

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran secara nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan gastroenteritis yang menjalani perawatan Di RS Muhammadiyah maka penulis mencoba melakukan dan menerapkan asuhan keperawatan yang dimulai pada tanggal 17 - 19 Mei 2014 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **3.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 17 Mei 2014 jam 09.00 pada An.R di Ruang interna anak ( Multazam ), RS Muhammadiyah Surabaya.

##### **3.1.1 Pengumpulan Data**

###### **1. Identitas klien :**

Identitas klien : nama An.R , umur 1 tahun 5 bulan 8 hari, jenis kelamin laki-laki, agama islam, pendidikan klien belum sekolah, alamat Jl. Wonokusumo Kidul no. 24 surabaya, Nama ayah Tn.H, umur 50, pekerjaan swasta, agama islam, pendidikan SMA, nama ibu Ny.S, umur 48 tahun, ibu rumah tangga, agama islam, pendidikan SMA. No Register 05 - xx - xx tanggal masuk 17 mei 2014 jam 01.00, diagnosamedis Gastroenteritis.

###### **2. Keluhan utama**

Ibu klien mengatakan anaknya diare ( lebih dari 9x ).

### **3. Riwayat penyakit sekarang**

Menurut keterangan ibu klien, sejak tanggal 15 Mei 2014 anak mengalami diare 9x ( warna kuning dan bentuk feses cair ), badannya panas, anak kelihatan lemas dan tidak nafsu makan atau minum susu. Pukul 9.00 WIB ibu klien membawa anak ke Puskesmas dan diberi obat, tetapi klien tidak ada perkembangan tanggal 17 Mei 2014 pukul 01.00 WIB dibawa ke RS muhammadiyah di UGD klien diukur suhunya 38,2°C, Nadi 120x/menit, dan RR 30x/menit. Oleh dokter diberi terapi dan disarankan rawat inap.

### **4. Riwayat penyakit terdahulu**

Orang tua klien mengatakan bahwa anaknya tidak pernah sakit hingga masuk ke rumah sakit, hanya sakit batuk dan pilek berobat ke Puskesmas langsung sembuh.

### **5. Riwayat penyakit keluarga**

Dalam keluarga klien terdapat riwayat penyakit turunan yaitu hipertensi dari nenek klien.

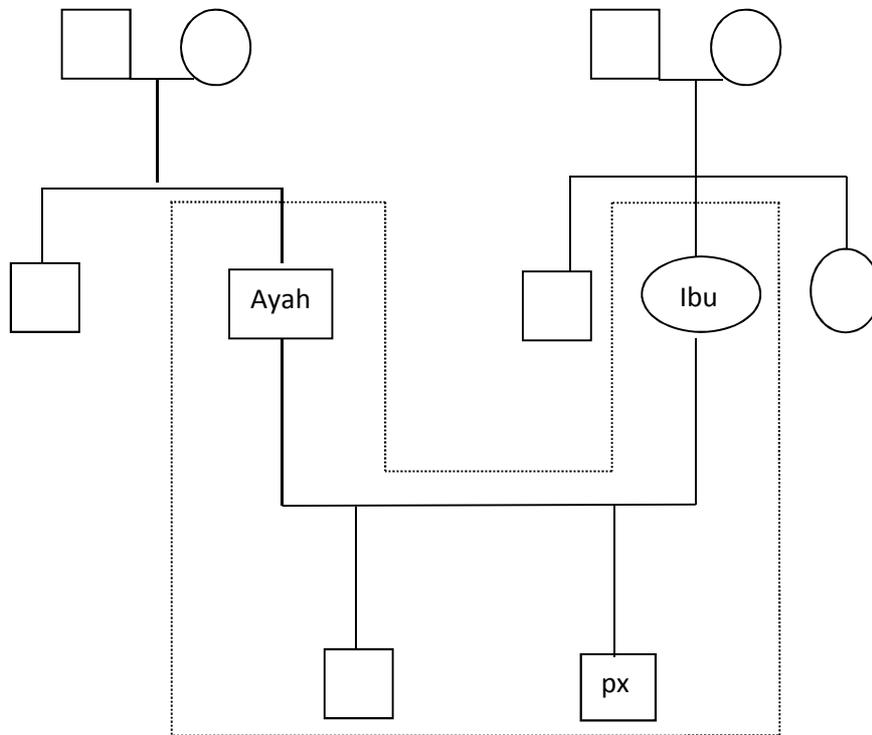
### **6. Penggunaan obat - obatan**

Ibu klien mengatakan klien hanya minum obat dari dokter atau puskesmas pada saat sakit, bila tidak sakit klien tidak mengkonsumsi obat - obatan.

