

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian (tanggal 24 Juni 2001)

I. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

Nama An. B, nama panggilan B, umur 3,8 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan - , agama islam, anak ke 2, suku / bangsa jawa / indonesia, no. register 207377, tanggal MRS 24 juni 2001, diagnosa medis diare akut, data orang tua, nama orang tua / ayah Tn. D, pendidikan SD, pekerjaan swasta, umur 42 th, **alamat** kalibogor, nama orang tua / ibu Ny M, pendidikan SD, **pekerjaan** swasta, umur 40 th alamat kalibogor.

b. Riwayat penyakit sekarang

Ibu klien mengatakan anaknya mencret, muntah mulai pagi sehingga oleh ibunya di bawa ke poliklinik pada waktu itu juga, kemudian ibu klien di beri surat rujukan untuk membawa anaknya ke RS Dr. Soetomo surabaya pada tanggal 24 juni 2001 langsung ke UGD dan dari UGD langsung di rawat inap di ruang anak.

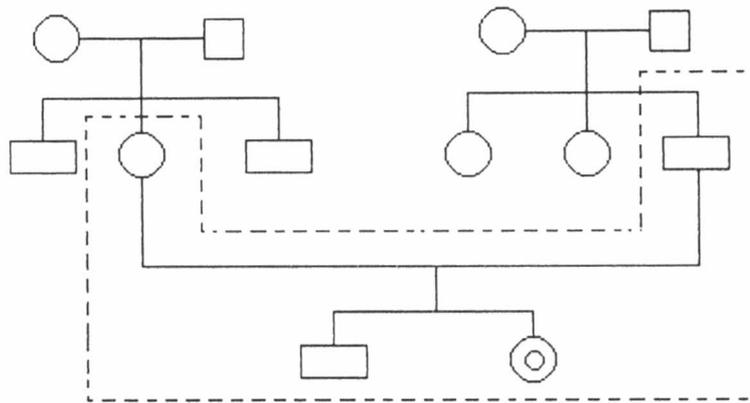
c. Riwayat penyakit dahulu

Ibu klien mengatakan bahwa anaknya sejak kecil tidak pernah menderita penyakit seperti sekarang ini sebelumnya penyakit yang diderita hanya flu dan demam biasa.

d. Riwayat penyakit keluarga

Ibu klien mengatakan bahwa dari anggota keluarga klien tidak ada yang pernah atau sedang menderita penyakit seperti ini. Penyakit keturunan maupun penyakit menular lainnya.

GENOGRAM



Keterangan :

- Perempuan
- Laki - laki
- ⊙ Laki - laki meninggal
- Tempat tinggal keluarga Px

e. Riwayat kehamilan dan persalinan

1) Prenatal

Selama masa prenatal ibu selalu rajin kontrol kehamilannya di rumah seorang bidan, ibu tidak pernah sakit waktu kehamilannya dan ibu klien tidak pernah minum obat – obatan selain dari bidan dan tidak pernah minum jamu dan lain – lainnya.

c. Bahasa

Klien sudah bisa menyanyi lagu sederhana, cerita dan klien sudah bisa menggunakan kalimat 4 – 5 kata dan dapat mengenal satu warna atau lebih.

g. Riwayat imunisasi

Ibu klien mengatakan anaknya mendapat imunisasi lengkap yaitu BCG mendapat 1 kali, DPT I, II, III, hepatitis I, II, III dan polio serta campak.

h. Riwayat nutrisi

Ibu klien mengatakan anaknya mendapat ASI mulai lahir sampai 2 tahun dan mendapatkan makanan tambahan pada waktu umur 6 bulan, anaknya diberi makanan tambahan bubur kacang ijo dan pada umur 3,8 tahun klien diberi nasi dan sayuran lauk pauk seadanya.

i. Pola – pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup

Ibu klien mengatakan jika dalam keluarganya ada yang sakit langsung dibawa ke pusat pelayanan kesehatan yang terdekat, klien mengatakan di rumah biasa mandi 3x / hari yaitu pagi, siang, sore dan ganti pakaian tiap hari dan selama di rumah sakit klien tidak mandi, hanya disiko oleh ibunya 2x / hari dan ganti pakaian setiap hari, dan klien sering jajan di luar rumah yang kebersihannya kurang.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

2) Natal

Klien lahir di rumah seorang bidan, dengan umur kehamilannya cukup bulan (9 bulan lebih 4 hari) klien lahir spontan dengan BB 2800 gr, dengan PB 50 cm. Apgar scor 8 n.

