BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Asuhan keperawatan pada An. N dengan diagnose medis gastroenteritis yang dilaksanakan pada tanggal 15-17 Juli 2013 di Ruang Gunung Agung Rs.Bhakti Rahayu Surabaya.

3.1 Pengkajian Keperawatan (Tanggal 15 Juli 2013 Pukul 14.00 WIB)

3.1.1 Pengumpulan Data

Ruangan : Ruangan Gunung Agung

No. Rekam medik : 10.16.XX

Tanggal MRS : 15 Juli 2013 pukul 09.40

1. Identitas Klien

   An. N, tanggal lahir 12 september 2011, umur 2 tahun, jenis kelamin perempuan, suku jawa, bangsa Indonesia status belum kawin, agama islam, pendidikan terakhir belum sekolah, pekerjaan belum bekerja, alamat Jl. Jemur Gayungan II, diagnose medis gastroenteritis akut, sumber informasi orang tua anak dan status. Identitas Orang tua Tn. H, umur 29 tahun, suku jawa , bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, alamat Jl. Jemur Gayungan II. Ny. Y, umur 27 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir S1 Ekonomi, pekerjaan ibu rumah tangga.

2. Keluhan Utama **:**

   Ibu Klien mengatakan anaknya mengalami diare cair sudah ± 3x, badan lemas, tidak mau makan, panas.

3. Riwayat Kesehatan/Penyakit sekarang :

   Klien dibawa ke UGD Rs.Bhakti Rahayu Surabaya oleh orang tua klien pada tanggal 15 Juli 2013 pukul 09.40 WIB dengan keluhan BAB cair sudah ± 3x, badan lemas, tidak mau makan, panas. Saat diperiksa oleh dokter kien didiagnosa gastroenteritis dan disuruh opname di Ruang Gunung Agung Rs.Bhakti Rahayu Surabaya pada tanggal 15 juli 2013.

4. Riwayat Kesehatan/Penyakit dahulu :

   Ibu Klien mengatakan anaknya belum pernah sakit seperti ini, sakit yang pernah diderita anaknya hanya demam biasa dan batuk pilek. Sebelumnya klien tidak pernah oprasi. Ipu klien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami alergi. Imunisasi lengkap BCG 2x campak 2x polio 4x hepatitis 2x dan DPT 3x. Dalam keterangan ini didapatkan tidak ada masalah keperawatan..

5. Riwayat Kesehatan/Penyakit keluarga **:**

   Ibu Klien mengatakan bahwa keluarga tidak ada yang menderita penyakit hipertensi, diabetes melitus dan ibu klien juga mengatakan keluarga tidak pernah mengalami penyakit seperti ini. Lingkungan rumah dan komunitas kurang bersih banyak sampah di selokan disekitar rumah. Ibu klien mengatakan perilaku yang mempengaruhi kesehatan mungkin karena perlengkapan makanan yang kurang bersih saat dicuci dan anaknya yang

suka jajan sembarangan. Masalah keperawatan yang ditemukan kurangnya pengetahuan orang tua.

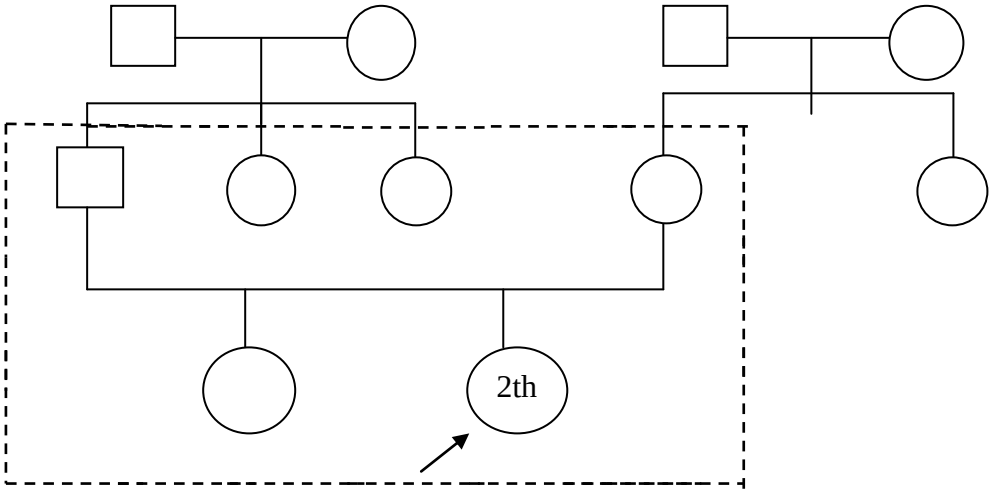
6. Riwayat Nutrisi :