### **7. Riwayat Alergi**

Ibu klien mengatakan klien tidak ada riwayat alergi terhadap suatu obat-obatan, makanan atau minuman ( Susu ).

## 8. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

□ Laki laki

○ Perempuan

px Pasien

----- Tinggal satu rumah

## **9. Riwayat kehamilan dan persalinan**

### a. Prenatal

Pada saat dalam kandungan, ibu klien sering memeriksakan kandungannya ke bidan dan selalu minum vitamin yang dapat dibeli di apotik atau puskesmas dan ibu klien sudah mendapatkan suntikan imunisasi TT1 dan TT 2.

### b. Natal care

Klien lahir spontan ( normal ) dengan usia kehamilan 9 bulan, ditolong oleh bidan berat badan 3 kg dan panjang badan 49 cm dalam keadaan lahir langsung menangis tanpa kelainan fisik.

### c. Post natal care

Ibu klien rajin membawa klien ke bidan puskesmas jika ada kelainan atau sakit, klien mendapat ASI sampai umur 4 bulan, usia 4 bulan di beri susu formula dan diberi makan tambahan bubur halus pada usia 6 bulan.

## **10. Riwayat tumbuh kembang**

### a. Adaptasi social

Anak mulai membantu kegiatan di rumah, mulai menggosok gigi dan mencoba memakai baju.

### b. Bahasa

Anak mampu memiliki sepuluh kata, mampu menunjukkan dua gambar.

c. Motorik halus

Anak mampu mencoba menyusun atau membuat menara pada kardus.

d. Motorik kasar

Anak sudah mampu melangkah berjalan tegak, mampu menaiki tangga dengan satu tangan di pegang, mampu berlari - lari kecil.

### 11. Riwayat imunisasi

Imunisasi BCG, poli (I,II,III,IV), DPT (I,II,III),Hepatitis (I,II,III) dan campak telah diberikan dan dilakukan diposyandu.

### 12. Pola-pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan kalau anaknya di rumah dimandikan 3x sehari, ganti baju 3x sehari, potong kuku 1 minggu sekali. Dan setelah masuk rumah sakit ibu klien mengatakan selama di rumah sakit anaknya tidak pernah mandi dan hanya diseka dan ganti baju 3x sehari potong kuku jarang.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit klien hanya mengkonsumsi susu  $\pm 350$ cc bubur halus atau nasi tim, makan 3x sehari ( dalam porsi kecil ), BB : 11 kg, TB : 65 cm, Gizi: cukup dan pada saat masuk rumah sakit klien mendapatkan diet khusus bubur halus dari rumah sakit, makan 3x sehari ( klien hanya mau makan 2 sendok ), dan minum susu  $\pm 300$ cc klien merasakan mual, BB : 10,5 kg, TB : 65 cm, Gizi : cukup.

c. Pola aktifitas dan latihan

Anak di rumah beraktifitas tidur, bermain sesuai dengan usia.

d. Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit BAB anaknya frekuensi 2 – 3 kali bentuknya padat dan warnanya kuning pekat, pada saat masuk rumah sakit ibu klien mengatakan BAB anak sering dalam frekuensi 9x dan bentuk feses cair warnanya kuning.

e. Pola tidur dan istirahat

Sebelum masuk rumah sakit ibu klien mengatakan sebelum sakit klien sering tidur jika diminumi susu, pada malam hari pun tidak rewel dan bisa tidur nyenyak  $\pm 12$ jam/hari. Hanya terbangun jika ngompol, pada saat masuk rumah sakit klien susah tidur, rewel pada malam hari karena merasa tidak nyaman dengan apa yang dirasakan saat ini. Namun tadi malam klien bisa tidur nyenyak dan tidak rewel  $\pm 10$ jam/hari, karena sudah mendapatkan tindakan medis di ruangan tempat klien di rawat.

f. Pola sensori dan kognitif

Ibu klien mengatakan bahwa ke lima panca indera anaknya berfungsi dengan baik ( normal ), dan keluarga mengerti tentang penyakit yang di derita anaknya yaitu gastroenteritis.

g. Pola hubungan dan peran

Sebelum masuk rumah sakit hubungan klien dan orang tuanya sangat baik dan anggota keluarganya baik – baik saja, pada saat masuk rumah sakit hubungan klien dan perawat, dokter kooperatif.

h. Pola persepsi diri dan konsep diri

Klien belum bisa melakukan aktifitas apapun di usianya yang masih sangat kecil, segala aktifitas klien masih tergantung oleh orang tuanya ataupun keluarganya.

i. pola reproduksi dan seksualitas

Saat ini klien berusia 1,5 tahun dan berjenis kelamin laki – laki, masalah reproduksi dan seksualitas tidak mengerti.

j. Pola penanggulan stress

Keluarga klien sebelum memasukkan anaknya ke RS Muhammadiyah surabaya, membawa anaknya ke puskesmas. Keluarga juga sering berdoa kepada Allah SWT.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien menganut agama kedua orang tuanya yaitu islam dan klien belum bisa menjalankan ibadah sholat.

