

BAB 4

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang diberikan pada klien anak dengan Diare. Klien yang ambil sebanyak 2 klien dengan kasus Diare.

4.1 Klien pertama

4.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian tanggal : 27 Maret 2019

Ruangan : Melati

Jam : 10.00 WIB

Biodata

Nama : An "M"

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat/Tanggal lahir : Tuban, 30 Januari 2017

Usia : 2 Tahun 3 bulan

Anak ke : 1

Nama Ayah : Tn "M"

Nama Ibu : Ny "R"

Pendidikan Ayah : SMP

Pendidikan Ibu : SMP

Agama : Islam

Suku Bangsa : Jawa/Indonesia

Alamat : Ds.Leran Wetan Kec.Palang Tuban

Tanggal Masuk : 26 Maret 2019

Diagnosa Medis : GEA

Sumber Informasi : Keluarga

2. Riwayat Keperawatan

1. Keluhan Utama : Klien BAB 4 kali sehari.

1) Riwayat Keperawatan Sekarang

Ibu mengatakan klien BAB cair warna kuning berlendir sebanyak 5-6 kali (\pm 600 cc) dan muntah berkali-kali 4-5 kali (\pm 640 cc) selama 3 hari saat dirumah. Setiap satu kali makan selalu muntah dan upaya yang dilakukan keluarga pada hari pertama dibawa ke bidan tetapi tidak ada perubahan dan hari ke 3 dibawa ke puskesmas tetapi tidak ada perubahan, karena klien sangat lemas dan tidak ada perubahan dan akhirnya pada hari ke 4 klien pertama dibawa ke rumah sakit dan saat di rumah sakit klien pertama BAB 4 kali sehari (480 cc) dan muntah 3 kali sehari (480 cc) cairan berwarna putih. Flu dan panas sejak 2 hari. Lama keluhan terjadi sejak tanggal 24 Maret 2019.

2) Riwayat Keperawatan sebelumnya

(1) Prenatal : Ibu mengatakan selama hamil dirinya tidak pernah mengalami penyakit seperti demam, hipertensi, dan ISK. Ibu hanya mengkonsumsi obat yang diberikan oleh bidan tempat ibu memeriksakan kandungannya. Ibu juga mengatakan bahwa dia selalu memeriksakan kandungannya sebulan sekali sesuai jadwal periksa kandungannya. Ibu juga sudah 2x imunisasi TT. Ibu mengatakan mengalami keluhan selama trimester pertama kehamilannya ibu mengalami mual muntah.

Natal : Ibu mengatakan bahwa ibu melahirkan di bidan.

1. Usia Kelahiran : 34 minggu
2. Lama Kelahiran : 9 jam
3. Cara Kelahiran : Spontan
4. Apgar scor : Tidak terkaji
5. BB : 2800 gram
6. PB : 34 cm

Post Natal : Ibu mengatakan selama nifas ibu tidak mengalami keluhan atau masalah, dan tidak mengalami penyakit demam dan ISK.

- (2). Luka/ Operasi :Ibu mengatakan bahwa anaknya belum pernah di operasi dan sebelumnya juga belum pernah MRS.
- (3). Alergi : Ibu mengatakan bahwa klien pertama tidak mempunyai alergi obat ataupun makanan tertentu.
- (4). Pola Kebiasaan : saat di rumah kebiasaan klien adalah bermain, bersepeda, dan nonton tv sedangkan di rumah sakit klien hanya tidur dan di gendong orangtuanya.
- (5). Tumbuh Kembang : Klien pertama berusia 2 tahun 3 bulan. Pada usia tersebut klien pertama sudah bisa bersepeda dan menjijit. Dengan berat badan 9 kg 8 ons dan tinggi badan 80 cm.
- (6). Imunisasi : Ibu mengatakan bahwa klien pertama telah diberikan imunisasi.HB 0, BGC, DPT/THP 1, DPT/HB 3, Polio 1, Polio 2, PCV, Rotavirus, Influenza, campak, MR.
- (7). Status Gizi: Ibu mengatakan sejak lahir, klien pertama ASI sampai umur 2 tahun kemudian dilanjutkan dengan susu formula. Ibu