Ibu klien mengatakan selama anaknya sakit dan dirawat di rumah sakit nafsu makan anaknya menurun anaknya makan 3x sehari tetapi hanya 2-3 sendok. Klien minum ASI,teh dan air putih dengan jumlah ± 1600 cc/hari, tidak ada pantangan makanan, menu makanan bubur halus berserat. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

7. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Ibu klien mengatakan berat badan anaknya 8,5 kg, tinggi badan 96 cm, berat badan sewaktu baru lahir 2700 gr dengan panjang 60 cm, dan berat badan sebelum sakit 8,7 kg. saat dikaji perkembangannya (DDST) ditemukan motorik kasar anak sudah bisa makan sendiri tanpa bantuan orng tuanya, tahap perkembangan psikososal klien selalu menangis jika ada perawat melakukan tindakan. Masalahkeperawatan yang ditemukan gangguan tahap perkembangan psikososial.

8. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

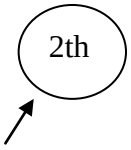
Laki-laki

Perempuan

Pasien

Tinggal satu rumah

Perempuan meninggal



9. Pengkajian Fisik (Body Sistem)

Keadaan Umum : keadaan umum klien lemah, suhu : 37,8°C, nadi : 100x/menit, RR : 22 x/menit.

1. Sistem Pernafasan

   Bentuk dada klien normal, pola nafas irama teratur, jenis normal, dengan frekuensi 22x/menit.

Bunyi nafas sonor, tidak ada retraksui otot bantu nafas, klien tidak memakai alat bantu nafas. Tidak ada masalah keperawatan.

2. Sistem cardovaskuler

   Tidak ada nyeri dada yang dikeluhkan pasien, irama jantung regular, pulsasi kuat, terdapat bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, CRT kurang dari 3 detik, klien tidak sianosis, tidak ada clubbingfinger. Tidak ada masalah keperawatan.

3. Sistem Persyarafan

   Kesadaran klien composmentis, GCS 456, reflek menghisap ada, reflek menoleh ada, reflek menggenggam kuat, reflek babinski negative, reflek moro tidak ada, reflek patella positif. Klien tidak pernah kejang,klien mengalami nyeri kepala.klien istirahat siang 4 jam dan tidur malam ± 6-7 jam/hari. kebiasaan klien sebelum tidur minum ASI. Tidak ada masalah keperawatan.

4. Sistem Genital

   Bentuk alat kelamin klien normal , uretra normal , kebersihan alat kelamin bersih , Frekuensi berkemih 3 – 4x/hari , warna kuning , tidak ada endapan urin , bau urin khas , Produksi urin 900cc/hari .

5. Sistem Pencernaan

   Mukosa bibir kering , kebersihan rongga mulut bersih ,Kebiasaan gosok gigi 2x/hari , tidak ada caries gigi , Tidak ada nyeri telan tenggorokan , Mual/Muntah Tidak ada , BAB 4-5x/hari , Konsistensi cair ada ampas ,

warna kuning , bau khas .Masalah keperawatan Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

6. Sistem Muskuluskletal dan Integumen

   Kemampuan pergerakan semdi lengan dan tungkai bebas , tidak ada fraktur , tidak ada dislokasi , turgor menurun , kelembapan kulit hangat kering merah , tidak ada edema . Masalah keperawatan resiko tinggi kerusakan integritas kulit .