### **13. Pemeriksaan fisik**

a. Keadaan umum lemah

Kesadaran compos mentis, BB = 11 kg, TB = 65cm.

b. Tanda – tanda vital

Suhu 38,2°C RR = 30x/menit nadi = 120x/menit

c. Kepala dan rambut

Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam dan tipis, tidak ada benjolan, tidak ada bekas luka, dan ubun – ubun cekung.

## d. Mata

Mata simetris, Mata cowong ( + ), sclera mata putih, tidak terdapat gangguan pelihatan.

## e. Hidung

Pada hidung tidak terdapat secret, bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung dan tidak terdapat polip.

## f. Mulut

Mukosa bibir kering, tidak terdapat stomatitis, lidah tertutup selaput putih kotor.

## g. Telinga

Bentuk simetris, tidak ada cairan yang keluar, fungsi pendengaran kanan dan kiri normal.

## h. Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, tidak ada suara nafas tambahan *wheezing* ( - ), *ronchi* ( - ).

## i. Abdomen

Bentuk abdomen simetris, tidak buncit, pada palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada tanda tanda hepatomegali, splenomegali, bising usus terdengar meningkat, bising usus meningkat 20x/menit.

j. Punggung

Punggung teraba hangat, basah karena banyak berkeringat, dan tidak terdapat lecet.

k. Genetalia

Kebersihan anus cukup, tidak ada hemoroid, tidak ada lecet dan adanya kemerahan.

l. Muskuloskeletal

Pada kedua extremitas atas dan bawah tidak didapatkan odema, atropi otot dan tidak terdapat dislokasi.

m. Integumen

Kulit sawo matang, akral hangat, terdapat kemerahan pada daerah anus, turgor kulit menurun.

n. Neurologi

Kekuatan otot dextra dan sinistra normal dan tidak mengalami kecacatan fisik.

**14. Pemeriksaan penunjang**

Tidak ada pemeriksaan penunjang

**15. Penatalaksanaan atau terapi**

**Tanggal 17 Mei 2014**

Infus RL 1000cc ( 14 tpm/24 jam )

Injeksi Sanpicilin 3 x 300 mg/iv

Injeksi Salticin 2 x 15 mg/iv

Probi 1 x 1

Diet : bubur halus

### **3.1.2 Analisa Data**

#### **Data 1**

**Tanggal : 17 Mei 2014, pukul 09.00**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan anaknya masih mencret 9x ( warna feses kuning, bentuk feses cair) dan mual.

Data Obyektif :

S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit, BB : 11 kg (sebelum sakit) saat dikaji 10,5 kg, mukosa bibir kering, keadaan umum lemah, mencret 9x ( warna kuning dan bentuk feses cair ), turgor kulit menurun, ubun–ubun cekung, mata cowong, bising usus meningkat 20x/menit, dan mual.

Masalah : Kekurangan volume cairan dan elektrolit

Kemungkinan penyebab : Output berlebih.

#### **Data 2**

**Tanggal 17 Mei 2014, pukul 09.00**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan selain diare badannya juga panas.

Data Obyektif :

S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit, keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, akral hangat, dan anak di kompres pakai air biasa.

Masalah : Peningkatan suhu tubuh.

Kemungkinan penyebab : Proses penyakit.

### **Data 3**

**Tanggal 17 Mei 2014, pukul 09.00**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan anaknya hanya mau makan bubur halus 2 sendok.

Data Obyektif :

BB : 11 kg (sebelum sakit) dan saat dikaji BB : 10,5 kg, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, keadaan umum lemah, makan hanya mau 2 sendok, lidah kotor (ada selaput putih), dan mual ( + ).

Masalah : Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Kemungkinan penyebab : Intake output tidak adekuat.

### **Data 4**

**Tanggal 17 Mei 2014, pukul 09.00**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan terdapat kemerahan pada daerah anus.

Data Obyektif :

Terdapat kemerahan pada daerah anus.

Masalah : Resiko integritas kulit.

Kemungkinan penyebab : Output yang berlebih.