mengatakan klien pertama diberikan makanan pendamping ASI berupa bubur pisang setelah usia 6 bulan. Pada saat sebelum sakit berat badan 9 lebih 8 ons dan saat sakit 8 kg. Pada saat di rumah klien makan 3 kali sehari dengan nasi, sayur, lauk pauk. Pada saat di rumah sakit klien mendapatkan diit nasi tim.

(8) Interaksi : Ibu mengatakan bahwa ibu sering berkomunikasi dengan klien pertama dengan mengajak berbicara dan bermain.

3). Riwayat Kesehatan Keluarga

(1) Komposisi Keluarga

Klien pertama tinggal bersama Ayah, Ibu, dan Kakeknya.

(2) Lingkungan Rumah dan Komunitas

Ibu klien pertama mengatakan tinggal di daerah yang tidak terlalu jauh dari jalan raya. Di depan rumah terdapat saluran air atau got yang terbuka. Keluarga aktif dalam kegiatan yang ada di masyarakat.

(3) Pendidikan dan Pekerjaan

Ayah klien pertama dengan pendidikan terakhir SMA. Bekerja sebagai wiraswasta untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari. Ibu klien pertama dengan pendidikan terakhir smp, sebagai seorang ibu rumah tangga.

(4) Kultur dan Kepercayaan

Keluarga menganut agama islam. Keluarga mengatakan bahwa percaya dengan adanya Allah dan keluarga melaksanakan ibadah 5 waktu.

(5) Fungsi dan Hubungan Keluarga

Keluarga mengatakan bahwa hubungan antar anggota keluarga baik, Tidak ada masalah dalam anggota keluarga. Pengambil keputusan di dalam keluarga adalah ayah klien pertama sebagai kepala keluarga.

(6) Perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan

Ibu mengatakan klien diberikan susu formula karena sudah 2 tahun lebih maka tidak diberikan ASI. Ibu mengatakan memberikan makanan berupa nasi, sayur sop, dan ayam.

(7) Persepsi Keluarga tentang penyakit klien

Keluarga mengatakan bahwa mereka tahu tentang penyakit klien pertama yaitu diare. Mereka mendapat informasi dari bidan dan perawat puskesmas.

3. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Lemah

Kesadaran : Kompos mentis

GCS : 4 5 6

2) Tanda-tanda Vital

N : 120 x/menit

S : 37,6 °C

RR : 26 x/menit

BB sebelum sakit : 9 kg lebih 8 ons BB saat sakit : 8 kg

3) Pemeriksaan Fisik Head to Toe

(1) Kepala

Inspeksi : Bentuk simetris, warna rambut hitam, distribusi rambut merata dan lebat, tidak terdapat luka, kulit kepala bersih.

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

(2) Mata

Inspeksi : Bentuk simetris, warna konjungtiva merah muda, pupil isokor, sklera putih, tidak ada gangguan dalam penglihatan, mata agak cowong.

(3) Telinga

Inspeksi : Tidak terdapat serumen.

Palpasi : Tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan.

(4) Hidung

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada polip tidak terdapat pernafasan cuping hidung.

(5) Mulut dan gigi

Inspeksi : Mukosa bibir kering, tidak terdapat stomatitis, lidah bersih, tidak terdapat radang pada bagian bibir dan gusi, gigi sudah tumbuh semua dan terdapat 1 gigi yang berlubang.

(6) Leher

Inspeksi : Tidak terdapat kaku kuduk.

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid , tidak terdapat bendungan vena jugularis.

(7) Dada

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, tidak terdapat retraksi otot bantu pernafasan.

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vesikuler/tidak terdapat suara nafas tambahan.