7. Sistem pengideraan

   Mata cowong , Pupil isokor , reflek cahaya positif , konjungtiva pucat , sclera tidak ikterik , palpebra tidak ada edema , pasien tidak memakai alat bantu mata ,pergerakan bola mata normal , hidung normal , tidak ada sekret , bentuk telinga normal , tidak ada nyeri ,kebersihan telinga bersih , ketajaman pendengaran normal , Indera perasa normal , peraba panas . Masalah Keperawatan Hipertermi .

8. Sistem Endokrin

   Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid , Tidak ada pembesaran kelenjar parotis .Tidak ada masalah keperawatan .

9. Dampak hospitalisasi bagi anak

   Klien selalu menangis dan takut jika perawat melakukan tindakan keperawatan. Masalah Keperawatan hospitalisasi pada anak

10. Dampak hospitalisasi bagi orang tua

Orang tua klien cemas terhadap kondisi anaknya . Masalah keperawatan Cemas

3.1.2 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

a) Hasil Pemeriksaan Tanggal 15 Juli 2013

Hemoglobin = 10,2 gr/dl (nilai normal 12 – 14 gr/dl)

Leukosit = 12.100 /cmm³. (nilai normal 4.000 -11.000 /cmm³.)

Trombosit = 396.000 /cmm³ (nilai normal 150.000-450.000 /cmm³.)

Hematrokit = 33,5 % (nilai normal 37-47 %)

b) Hasil Pemeriksaan Tanggal 16 Juli 2013

Hemoglobin = 10,2 gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl)

Leukosit = 11.800 /cmm³ (nilai normal 4.000 -11.000 /cmm³)

Trombosit = 396.000 /cmm³. (nilai normal 150.000-450.000 /cmm³.)

Hematrokit = 33,5 % (nilai normal 37-47 %)

c) Hasil Pemeriksaan Tanggal 17 Juli 2013

Hemoglobin = 11,8 gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl)

Leukosit = 11.800/cmm³. (nilai normal 4.000 -11.000 /cmm³.)

Trombosit = 396.000 /cmm³. (nilai normal 150.000-450.000 /cmm³.)

Hematrokit = 35 % (nilai normal 37-47 %)

2. Terapi

a) Ceftriaxone 2x300 mg/ iv

b) Lacto B 2x1 /oral

c) infus D5¼ = 850 cc/24 jam 35 tetes per menit

d) Diit BH TKTP berserat

3.1.2 Analisa Data

Tanggal 15 Mei 2013

1) Data 1

Data subyektif : Ibu klien mengatakan anaknya diare ± 4-5 x/ hari, konsistensi cair, warna kekuningan, mual muntah, minum ASI, minum air putih habis ± 1 gelas (± 150 cc) / hari.

Data obyektif: Keadaan umum klien lemah, Suhu: 37,8°C Nadi: 100x/menit ,Pernafasan: 22 x/menit.Klien terlihat lemah, Turgor jelek, kulit kering, Mukosa bibir kering. Ureum 2,5 mg/dl, Creatinin 4,1 mg/dl, Kalium 5,1 mmol / L.

Masalah : Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

Kemungkinan penyebab : Output yang berlebihan

2) Data 2

Data subyektif : Ibu klien mengatakan anaknya mau makan hanya habis 2 – 3 sendok dari porsi RS.

Data obyektif : Wajah Pucat, sembab, ekspresi lemas, konjungtiva anemis, palpebra pucat, BB sebelum sakit : 9 kg, selama sakit : 8,5 kg, Tinggi badan sebelum sakit : 98 cm, selama sakit : 98 cm.Nadi 100x/menit, suhu 36,8˚C, RR 20x/menit, Hemoglobin 10,2gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl), Leukosit 11.800 /cmm³ (nilai normal 4.000 - 11.000 /cmm³), Trombosit 396.000 /cmm³. (nilai normal 150.000-450.000 /cmm³.), Hematrokit 33,5 % (nilai normal 37-47 %).

