	<p>Anak akan mempertahankan suhu tubuh normal.</p>	<p>Klien menunjukkan suhu yang normal. Klien mampu menunjukkan TTV yang normal : suhu 36,5 °C, Nadi : 80x/m, P : 20x / m dn TD : 110/80 mmHg</p>	<p>Pantau suhu tubuh anak setiap 1-2 jam, bila terjadi peningkatan secara tiba-tiba beri antimikroba/antibiotik jika disarankan.</p> <p>Berikan kompres dengan suhu 37 oC pada anak Kolaboratif : Beri antipiretik sesuai petunjuk</p>	<p>Lingkungan yang sejuk membantu menurunkan suhu tubuh dengan cara radiasi</p> <p>Peningkatan suhu secara tiba-tiba akan mengakibatkan kejang</p> <p>Antimikroba mungkin disarankan untuk mengobati organisme penyebab</p> <p>Kompres hangat efektif mendinginkan tubuh melalui cara konduksi</p> <p>Antipiretik seperti asetaminofen (Tylenol), efektif menurunkan demam</p>

95/60 mmHg				
<p>4. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pemasukan dan pengeluaran.</p> <p>DS : Ibu klien mengatakan anaknya sering buang air besar dan encer</p> <p>DO : Klien nampak selalu BAB dan di RS terhitung 4-5/hari. - Kulit klien nampak kering, nampak cekung pada mata</p>	<p>Keseimbangan cairan tubuh adekuat</p>	<p>Tidak ada tanda-tanda dehidrasi (tanda-tanda vital stabil, kualitas denyut nadi baik, turgor kulit normal, membran mukosa lembab dan pengeluaran urine yang sesuai)</p>	<p>Ukur dan catat pemasukan dan pengeluaran. Tinjau ulang catatan intra operasi.</p> <p>Pantau tanda-tanda vital.</p> <p>Letakkan pasien pada posisi yang sesuai, tergantung pada kekuatan pernapasan.</p> <p>Pantau suhu kulit, palpasi denyut perifer.</p> <p>Kolaborasi, berikan cairan parenteral, produksi darah dan atau plasma ekspander.</p>	<p>Dokumentasi yang akurat akan membantu dalam mengidentifikasi pengeluaran cairan. hipotensi, takikardia, peningkatan pernapasan mengindikasikan kekurangan cairan.</p> <p>Elevasi kepala dan posisi miring akan mencegah terjadinya aspirasi dari muntah.</p> <p>Kulit yang dingin/lembab, denyut yang lemah mengindikasikan penurunan sirkulasi perifer.</p> <p>Gantikan kehilangan cairan yang telah didokumentasikan.</p>
<p>5. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p> <p>DS : Keluarga klien mengatakan, klien tidak mau menyusu.</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya susah menelan</p> <p>DO : Klien nampak cengeng bila ingin Disusui.</p>	<p>Pasien mendapatkan nutrisi yang optimal dengan kriteria hasil anak mengkonsumsi jumlah nutrien yang cukup.</p>	<p>Nafsu menyusu meningkat BB meningkat atau normal sesuai umur</p>	<p>Berikan makanan dan kudapan tinggi kalori dan protein.</p> <p>Beri makanan yang disukai anak.</p> <p>Perkaya makanan dengan suplemen nutrisi.</p> <p>Berikan makanan ketika anak sedang mau makan dengan baik.</p> <p>Gunakan kreativitas untuk mendorong anak.</p> <p>Pantau berat badan dan pertumbuhan.</p> <p>Kolaboratif: obat antijamur sesuai instruksi</p>	<p>Untuk memenuhi kebutuhan tubuh.</p> <p>Untuk mendorong agar anak mau makan.</p> <p>Untuk memaksimalkan kualitas asupan makanan.</p> <p>Ketika anak mau makan adalah kesempatan yang berharga bagi perawat maupun orang tua.</p> <p>Dapat menarik minat anak untuk makan dan menghabiskan porsi makanan.</p> <p>Pemantauan berat badan dilakukan sehingga intervensi.</p>