3) Post Natal

Klien minum ASI sejak lahir sampai 2 tahun dan tidak mengalami gangguan. Sejak umur 6 bulan diberi makan tambahan bubur kacang ijo.

f. Riwayat tumbuh kembang

1) Pertumbuhan

BB klien sebelum sakit 16 kg dan selama sakit 11 kg, tinggi 105 cm dan giginya sudah tumbuh semua / lengkap.

2) Perkembangan

a. Perkembangan motorik kasar

Klien mengatakan sudah bisa menangkap bola, melempar bola, meloncat dan meloncat dengan satu kaki.

b. Perkembangan motorik halus

Klien suka menggunting untuk memotong gambar mengikuti garis, klien sudah bisa berpakaian dan memakai sepatu / sandal sendiri.

Klien mengatakan di rumah makan 3x / hari yang terdiri dari nasi, ikan dan sayur, dan klien suka beli kue di warung, klien suka makan kripik, sedangkan klien minum tiap harinya \pm 5 – 6 gelas air putih, klien tidak begitu suka minum susu, klien lebih suka air putih, selama di rumah sakit ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan dan hanya minum 2 – 3 gelas air putih per hari.

3) Pola aktivitas

Klien di rumah tiap harinya suka main sepeda, lompat – lompatan, lari – larian bersama teman sebayanya, kalau sudah main klien lupa makan dan setiap sore klien ngaji bersama temannya dan selama di rumah sakit klien hanya berada di tempat tidur saja.

4) Pola eliminasi

Ibu klien mengatakan BAB 1x / hari dan BAK 3 – 4x / hari tidak ada gangguan dan selama sakit klien BAB lebih dari 4x / hari dengan konsistensi cair dan BAK 2 – 3x / hari tanpa ada gangguan.

5) Pola istirahat dan tidur

Ibu klien mengatakan di rumah tidur 2x / hari (siang malam) kadang juga tidak tidur siang karena bermain dengan temanya bila tidur siang 1 – 2 jam dan tidur malam sekitar jam 20,00 malam sampai 05,00 wib pagi dan selama sakit klien mengatakan tidak bisa tidur, karena BAB yang terus menerus, di luar keadaan tersebut lebih banyak tidur.

6) Pola sensori dan kognitif

Panca indra klien tidak mengalami gangguan dan pada pola kognitif / tingkat pengetahuan klien gelisah dan ibu merasa cemas tentang penyakit anaknya.

7) Pola persepsi diri

Klien tidak merasa cemas tentang penyakitnya dan klien rewel / menangis dan kadang – kadang klien terdiam.

8) Pola hubungan dan peran

Hubungan klien dengan keluarganya baik, begitu juga dengan temanya dan peran klien adalah sebagai seorang anak.

9) Pola reproduksi dan sosial

Klien berjenis kelamin perempuan, berumur 4 tahun, klien anak kedua dari dua bersaudara.

10) Pola penanggulangan stress

Apabila klien mempunyai masalah atau rasa tidak enak badan klien selalu cerita pada ibunya.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien beragama Islam dan klien sudah biasa membaca do'a pendek dan membaca ejaan huruf Al Qur'an.

j. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum.

Klien lemah, tampak gelisah, mata cowong, kesadaran compos metis GCS 4,5,6 TB : 103 cm BB : 11 kg.

2) Pemeriksaan persisten

a. Sistem pernafasan

Bentuk dada simetris, pergerakan teratur, dan tidak ditemukan suara tambahan seperti wezing, ronchi dan pada perkusi terdengar suara sonor normal RR 24 x/m.

b. Sistem gastrointestinal

Perut terasa kembung, terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, terdengar bising usus, dan pada perkusi terdengar suara sonor, peristaltik usus meningkat 15 x/menit.

c. Sistem genitourinaria.