### **3.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data yang ada di dapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual), ditandai dengan mencret 9x dan sering muntah jika minum susu S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit, BB : 11 kg (sebelum sakit) saat dikaji 10,5 kg, mukosa bibir kering, keadaan umum lemah, mencret 9x (warna kuning dan bentuk feses cair), turgor kulit menurun, ubun-ubun cekung, mata cowong, bising usus meningkat 20x/menit, dan muntah setiap kali di beri minum susu.
2. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses penyakit, ditandai dengan S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit, keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, akral hangat.
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake dan output tidak adekuat, ditandai dengan ibu klien mengatakan anaknya hanya mau makan bubur halus 2 sendok BB : 11 kg (sebelum sakit) dan saat dikaji BB : 10,5 kg, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, keadaan umum lemah, makan hanya mau 2 sendok, lidah kotor (ada selaput putih), dan mual (+).

### 3.3 Perencanaan Keperawatan

#### 3.3.1 Diagnosa Keperawatan Pertama

**Tanggal 17 Mei 2014**

Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas ( mual ), ditandai dengan S : 38,2°C N : 120x/menit RR : 30x/menit BB : 11 kg ( sebelum sakit ) saat dikaji BB : 10,5 kg, mukosa bibir kering, keadaan umum lemah, mencret 9x (warna kuning dan bentuk cair), ubun–ubun cekung, mata cowong, bising usus meningkat 20x/menit, dan muntah setiap kali di beri minum susu.

1. Tujuan :

Volume cairan dan elektrolit terpenuhi secara maksimal dalam waktu 3 x 24 jam.

2. Kriteria hasil :

Tanda-tanda vital dalam batas normal ( S : 36,5 – 37,5°C, N : 80 – 120x/menit, RR : < 40x/menit ), mata tidak cowong, turgor kulit kembali elastis. sensorium tepat, input dan output cairan seimbang.

3. Rencana tindakan

1) Lakukan rehidrasi pada klien

Rasional :

Rehidrasi dilakukan berdasarkan derajat dehidrasi.

2) Lakukan monitoring terhadap jumlah cairan yang masuk dan keluar.

Rasional :

Haluaran dapat melebihi masukan, yang sebelumnya tidak mencukupi untuk mengkompensasi kehilangan cairan. Dehidrasi dapat meningkatkan laju filtrasi glomerulus membuat haluaran tak adekuat untuk membersihkan sisa metabolisme.

- 3) Lakukan monitoring adanya tanda dan gejala kekurangan cairan dan elektrolit ( dehidrasi ).

Rasional :

Penurunan volume cairan bersirkulasi menyebabkan kekeringan jaringan dan pemekatan urine. Deteksi dini memungkinkan terapi pergantian cairan segera untuk memperbaiki defisit.

- 4) Berikan penjelasan kepada keluarga tentang hal – hal yang menyebabkan kekurangan volume cairan.

Rasional :

Meningkatkan pemahaman keluarga dan kerjasama dalam pengobatan.

- 5) Tanyakan pada keluarga klien tentang pemahaman terhadap penjelasan yang diberikan. Lakukan pengulangan bila perlu.

Rasional :

Meningkatkan pemahaman keluarga klien.

- 6) Timbang Berat Badan setiap hari.

Rasional :

Penimbangan Berat Badan harian yang tepat dapat mendeteksi kehilangan cairan.

- 7) Anjurkan keluarga untuk memberi minum susu pada klien

Rasional :

Mengganti cairan dan elektrolit yang hilang secara oral.

- 8) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan Infus RL 1000cc (14 tpm/24 jam), injeksi Sanpicilin 3 x 300 mg/iv, Injeksi Salticin 2 x 15 mg/iv, Probi 1 x 1.

Rasional :

Mempercepat proses penyembuhan.

### **3.3.2 Diagnosa Keperawatan Kedua**

**Tanggal 17 Mei 2014**

Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses penyakit. S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit. Keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, akral hangat, lidah kotor ( ada selaput putih ).

1. Tujuan :

Suhu tubuh normal dalam waktu 2 x 24 jam.

2. Kriteria hasil :

Suhu tubuh klien kembali normal ( 36,5°C sampai 37,5°C ), mukosa bibir lembab, nadi dalam batas normal 100 – 120x/menit, akral hangat kering dan merah.

3. Rencana tindakan :

- 1) observasi tanda-tanda vital 6 jam sekali.

Rasional :

Untuk mengetahui perkembangan klien.

- 2) Berikan kompres air hangat atau biasa pada daerah axila, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

Rasional :

Mempercepat proses penguapan.

- 3) Anjurkan keluarga klien untuk memakaikan pakaian yang tipis dan menyerap keringat.

Rasional :

Baju tipis dan menyerap keringat membuat klien merasa cerah sehingga memberikan kenyamanan pada klien.

- 4) Berikan penjelasan kepada keluarga tentang hal – hal yang menyebabkan peningkatan suhu tubuh.

Rasional :

Meningkatkan pemahaman keluarga dan kerjasama dalam pengobatan.