Masalah Keperawatan: Resti pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Kemungkinan penyebab: intake tidak adekuat

3) Data 3

Data Subyektif: Ibu klien mengatakan anaknya badannya panas dan rewel saat mau tidur.

Data Objektif : suhu 37,8°C , nadi 100x/menit Hemoglobin 10,2gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl), Leukosit 11.800 /cmm³ (nilai normal 4.000 -11.000 /cmm³), Trombosit 396.000 /cmm³. (nilai normal 150.000-450.000 /cmm³.), Hematrokit 33,5 % (nilai normal 37-47 %).

Masalah Keperawatan : Hipertermi

Kemungkinan penyebab : Proses perjalanan penyakit

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan maka penulis mengacu pada urutan sebagai berikut yaitu mengancam jiwa, mengganggu fungsi organ, mengganggu kesehatan, dengan tetap mendahulukan kejadian yang lebih awal terjadi sehingga urutan diagnosa keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan out put yang berlebihan dengan intrake yang kurang ditandai dengan Keadaan umum klien lemah, Suhu: 37,8℃ Nadi: 100x/menit ,Pernafasan: 22 x/menit.Klien terlihat lemah, Turgor jelek, kulit kering, Mukosa bibir kering, Hasil laboratorium : Ureum 2,5 mg/dl, Creatinin 4,1 mg/dl, Kalium 5,1 mmol / L.
2. Resiko tinggi pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat ditandai dengan Wajah Pucat, sembab, ekspresi lemas, konjungtiva anemis, palpebra pucat, BB sebelum sakit : 9 kg, selama sakit : 8,5 kg, Tinggi badan sebelum sakit : 98 cm, selama sakit : 98 cm. Nadi 100x/menit, suhu 36,8˚C, RR 20x/menit, Hemoglobin 10,2gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl), Leukosit 11.800 /cmm³ (nilai normal 4.000 -11.000 /cmm³), Trombosit 396.000 /cmm³. (nilai normal 150.000-450.000 /cmm³.), Hematrokit 33,5 % (nilai normal 37-47 %).
3. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi ditandai dengan suhu 37,8°C , nadi 100x/menit Hemoglobin 10,2gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl), Leukosit 11.800 /cmm³ (nilai normal 4.000 -11.000 /cmm³),

Trombosit 396.000 /cmm³. (nilai normal 150.000-450.000 /cmm³.), Hematrokit 33,5 % (nilai normal 37-47 %).

3.1.4 Perencanaan Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan di susun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 15 Juli 2013.

1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan out put yang berlebihan dengan intrake yang kurang ditandai dengan Keadaan umum klien lemah, Suhu: 37,8℃ Nadi: 100x/menit ,Pernafasan: 22 x/menit.Klien terlihat lemah, Turgor jelek, kulit kering, Mukosa bibir kering, Hasil laboratorium : Ureum 2,5 mg/dl, Creatinin 4,1 mg/dl, Kalium 5,1 mmol / L.

   Tujuan

   Kebutuhan cairan dan elektrolit terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam.

   Kriteria hasil

   turgor kulit elastis mukosa bibir lembab, feses konsistensi lembek/padat.

   Rencana tindakan

   a. Kaji status dehidrasi : mata, tugor kulit dan membran mukosa.

      Rasional : Menunjukkan kehilangan cairan berlebihan atau dehidrasi.

   b. Kaji pemasukan dan pengeluaran cairan

Rasional : Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan, fungsi ginjal dan kontrol penyakit usus juga merupakan pedoman untuk pengganti cairan.

c. Monitor TTV

Rasional : Dapat membantu mengevaluasi pernyataan verbal dan keefektifan intervensi.

d. Pemeriksaan laboratorium sesuai program : elektrolit, Hb, Ph, dan albumin.

Rasional : Untuk menentukan kebutuhan penggantian dan keefektifan terapi.

e. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat anti diare dan antibiotik.

Rasional : Untuk memperbaiki ketidak seimbangan cairan / elektrolit

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.