Klien BAK 3 – 4 x / hari. dengan warna kuning jernih tanpa adanya gangguan BAB encer lebih dari 4 x / hari.

d. Sistem integumen

Warna kulit kuning langsung, kelembaban kulit tampak kering, turgor kulit menurun, dan tak ada odema dan lesi pada kulit.

e. Sistem persyarafan

Fungsi kelima panca indra dalam batas normal kecuali indra pengecap yaitu : lidah dan bibir kering, dan pada indra penglihatan mata cowong, kongjungtiva merah, sklera tak ikterus, tak ada kaku kuduk dan kesadaran normal.

f. Sistem endoktrin

Tidak di dapatkan pembesaran kelenjar tyroid dan juga adanya riwayat penyakit D. M.

g. Sistem kardiovaskuler

Tidak terdapat pembesaran jantung, denyut nadi normal Nadi
130 x / m , T = 100 / 80 mmHg.

h. Sistem muskuluskeletal

Pada ekstrimitas tidak ditemukan atau tidak didapatkan odema,
gerakan ekstrimitas atas dan bawah tidak ada kelainan dan akral
dingin

k. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah darah pada tanggal 27 Juni 2001.

- HB = 12,4 gl dl (L : 13,4 –17,7)
(P : 11,4 – 15,1)
- Lekosit : 12.500/mm³
- PCV : 37,0 %
- Trombosit 354,00 /mm³

l. Terapi

Klien mendapatkan terapi : infus RL : 20 tetes, oralit sirup. Contri,
moxazole 3 x 1, injeksi ampi 4 x 250 mg.

2. Analisa data

a) Data I

Data subyektif

- Klien mengatakan “Saya merasa haus”.

- Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair lebih dari 4x / hari
± 400 – 800 cc / hari.
- Ibu klien mengatakan anaknya muntah – muntah.

Data obyektif

- Klien lemah, akral dingin, mata cowong, turgor kulit menurun, bibir kering, peristaltik usus 15x / m.

Masalah : Kurangnya volume cairan.

Kemungkinan penyebab : Pengeluaran yang berlebihan.

b) Data II

Data subyektif

- Ibu klien mengatakan pada daerah perianal merah.
- Klien mengatakan BAB cair lebih 4x / hari.

Data obyektif

- Daerah perianal merah.
- Diare lebih dari 4 x hari

Masalah : resiko kerusakan integritas kulit.

Kemungkinan penyebab : efek dari diare pada daerah perianal.

c) Data III

Data subyektif :

- klien mengatakan “saya malas makan”
- ibu klien mengatakan anaknya muntah – muntah.

Data obyektif :

- Berat badan turun 5 kg mukosa bibir kering, nafsu makan menurun, Px tidak mau makan.

Masalah : perubahan nutrisi (kurang dari kebutuhan)

Kemungkinan penyebab : nafsu makan menurun

d) Data IV

Data subyektif :

- Ibu klien mengatakan bahwa ia kurang mengerti tentang penyakit anaknya.

Data obyektif

- Ibu klien merasa khawatir terhadap penyakit yang di derita anaknya.
- Ibu sering menayakan atau bertanya tentang anaknya.

Masalah : kecenderungan ketidaktahuan tentang proses penyakit anaknya.

Kemungkinan penyebab : kurangnya informasi.

3. Diagnosa Keperawatan.

Dari analisa data diatas dapat muncul diagnosa keperawatan pada klien diare berdasarkan prioritas masalah antara lain :

- 1). Kurangnya volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebih di tandai dengan bibir kering turgor kulit menurun BAB lebih 4 x / hari ± 900 – 1000 cc / hari.

- 2). Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek dari diare pada daerah derional di tandai dengan daerah perianal merah.
- 3). Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan nafsu makan menurun di tandai dengan nafsu makan menurun BB menurun.
- 4). Kecenderungan ketidaktahuan tentang proses penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi ditandai dengan ibu klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit anaknya.

B. Perencanaan.

a) Diagnosa perawatan pertama

Kuangnya volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang abnormal.

Tujuan : kurangnya volume cairan terpenuhi dalam 6 jam.

K.H. : tugor kulit baik cairan dapat terpenuhi, akral hangat mata tidak cowong bibir lembab.

Rencana tindakan

1. Lakukan abservasi terhadap cairan yang masuk dan keluar, gejala Kardinal dan tanda – tanda dehidrasi setiap 2 jam atau sesuai keadaan klien.
2. Berisikan penjelasan pada ibu tentang sebab dan akibat bila cairan telalu banyak yang keluar.
3. Beri oralit 1 – 2 x/hari.
4. Berikan motivasi pada ibu tentang kebersihan diri dan lingkungan.
5. Timbang berat badan tiap hari.

6. Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan peroral atau melalui infus.