- 5) Anjurkan keluarga klien untuk memberikan minum yang banyak.

Rasional :

Untuk menurunkan suhu tubuh.

- 6) Kolaborasi dengan tim medis.

Rasional :

Untuk mempercepat proses penyembuhan.

### **3.3.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga**

**Tanggal 17 Mei 2014**

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake dan output tidak adekuat, ditandai dengan BB : 11 kg ( sebelum sakit ) dan saat dikaji BB : 10,5 kg, mukosa bibir kering, keadaan umum lemah, makan hanya mau 2 sendok, dan mual ( + ).

1. Tujuan :

Kebutuhan nutrisi klien dapat terpenuhi dalam waktu 3 x 24 jam.

2. Kriteria hasil :

Nafsu makan baik atau meningkat, BB ideal sesuai dengan umur dan kondisi tubuh.

3. Rencana tindakan

- 1) Diskusikan dan jelaskan tentang pembatasan diet ( makanan yang berserat tinggi, berlemak dan air panas atau dingin ).

Rasional :

Makanan ini dapat merangsang atau mengiritasi saluran usus.

- 2) Lakukan monitoring makanan yang masuk.

Rasional :

Untuk mengetahui keseimbangan intake dan output.

- 3) Lakukan monitoring dan pengukuran gizi

Rasional : untuk mengetahui status gizi klien

- 4) Berikan penjelasan kepada keluarga dalam mencegah makanan yang dapat menyebabkan diare.

Rasional :

Untuk meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga.

- 5) Perintahkan keluarga untuk memberikan makan sedikit tapi sering.

Rasional :

Untuk menghindari terjadinya muntah.

- 6) Menyajikan makanan dalam keadaan hangat.

Rasional :

Dapat meningkatkan nafsu makan.

7) Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit.

Rasional :

Untuk pemberian diit pada klien secara tepat.

### **3.4 Pelaksanaan ( Catatan Keperawatan )**

#### **3.4.1 Diagnosa Keperawatan Pertama**

Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual) ditandai dengan ibu klien mengatakan anaknya masih mencret 9x dan sering muntah jika minum susu S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit, BB : 11 kg (sebelum sakit) saat dikaji 10,5 kg, mukosa bibir kering, keadaan umum lemah, mencret 9x (warna kuning dan bentuk feses cair), turgor kulit menurun, ubun-ubun cekung, mata cowong, bising usus meningkat 20x/menit, dan mual setiap kali di beri minum susu.

**Tanggal 17 Mei 2014**

**Jam 10.00**

1. Melakukan rehidrasi pada klien

Respon : klien terpasang infus RL 14 tetes permenit dan klien lemah.

2. Melakukan monitoring terhadap jumlah cairan yang masuk dan keluar

Respon : ibu klien mengatakan anaknya mencret 9x ( warna feses kuning dan bentuk feses cair ± 500 cc ) BAK ± 450 cc.

3. Melakukan monitoring adanya tanda dan gejala kekurangan cairan dan elektrolit ( dehidrasi )

Respon : turgor kulit menurun, mata cowong, mukosa bibir kering, ubun – ubun cekung, keadaan klien lemah, bising usus meningkat 24x/menit.

4. Memberikan penjelasan kepada keluarga tentang hal – hal yang menyebabkan kekurangan volume cairan

Respon : keluarga klien kooperatif dan paham apa yang di jelaskan oleh perawat.

### **Jam 12.00**

5. Melakukan observasi vital sign 6 jam sekali.

Respon : S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit.

6. Melakukan timbang berat badan klien

Respon : klien memiliki berat badan sebelum sakit 11 kg dan saat di timbang berat badan klien 10,5 kg

7. Perintahkan keluarga klien untuk memberikan minum susu sekitar  $\pm$  350 cc

Respon : klien hanya minum susu  $\pm$  250 cc, lalu klien mual.

### **Tanggal 18 Mei 2014**

#### **Jam 07.00**

1. Melakukan rehidrasi pada klien

Respon : klien terpasang infus RL 14 tetes permenit dan klien lemah.

2. Melakukan monitoring terhadap jumlah cairan yang masuk dan keluar

Respon : ibu klien mengatakan anaknya masih mencret 7x ( warna feses kuning, bentuk feses cair  $\pm$  450 cc ) BAK  $\pm$  350 cc.

3. Melakukan observasi vital sign 6 jam sekali

Respon : S : 37,8°C, N : 118x/menit, RR : 30x/menit.

**Jam 09.00**

4. Melakukan monitoring adanya tanda dan gejala kekurangan cairan dan elektrolit ( dehidrasi )

Respon : klien masih menunjukkan tanda – tanda dehidrasi, turgor kulit menurun, mata cowong, mukosa bibir kering, ubun – ubun cekung, keadaan klien lemah, bising usus meningkat 20x/menit.