Tujuan : kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil : BB klien kembali normal dan nafsu makan meningkat

Intervensi :

a.Timbang BB setiap hari

Rasional : Untuk memberikan info tentang kebutuhan diet atau keefektifan terapi.

b.Monitor intake dan out put

Rasional : Untuk mengetahui berapa banyak masukan dan pengeluaran cairan ke dalam tubuh.

c.Hindari makanan buah-buahan dan hindari diet tinggi serat.

Rasional : Memungkinkan aliran usus untuk memastikan kembali proses pencernaan, protein perlu untuk integritas jaringan.

d.Lakukan kebersihan mulut setiap habis makan

Rasional : Mulut yang bersih dapat menigkatkan rasa makanan.

e.Kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional : membantu kebutuhan nutrisi pasien dalam perubahan pencernaan dan fungsi usus.

3. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi

Tujuan : Hipertermi teratasi

Kriteria hasil : Tubuh tidak panas dan suhu tubuh normal (S : 36-37 o C)

Intervensi :

a.Observasi vital sign

Rasional : Membantu mengevaluasi pernyataan verbal dan keefektifan intervensi.

b.Berikan kompres air biasa

Rasional : Untuk mengurangi / menurunkan rasa panas yang disebabkan oleh infeksi.

c.Anjurkan pasien dan keluarga untuk memberikan banyak minum.

Rasional : Untuk mengurangi dehidrasi yang disebabkan oleh out put yang berlebihan.

d.Anjurkan klien dan keluarga untuk memberikan pakaian tipis, longgar dan menyerap keringat

Rasional : Agar pasien merasa nyaman.

e.Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian anti piretik

Rasional : Untuk membantu memulihkan kondisi tubuh dan mengurangi terjadinya infeksi.

3.4 Pelaksanaan (Catatan Keperawatan)

3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama

1) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan out put yang berlebihan dengan intrake yang kurang ditandai dengan Keadaan umum klien lemah, Suhu: 37,8℃ Nadi: 100x/menit ,Pernafasan: 22 x/menit.Klien terlihat lemah, Turgor jelek, kulit kering, Mukosa bibir kering, Hasil laboratorium : Ureum 2,5 mg/dl, Creatinin 4,1 mg/dl, Kalium 5,1 mmol / L.

Tanggal 15 Juli 2013

a.Pukul 16.00 : Melakukan pendekatan terapeutik kepada klien dan keluarga.

Respon : klien menangis dan keluarga kooperatif

b.Pukul 16.05 : Melakukan observasi vital sign

Respon : Nadi 100 x/menit, Suhu 37,8^{0}c, RR 22x/menit,CRT ≤ 2 detik dan tidak terjadi sianosis.

c.Pukul 16.10 :Melihat hasil laboratorium klien

Respon : Hb:10,2 g/dl.

d.Pukul 16.30 : Mengkaji status dehidrasi : mata, tugor kulit dan membran mukosa.

Respon : Turgor jelek, kulit kering, Mukosa bibir kering

e.Pukul 17.00 : Melakukan observasi vital sign

Respon : Nadi 100 x/menit, Suhu 37^{0}c, RR 22x/menit, CRT ≤ 2 detik.

Tanggal 16 Juli 2013

a.Pukul 16.00 : Menanyakan keadaan klien

Respon : klien semakin membaik

b.Pukul 16.05 : Melakukan observasi vital sign

Respon : Nadi 102 x/menit, Suhu 36,8^{o}C RR 22 x/menit CRT ≤ 2 detik.

c.Pukul 16.10 : Kaji pemasukan dan pengeluaran cairan

Respon : Ibu klien mengatakan Frekuensi berkemih 3 – 4x/hari, konsistensi cair ada ampas, Produksi urin ± 900cc/hari

d.Pukul 17.00 : Pemeriksaan laboratorium sesuai program : elektrolit dan Hb

Respon : Ureum 2,5 mg/dl, Creatinin 4,1 mg/dl, Kalium 5,1 mmol/ L, Hb 10,2 g/dl

Tanggal 17 Juli 2013

a.Pukul 16.00 : Menanyakan keadaan klien saat ini

Respon: klien semakin membaik dan rencana pulang

b.Pukul 16.05 : Melihat hasil laborat klien

Respon : Hb 11,8 g/dl

c.Pukul 16.05 : Melakukan observasi vital sign

Respon : Nadi 100 x/menit RR 22x/menit.

d.Pukul 16.10 : Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter.