				Untuk mengobati kandidiasis oral.
<p>6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.</p> <p>DS : Ibu klien mengatakan anaknya tidak bias beraktivitas sebagai mana biasanya.</p> <p>DO : klien tampak sangat lemah</p>	Adanya peningkatan toleransi aktivitas	<p>-Anak dapat beraktivitas sebagaimana biasanya</p> <p>-Anak tidak tampak lemah</p>	<p>Evalusi respon terhadap aktivitas. Catat laporan dispnea, peningkatan kelemahan/kelelahan.</p> <p>Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai indikasi.</p> <p>Bantu klien memilih posisi nyaman untuk istirahat dan tidur.</p>	<p>Menetapkan kemampuan/kebutuhan klien dan memudahkan pilihan intervensi.</p> <p>Menurunkan stress dan rangsangan berlebihan, meningkatkan istirahat</p> <p>Klien mungkin nyaman dengan menggunakan bantal sehingga posisi kepala lebih tinggi</p>
<p>7. Kecemas</p> <p>DS : Keluarga klien mengatakan sangat khawatir dengan kondisi anaknya</p> <p>DO : Keluarga klien nampak gelisah dan selalu menanyakan kondisi anaknya.</p>	Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3 x 24 jam, klien mampu beradaptasi	<p>Keluarga Mau menerima tindakan perawatan, klien tampak tenang dan tidak rewel</p>	<p>Kenali masalah keluarga dan kebutuhan akan informasi dan dukungan.</p> <p>Kaji pemahaman keluarga tentang diagnosa dan rencana perawatan</p> <p>Tekankan dan jelaskan penjelasan profesional kesehatan tentang kondisi anak.</p> <p>Gunakan setiap kesempatan untuk meningkatkan pemahaman keluarga tentang penyakit.</p> <p>Bantu orang tua menginterpretasikan perilaku dan respon bayi atau anak.</p> <p>Rujuk pada kelompok pendukung dan lembaga-lembaga khusus (mis yayasan HIV/AIDS Indonesia).</p>	<p>Dengan mengkaji masalah yang dihadapi keluarga perawat dapat membuat rencana intervensi yang tepat.</p> <p>Tingkat pemahaman keluarga sangat diperlukan perawat untuk menentukan intervensi.</p> <p>Penjelasan yang tepat dari profesional akan mempertegas bahwa informasi yang didapatkan tentang penyakit dan terapinya tersebut tepat .</p> <p>Untuk memfasilitasi keluarga belajar dan meningkatkan kemampuannya dalam merawat klien.</p> <p>Mengintereasikan perilaku dan respon bayi atau anak secara tepat membantu keluarga dalam mengambil</p>

				keputusan untuk dukungan interpersonal tambahan dan konkret (misalnya pelayanan sosial).

F. Implementasi dan Evaluasi

No. DX/Tgl	PUKUL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret 25-05-2011	07.30 WITA	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengauskultasi area paru, catat area penurunan/tidak ada aliran udara dan bunyi napas adventisius. b. Mengkaji ulang tanda-tanda vital (irama dan frekuensi, serta gerakan dinding dada . c. Membantu pasien latihan napas sering. Tunjukkan/bantu pasien mempelajari melakukan batuk, misalnya menekan dada dan batuk efektif sementara posisi duduk tinggi dan menghisap sesuai indikasi. d. Memberikan cairan sedikitnya 2500 ml/hari (kecuali kontraindikasi). e. Tawarkan air hangat dari pada dingin. f. Memberikan obat yang dapat meningkatkan efektifnya jalan nafas. 	<p>26 Mei 2011, Pkl. 07.30 wita</p> <p>S: Ibu pasien mengatakan anak masih sesak</p> <p>O: Klien Masih nampak gelisah dan tampak sesak.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 3,4,5 dan 6 dilanjutkan</p>

NO. DX/ Tgl	PUKUL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
-------------	-------	--------------	----------

<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru</p> <p>25-05-2011</p>	<p>08.00 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengkaji frekuensi, kedalaman pernafasan dan ekspansi paru. b. MengAuskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi seperti ronchi. c. Meninggikan kepala dan bantu mengubah posisi. d. Mengobservasi pola batuk dan karakter sekret. e. Memberikan oksigen tambahan. f. Memberikan humidifikasi tambahan, misal:nebuliser ultrasonik. 	<p>26- 05-2011, Pkl. 08.00 wita</p> <p>S : ibu klien mengatakan pola nafas anaknya sudah agak baikan</p> <p>O : klien nampak bernafas dengan normal tetapi belum terlalu pulih</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan (intervensi 3,4 dan 5)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