5. Perintahkan keluarga klien untuk memberikan minum susu sekitar  $\pm$  350 cc

Respon : klien hanya minum susu  $\pm$  300cc, lalu klien mual.

6. Kolaborasi dengan tim medis ( memberikan injeksi Injeksi Sanpicilin 3 x 300 mg/iv, Injeksi Salticin 2 x 15 mg/iv )

Respon : klien rewel dan menangis.

**Jam 12.00**

7. Menanyakan pada keluarga klien tentang pemahaman terhadap penjelasan yang diberikan. Lakukan pengulangan bila perlu.

Respon : keluarga mengatakan paham dan keluarga dapat menjelaskan kembali,

**Tanggal 19 Mei 2014****Jam 14.30**

1. Melakukan rehidrasi pada klien ( mengganti cairan infus klien )

Respon : klien terpasang infus RL 14 tetes permenit dan klien lemah.

2. Melakukan monitoring terhadap jumlah cairan yang masuk dan keluar

Respon : ibu klien mengatakan anaknya masih mencret 6x ( warna feses kuning, bentuk lembek, berampas dan berlendir  $\pm$  425 cc ) BAK  $\pm$  400 cc.

3. Melakukan observasi vital sign 6 jam sekali.

Respon : S : 37,4°C, N : 110x/menit, RR : 30x/menit..

4. Melakukan observasi tanda dan gejala kekurangan cairan dan elektrolit

Respon : klien menunjukkan perubahan, keadaan umum cukup, mata klien sudah tidak cowong, turgor kulit baik, mukosa bibir lembab, ubun – ubun tidak cekung bising usus menurun 15x/menit.

5. Perintahkan keluarga klien untuk memberikan minum susu sekitar  $\pm$  350 cc

Respon : klien hanya minum susu  $\pm$  300 cc.

### **Jam 16.30**

6. Kolaborasi dengan tim medis ( Memberikan obat probi 1 x 1 )

Respon : keluarga klien mencampurkan obatnya ke dalam susu dan klien hanya minum  $\pm$  150 cc.

7. Melakukan timbang berat badan klien

Respon : klien memiliki berat badan sebelum sakit 11 kg dan saat di timbang berat badan klien 10,5 kg.

### **3.4.2 Diagnosa Keperawatan Kedua**

Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses penyakit, ditandai dengan S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit, keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, akral hangat.

### **Tanggal 17 Mei 2014**

#### **Jam 10.30**

1. Melakukan observasi vital sign 6 jam sekali.

respon : S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit.

2. Memberikan kompres air biasa pada daerah axila, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

Respon : ibu klien kooperatif dan mengerti terhadap informasi dari perawat.

3. Menganjurkan pada keluarga untuk memberikan pakaian tipis yang mudah menyerap keringat pada klien .

Respon : keluarga bersedia dan mencarikan pakaian tipis untuk klien.

4. Memberikan penjelasan tentang penyebab peningkatan suhu tubuh serta hal - hal yang dilakukan untuk mengatasi demam

Respon : keluarga paham apa yang di jelaskan oleh perawat dan keluarga kooperatif.

### **Jam 12.30**

5. Perintahkan keluarga klien untuk memberikan minum susu sekitar  $\pm$  350 cc

Respon : klien hanya minum susu  $\pm$  250 cc, lalu klien mual.

6. Kolaborasi dengan tim medis ( memberikan injeksi Injeksi Sanpicilin 3 x 300 mg/iv, Injeksi Salticin 2 x 15 mg/iv )

Respon : klien rewel dan menangis.

### **Tanggal 18 Mei 2014**

#### **Jam 09.00**

1. Melakukan observasi vital sign 6 jam sekali.

Respon : S : 37,8°C, N : 118x/menit, RR : 30x/menit.

2. Kolaborasi dengan tim medis ( memberikan injeksi Injeksi Sanpicilin 3 x 300 mg/iv, Injeksi Salticin 2 x 15 mg/iv )

Respon : klien rewel dan menangis.

#### **Jam 10.00**

3. Memberikan kompres air biasa pada daerah axila, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

Respon : terdapat kompres di daerah pelipatan tubuh klien dan keluarga sudah paham.

4. Menganjurkan pada keluarga untuk memberikan pakaian tipis yang mudah menyerap keringat pada klien .

Respon : klien sudah mengenakan pakaian tipis.

5. Perintahkan keluarga klien untuk memberikan minum yang banyak  $\pm 350$  cc

Respon : keluarga mengerti dan respon terhadap informasi dari perawat.