Rasional

1. Observasi terhadap cairan masuk dan keluar, gejala kardinal dan tanda – tanda dihidrasi hal ini sangat penting untuk memulai kemajuan klien dan menentukan tindakan selanjutnya.
 2. Dengan menebar penjelasan di harapkan ibu mengerti tentang sebab dan akibat bila cairan tubuh terlalu banyak keluar.
 3. Untuk mengganti cairan yang hilang.
 4. Dengan memberi motivasi diharapkan ibu mengerti tentang kebersihan diri dan lingkungan.
 5. Penimbangan berat badan setiap hari dapat mendeteksi kehilangan cairan.
 6. Untuk memenuhi cairan kebutuhan klien.
- b) Diagnosa perawatan kedua.

Resiko integritas kulit berhubungan dengan efek dari diare pada daerah perianal.

Tujuan : integritas kulit kusu terjaga dalam waktu 2 x 24 jam.

K.H : daerah perianal tidak merah, klien dapat istirahat dengan tenang atau tidak kesalahan.

Rencana tindakan

1. Bersikan area perianal dengan sabun dan air setiap selesai buang air besar.

2. Biarkan area perianal terbuka.
3. Jangan memberi talk pada daerah perianal.
4. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat salep.

Rasional

1. Untuk menjaga kebersihan perianal.
2. Agar luka pad area perianal cepat kering.
3. Luka sukar & bersihkan jika menjumpai talk.
4. Dengan memberi salep sesuai dengan advis dapat mempercepat proses penyembuhan / cepat kering.

c) Diagnosa perawatan tiga

Perubahan nutrisi (kurang dari kebutuhan) berhubungan dengan nafsu makan menurun.

Tujuan : kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dalam waktu 5 x 24 jam.

K.H. : BB. Naik mukosa bibir lembab klien dapat menghabiskan porsi makan yang disajikan

Rencana tindakan

1. Lakukan pengukuran BB setiap hari.
2. Beri makan porsi kecil dan sering.
3. Anjur klien untuk bedrest dan membatasi aktifitas selama fase akut.
4. Ganti diet sebelumnya di sesuaikan dengan penyebab.
5. Catat penerimaan diet baru.
6. Kerja sama dengan tim kesehatan dalam pemberian diet TKTP

Rasional

1. Penimbangan berat badan setiap hari dapat mengetahui peningkatan berat badan klien.
 2. Dengan memberi makan porsi kecil dan sering dapat mengurangi muntah.
 3. Dengan bedrest dan membatasi aktifitas selama fase klien merasa nyaman.
 4. Mengurangi diare berulang.
 5. Mengetahui terjadinya muntah dan diare.
 6. Meningkatkan BB klien dan mencegah diare berulang.
- d) Diagnosa keperawatan keempat.

Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakitnya / penyakit anaknya berhubungan dengan kurangnya informasi.

Tujuan : setelah diberi penjelasan ibu Px bisa mengerti tentang penyakit anaknya.

- K.H : - ibu klien mengatakan mengerti tentang proses penyakit anaknya.
- ibu klien dapat menjelaskan kembali tentang proses penyakitnya.
 - Ibu klien dapat mengerti gejala pengobatan dan komplikasi penyakitnya.

Rencanan tindakan.

1. kaji tingka pengetahuan ibu tentang penyakit anaknya.

2. beri informasi tentang proses penyakit, pengobatan gejala dan komplikasi.
3. ajarkan tentang orang tua tentang prinsip & pengaturan diet.
4. ajarkan keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

Rasional

1. untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan ibu tentang penyakit anaknya.
2. dengan informasi tentang proses penyakit, pengobatan, gejala dan komplikasi ibu klien dapat mengerti dan dapat mencegah terjadinya diare.
3. orang tua akan mengerti makanan apa yang tidak boleh di makan dan yang boleh di makan.
4. dengan menjaga kebersihan diri dan lingkungan dapat mencegah timbulnya penyakit.

C. Pelaksanaan.

a) Diagnosa keperawatan pertama

Kurangnya volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang abnormal.

Tanggal 24 juni 2001

1. melakukan observasi terhadap cairan yang masuk dan keluar gejala kardinal setiap 2 jam atau sesuai keadaan klien.