No. DX/Tgl	J A M	IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Hipertermi berhubungan dengan pelepasan pyrogen dari hipotalamus sekunder terhadap reaksi antigen dan antibody</p> <p>25-05-2011</p>	<p>09.00 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Mempertahankan lingkungan sejuk, dengan menggunakan piyama dan selimut yang tidak tebal serta pertahankan suhu ruangan antara 22° dan 24 °C. b. Memantau suhu tubuh anak setiap 1-2 jam, bila terjadi peningkatan secara tiba-tiba. c. Memberikan antimikroba/antibiotik jika disarankan. d. Memberikan kompres dengan suhu 37oC pada anak untuk menurunkan demam. e. Kolaboratif : Beri antipiretik sesuai petunjuk. 	<p>26 Mei 2011, Pkl 10.00 wita</p> <p>S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam</p> <p>O: Klien Nampak teraba panas.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1,4 dan 5 dilanjutkan</p>

No. DX/Tgl	PUKUL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pemasukan dan pengeluaran sekunder karena kehilangan nafsu makan dan diare 25-05-2011	11.00 WITA	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengukur dan catat pemasukan dan pengeluaran. b. Memantau tanda-tanda vital. c. Meletakkan pasien pada posisi yang sesuai, tergantung pada kekuatan pernapasan. d. Memantau suhu kulit, palpasi denyut perifer. e. Kolaborasi, berikan cairan parenteral, produksi darah dan atau plasma ekspander sesuai petunjuk. Tingkatkan kecepatan IV jika diperlukan. 	<p>26 Mei 2011, jam 12.00 Wita</p> <p>S: Ibu pasien mengatakan anaknya sering BAB</p> <p>O: Pasien Nampak kulitnya kering, cekung pada mata</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi 1,4 dan 5 di lanjutkan</p>

No. DX/Tgl	PUKUL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kekambuhan penyakit, diare, kehilangan nafsu makan, kandidiasis oral 25-05-2011	12.30 WITA	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan makanan dan kudapan tinggi kalori dan tinggi protein. b. Memberi makanan yang disukai anak. c. Perkaya makanan dengan suplemen nutrisi, misalnya susu bubuk atau suplemen yang dijual bebas. d. Memberikan makanan ketika anak sedang mau makan dengan baik. e. Menggunakan kreativitas untuk mendorong anak agar mau makan. f. Memantau berat badan dan pertumbuhan. g. Kolaboratif : Berikan obat antijamur sesuai instruksi dokter. 	<p>26 Mei 2011, jam 13.30 Wita</p> <p>S: Ibu pasien mengatakan klien tidak mau makan/malas makan</p> <p>O: Pasien Nampak cengeng bila mau makan</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi ditingkatkan.</p>

No. DX/Tgl	PUKUL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Intoleransi aktivitas 25-05-2011	14.30 WITA	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi respon terhadap aktivitas. Catat laporan dispnea, peningkatan kelemahan/kelelahan dan perubahan TTV selama dan aktivitas. b. Memberikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai indikasi. c. Bantu klien memilih posisi nyaman untuk istirahat dan tidur. 	<p>26 Mei 2011, jam 14.30 Wita</p> <p>S: ibu pasien mengatakan anaknya belum bisa beraktivitas seperti biasa</p> <p>O: klien masih tampak lemah</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi ditingkatkan.</p>

No.DX/Tgl	PUKUL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Kecemas keluarga berhubungan dengan perubahan kesehatan yang diderita klien 25-05-2011	15.30 WITA	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengenali masalah keluarga dan kebutuhan akan informasi dan dukungan. b. Mengkaji pemahaman keluarga tentang diagnosa dan rencana perawatan. c. Tekankan dan jelaskan penjelasan profesional kesehatan tentang kondisi anak, prosedur dan terapi yang dianjurkan serta prognosanya. d. Gunakan setiap kesempatan untuk meningkatkan pemahaman keluarga tentang penyakit dan terapinya dan ulangi informasi sesering mungkin. e. Bantu orang tua menginterpretasikan perilaku dan respon bayi atau anak . f. Rujuk pada kelompok pendukung dan lembaga-lembaga khusus (mis yayasan HIV/AIDS Indonesia). 	<p>26 Mei 2011, jam 16.30 Wita</p> <p>S: Keluarga pasien mengatakan sudah tenang melihat kondisi anaknya.</p> <p>O: Keluarga pasien sudah cukup rileks</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dipertahankan.</p>