**Tanggal 19 Mei 2014**

**Jam 14.30**

1. Melakukan observasi vital sign 6 jam sekali.

Respon : S : 37,4°C, N : 110x/menit, RR : 30x/menit.

2. Mengajarkan kepada keluarga klien apabila klien mengalami panas lagi, klien di kompres menggunakan air hangat atau air biasa

Respon : keluarga paham atas informasi yang diberikan oleh perawat.

### **3.4.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga**

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake dan output tidak adekuat, ditandai dengan BB : 11 kg ( sebelum sakit ) dan saat dikaji BB : 10,5 kg, mukosa bibir kering, keadaan umum lemah, makan hanya mau 2 sendok, dan mual ( + ).

**Tanggal 17 Mei 2014**

**Jam 10.30**

1. Mendiskusikan dan menjelaskan pembatasan diit ( makanan yang harus dimakan dan tidak boleh dimakan )

Respon : keluarga paham dan mengerti apa yang di jelaskan perawat dan makanan apa yang boleh dimakan oleh klien.

2. Melakukan monitoring makanan yang masuk

Respon : ibu mengatakan klien hanya mau makan 2 sendok, dan klien mengalami mual.

3. Melakukan monitoring dan pengukuran status gizi

Respon : berat badan klien sebelum sakit 11 kg, saat pengkajian 10,5 kg, turgor kulit menurun, bising usus meningkat 20x/menit, mukosa bibir kering.

4. Memberikan penjelasan kepada keluarga dalam mencegah makanan yang dapat menyebabkan diare

Respon : keluarga klien mengerti atas informasi dari perawat.

### **Jam 13.00**

5. Perintahkan keluarga untuk memberikan makan sedikit tapi sering

Respon : keluarga menerima anjuran perawat.

6. Menyajikan makanan dalam keadaan hangat

Respon : klien terlihat tidak nafsu makan, karena klien mual.

7. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit

Respon : klien mendapat diit bubur halus

### **Tanggal 18 Mei 2014**

#### **Jam 11.00**

1. Melakukan monitoring makanan yang masuk

Respon : ibu klien mengatakan anaknya hanya mau kan 2 – 3 sendok, dan klien juga mual.

2. Melakukan monitoring dan pengukuran status gizi

Respon : klien belum menunjukkan tanda – tanda berat badan meningkat, berat badan klien sebelum sakit 11 kg, saat pengkajian 10,5 kg, turgor kulit menurun, bising usus meningkat 20x/menit, mukosa bibir kering.

3. Perintahkan keluarga untuk memberikan klien makan sedikit tapi sering

Respon : keluarga menerima anjuran perawat.

#### **Jam 11.20**

4. Menyajikan makanan dalam keadaan hangat

Respon : makanan masih belum disentuh oleh keluarga klien.

5. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit

Respon : klien mendapat diit bubur halus

#### **Tanggal 19 Mei 2014**

#### **Jam 17.30**

1. Melakukan monitoring makanan yang masuk

Respon : ibu klien mengatakan anaknya hanya mau kan 4 – 5 sendok dari makan yang disediakan, klien sudah tidak mual.

2. Melakukan monitoring dan pengukuran status gizi

Respon : klien belum menunjukkan tanda – tanda peningkatan dalam berat badan, berat badan klien sebelum sakit 11 kg, saat pengkajian 10,5 kg, turgor kulit baik, bising usus 15x/menit, mukosa bibir lembab.

#### **Jam 18.30**

3. Perintahkan keluarga untuk memberikan klien makan sedikit tapi sering

Respon : keluarga menerima anjuran perawat.

4. Menyajikan makanan dalam keadaan hangat

Respon : klien sudah mulai nafsu makan dan klien tidak mual.

5. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit

Respon : klien mendapatkati diit bubur halus

### **3.5 Evaluasi ( Catatan Perkembangan )**

#### **3.5.1 Diagnosa Keperawatan Pertama**

Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas ( mual ).

**Tanggal 17 Mei 2014**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan anaknya masih mencret 9x ( warna feses kuning, bentuk feses cair) dan mual.

Data Obyektif :

S : 38°C, N : 117x/menit, RR : 30x/menit, BB : 11 kg (sebelum sakit) saat dikaji 10,5 kg, mukosa bibir kering, keadaan umum lemah, mencret 9x ( warna kuning dan bentuk feses cair ± 500 cc ), turgor kulit menurun, ubun-ubun cekung, mata cowong, bising usus meningkat 20x/menit, dan mual.

Assesment :

Masalah teratasi sebagian.

Planning :

Intervensi dilanjutkan nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6,7 dan 8.