2. memberikan penjelasan pada ibu tentang sebab dan akibat bila cairan terlalu banyak keluar.
3. memberikan motivasi pada ibu tentang kebersihan diri dan lingkungan.
4. menimbang BB klien tiap hari.
5. melaksanakan kolaborasi tim medis lain dalam pemberian cairan :
 - infus RL =20 Hs
 - injeksi Ampl 4 x 250 mg

Tanggal 24 juni 2001

1. Melakukan observasi terhadap cairan yang masuk dan keluar, gejala cardinal setiap 2 jam atau sesuai keadaan klien.
4. Menimbang berat badan tiap hari.
5. Melaksanakan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan infus RL 20 tts, injeksi amp 4 x 250 mg.

Tanggal 25 Juni 2001

1. Melakukan observasi terhadap cairan yang masuk dan keluar, gejala cardinal setiap 2 jam atau sesuai keadaan klien.
4. Menimbang BB tiap hari.
5. Melaksanakan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan infus RL 20 tts, injeksi amp 4 x 250 mg.

Tanggal 26 Juni 2001

1. Melakukan observasi terhadap cairan yang masuk dan keluar, gejala cardinal setiap 2 jam atau sesuai keadaan klien.
 4. Menimbang BB tiap hari.
 5. Melaksanakan kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian cairan infus RL 20 tts, injeksi amp 4 x 250 mg.
- b) Diagnosa keperawatan kedua
- Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek dari diare pada daerah perianal.

Tanggal 24 Juni 2001

1. Membersihkan area perianal dengan sabun dan air setiap selesai buang air besar.
 2. Menjelaskan pada ibu agar daerah perianal terbuka.
 3. Menjelaskan pada ibu jangan memberik talk pada daerah perianal.
- c) Diagnosa keperawatan ketiga
- Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.

Tanggal 24 Juni 2001

1. Melakukan penimbangan BB klien.
2. Memberi makan porsi kecil tapi sering.
3. Mengganti diet sebelumnya disesuaikan dengan penyebab.
4. Mencatat penerimaan diet baru.

Tanggal 25 Juni 2001

1. Melakukan penimbangan BB klien.
2. Memberi makan porsi kecil tapi sering.
3. Mengganti diet sebelumnya disesuaikan dengan penyebab.
4. mencatat diet baru.

Tanggal 26 Juni 2001

1. Melakukan penimbangan BB klien.
2. Memberi makan porsi kecil tapi sering.

Tanggal 27 Juni 2001

1. Melakukan penimbangan BB klien.
2. Memberi makan porsi kecil tapi sering.

Tanggal 28 Juni 2001

1. Melakukan penimbangan BB klien.
2. Memberi makan porsi kecil tapi sering.

d) Diagnosa keperawatan keempat

Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi.

Tanggal 24 Juni 2001

1. Mengkaji tingkat pengetahuan ibu tentang penyakit anaknya .
2. Memberi informasi tentang proses penyakit, pengobatan, gejala dan komplikasi.

3. Mengajarkan orang tua tentang prinsip – prinsip pengaturan diet.
4. Mengajarkan keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

D. Evaluasi

a). Diagnosa keperawatan pertama (Tanggal 24 Juni 2001)

Data subyektif

- Klien mengatakan diare encer lebih 4x / hari.
- Klien mengatakan merasa haus.

Data obyektif

- Klien lemah, bibir kering, mata cowong dan turgor kulit menurun.

Assesment : masalah teratasi sebagian.

Planning : rencana tindakan no : 1, 4, 5 dilanjutkan.

b). Diagnosa keperawatan kedua (Tanggal 26 Juni 2001)

Data subyektif

- Ibu klien mengatakan pada daerah perianal merah.
- Klien mengatakan sering BAB encer.

Data obyektif

- Klien lemah, daerah perianal merah.

Assesment : masalah teratasi sebagian.

Planning : rencana tindakan no : 1, 2, 3, 4 dilanjutkan.

c) Diagnosa keperawatan ketiga

Data subyektif

- Klien mengatakan makan 3 – 4 sendok.
- Klien mengatakan sudah tidak muntah lagi.

Data obyektif

- Klien mau makan 3 – 4 sendok.
- Mukosa bibir lembab.
- BB tetap.

Assesment : masalah teratasi sebagian.

Planning : rencana tindakan no : 1, 2, 4, 5, 6 dilanjutkan.

d) Diagnosa keperawatan keempat (Tanggal 24 Juni 2001)

Data subyektif

- Ibu Klein mengatakan sudah mengerti tentang proses penyakit anaknya.

Data obyektif

- Ibu sudah tidak bertanya lagi dan klien kooperatif dalam program pengobatan.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : rencana tindakan dihentikan.