Respon : klien mentaati apa yang dianjurkan perawat

e.Pukul 16.10 : Memberi tahu keluarga klien untuk kontrol satu minggu lagi

Respon : klien mentaati apa yang dianjurkan perawat

3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat ditandai dengan Wajah Pucat, sembab, ekspresi lemas, konjungtiva anemis, palpebra pucat, BB sebelum sakit : 9 kg, selama sakit

: 8,5 kg, Tinggi badan sebelum sakit : 98 cm, selama sakit : 98 cm. Nadi 100x/menit, suhu 36,8˚C, RR 20x/menit, Hemoglobin 10,2gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl), Leukosit 11.800 /cmm³ (nilai normal 4.000 - 11.000 /cmm³), Trombosit 396.000 /cmm³. (nilai normal 150.000-450.000 /cmm³.), Hematrokit 33,5 % (nilai normal 37-47 %).

Tanggal 15 juli 2013

a.Pukul 16.05 : Melakukan observasi vital sign

Respon : Nadi 100 x/menit, Suhu 37,8^{o}C RR 22x/menit

b.Pukul 16.10 : Timbang BB tiap hari

Respon : BB klien 8,5 kg

c.Pukul17.00: Mengkaji ulang vital sign

Respon : Nadi 100 x/menit,Suhu 37°C RR 22x/menit.

Tanggal 16 juli 2013

a.Pukul 16.05 : Melakukan observasi vital sign

Respon : Nadi 100 x/menit,Suhu 36,8^{o}C RR 22 x/menit,

CRT ≤ 2 detik

b.Pukul 16.10 : Menganjurkan klien mengindari makanan buah-buahan dan hindari diet tinggi serat.

Respon : Klien kooperatif

Tanggal 17 juli 2013

a.Pukul 16.00: Menanyakan keadaan klien saat ini

Respon : klien semakin membaik

b.Pukul 16.05 : Melihat hasil laboratorium klien

Respon : Ureum 2,5 mg/dl, Creatinin 4,1 mg/dl, Kalium 5,1 mmol/ L, Hb 10,2 g/dl

c.Pukul 16.10 : observasi tanda-tanda vital

Respon : Nadi 100 x/menit RR 22x/menit.

d.Pukul 16.30 : Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter.

Respon : klien mentaati apa yang dianjurkan perawat

e.Pukul 16.10 : Memberi tahu klien untuk kontrol satu minggu lagi.

Respon : klien mentaati apa yang dianjurkan perawat

3.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Hipertermi berhubungan dengan proses perjalanan penyakit

Tanggal 15 juli 2013

a.Pukul 09.00 : Observasi vital sign

Respon : Nadi 100 x/menit, Suhu 37,8^{o}C RR 22x/menit

b.Pukul 09.30 : Berikan kompres air biasa

Respon : klien kooperatif dan mau dikompres.

Tanggal 16 Juli 2013

a.Pukul 16.30 : Menanyakan keadaan klien

Respon : Klien semakin membaik

b.Pukul 16.35 : Anjurkan pasien dan keluarga untuk memberikan banyak minum.

Respon : klien dan keluarga mengerti

c.Pukul 16.40 : Mengajarkan klien agar tidak cemas dengan berdo’a

Respon : klien kooperatif dan melakukan seperti yang diajarkan oleh perawat

Tanggal 17 Juli 2013

a.Pukul16.00 : Menanyakan keadan klien

Respon : klien tampak senang

b.Pukul 16.30 : Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter.

Respon : klien mentaati apa yang dianjurkan perawat

c.Pukul 16.10 : Memberi tahu klien untuk kontrol satu minggu lagi.

Respon : klien mentaati apa yang dianjurkan perawat