**Tanggal 18 Mei 2014**

## Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan anaknya sudah mencret 7x ( warna feses kuning dan bentuk feses cair ), dan sedikit mual.

## Data Obyektif :

S : 37,6°C, N : 110x/menit, RR : 30x/menit, BB : 11 kg (sebelum sakit) saat dikaji 10,5 kg, mukosa bibir kering, keadaan umum lemah, mencret 7x ( warna kuning dan bentuk feses cair  $\pm$  450 cc ), turgor kulit menurun, ubun-ubun cekung, mata cowong, bising usus meningkat 20x/menit, dan sedikit mual.

## Assement :

Masalah teratasi sebagian.

## Planning :

Intervensi dilanjutkan nomer 1, 2, 3, 5, 6 dan 7.

**Tanggal 19 Mei 2014**

## Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan anaknya sudah mencret 5x ( warna feses kuning, bentuk feses sudah lembek, berampas, dan berlendir ), dan sudah tidak mual.

## Data Obyektif :

S : 37,4°C, N : 113x/menit, RR : 30x/menit, BB : 11 kg (sebelum sakit) saat dikaji 10,5 kg, mukosa bibir lembab, keadaan umum cukup untuk beraktivitas, mencret

5x ( warna kuning dan bentuk feses lembek, berampas dan berlendir  $\pm$  425 cc ), turgor kulit baik, ubun–ubun tidak cekung, mata tidak cowong, bising usus menuru 15x/menit, dan sudah tidak mual.

Assement :

Masalah teratasi sebagian.

Planning :

Intervensi dilanjutkan nomer 1, 2, 3, 6, 7 dan 8.

### **3.5.2 Diagnosa Keperawatan Kedua**

Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses penyakit.

**Tanggal 17 Mei 2014**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan selain diare anaknya juga panas.

Data Obyektif :

S : 38,2°C, N : 120x/menit, RR : 30x/menit, keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, mata cowong, ubun – ubun cekung, akral hangat.

Assement :

Masalah teratasi sebagian.

Planning :

Intervensi dilanjutkan nomer 1, 2, 3, 4, 5 dan 6.

**Tanggal 18 Mei 2014**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan kalau panas anaknya sudah turun.

Data Obyektif :

S : 37,6°C N : 115x/menit RR : 30x/menit, keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, ubun – ubun cekung, mata cowong, turgor kulit menurun, akral hangat.

Assement :

Masalah teratasi sebagian.

Planning :

Intervensi dilanjutkan nomer 1, 2, 3, 5 dan 6.

**Tanggal 19 Mei 2014**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan anaknya mengalami panasnya naik turun.

Data Obyektif :

S : 37,2°C N : 110x/menit RR : 30x/menit, keadaan umum cukup untuk beraktivitas, mukosa bibir lembab, ubun – ubun sudah tidak cekung, mata sudah tidak cowong, turgor kulit baik, akral hangat, kering dan merah.

Assement :

Masalah teratasi sebagian.

Planning :

Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 5 dan 6.

### **5.5.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga**

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake dan output tidak adekuat.

#### **Tanggal 17 Mei 2014**

Data subyektif :

Ibu klien mengatakan anaknya hanya mau makan 2 sendok.

Data Obyektif :

BB : 11 kg (sebelum sakit) dan saat dikaji BB : 10,5 kg, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, keadaan umum lemah, ubun – ubun cekung, makan hanya mau 2 sendok, lidah kotor (ada selaput putih), dan mual (+).

Assesment :

Masalah teratasi sebagian.

Planning :

Intervensi dilanjutkan nomer 1, 2, 3, 4, 5,6, dan 7.

#### **Tanggal 18 Mei 2014**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan anaknya hanya mau makan 2 – 3 sendok.

Data Obyektif :

BB : 11 kg (sebelum sakit) dan saat dikaji BB : 10,5 kg, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, keadaan umum lemah, mata cowong, ubun – ubun cekung, makan hanya mau 2 - 3 sendok, lidah kotor (ada selaput putih), dan mual ( + ).

Assement :

Masalah teratasi sebagian.

Planning :

Intervensi dilanjutkan nomer 2, 3, 5, 6 dan 7.

**Tanggal 19 Mei 2014**

Data Subyektif :

Ibu klien mengatakan anaknya hanya mau makan 4 – 5 sendok.

Data Obyektif :

BB : 11 kg (sebelum sakit) dan saat dikaji BB : 10,5 kg, mukosa bibir lembab, turgor kulit baik, keadaan umum cukup untuk beraktivitas, makan hanya mau 4 - 5 sendok, lidah (ada selaput putih), dan mual ( - ).

Assement :

Masalah teratasi sebagian.

Planning :

Intervensi dilanjutkan nomer 2, 3, dan 7.