(8) Abdomen

Inspeksi : Bentuk perut simetris

Auskultasi : bising usus 16-20 kali per menit.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran pada organ hati, limpa, ginjal, dan kandung kemih.

Perkusi : Tympani.

(9) Genetalia

Inspeksi : Alat vital perempuan, tidak terdapat luka iritasi pada bagian anus maupun alat vital.

(10) Integumen

Inspeksi : Warna Kulit kuning

Palpasi : Turgor kulit kurang baik, tidak terdapat odema, akral kulit hangat, CRT \leq 2 detik.

(11) Pemeriksaan anggota gerak dan neurologis

Inspeksi : tidak ada kelemahan otot pada kaki, tidak terdapat gangguan neurologis seperti kejang, tremor, parase, maupun paralisis.

Palpasi : Genggaman tangan kuat, gerakan ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah aktif.

4. Pola Fungsional Kesehatan

1. Nutrisi dan Metabolisme : Ibu mengatakan bahwa klien pertama di rumah makan nasi 3 kali sehari dan minum air putih 1 botol kecil (\pm 330 ml/hari) serta minum susu formula 3 kali sehari (600 ml). Pada saat di rumah sakit Ibu mengatakan klien pertama belum makan sama sekali. Hanya minum susu formula 2 kali sehari (400 ml) dan minum air putih $\frac{1}{4}$ gelas (\pm 60 ml). Berat badan klien pertama sebelum sakit 9 kg lebih 8 ons dan berat badan saat sakit 8 kg. Diit yang didapat dari rumah sakit nasi tim.
2. Eliminasi urine dan alvi : Ibu mengatakan bahwa klien pertama di rumah BAK 3-4 kali sehari (\pm 480 cc) dan BAB 1 kali sehari pada sore hari. Pada saat di rumah sakit klien pertama BAK 3 kali sehari (360 cc) dan BAB cair warna kuning berlendir sebanyak 4 kali sehari (480 cc).

3. Istirahat dan tidur : Pada saat di rumah ibu mengatakan klien pertama tidur 11-12 jam per hari. Pada saat di rumah sakit karena rewel klien pertama tidur 9-10 jam per hari.
4. Kebersihan : Ibu mengatakan bahwa dirumah selalu menjaga kebersihan.

5. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium 28 Maret 2019

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Normal
HEMATOLOGI RUTIN		
Hemoglobin	12,2	13,4 – 15,5 g/dl
PCV	34,8	37 – 47 %
Eritrosit	4.620.000	3,8 jt – 5,8 jt sel/ul
Hitung Jenis Sel	-/-/-/67/30/3	0-3/0-1/0-2/50-70/20-40/4-
Leukosit	10.000	10 %
Trombosit	225.000	4.000 – 11.000 sel/ul
MCV	75,3	140.000 – 350.000 sel/ul
MCH	26,4	82 – 92 fl
MCHC	35,1	27 – 31 pg
RDW	12,6	32 – 37 g/dl
PCT	0,11	10,0 – 16,5 %
MPV	4,8	0,10 – 1,00 %
PDW	18,9	5,0 – 10,0 fl
		12,0 – 18,0 %

6. Program Terapi

- 1) 27 Maret 2019
 - (1) Infus D1/4 S 800 cc/24 jam
 - (2) Injeksi Ranitidine 2x10 mg
 - (3) Injeksi Ondancetron 2x1 mg
- 2) 28 Maret 2019
 - (1) Infus D1/4 S 800 cc/24 jam
 - (2) Injeksi Ranitidine 2x10 mg
 - (3) Injeksi Ondancetron 2x 0,8 mg

- (4) Injeksi Santagesik 3x100 mg (kalau perlu)
 - (5) Peroral Zinc 2x1 cth
 - (6) Peroral L-Bio 2x1sachet
 - (7) Peroral Paracetamol 3x1 cc
 - (8) Peroral Puyer batuk 3x1
- 3) 29 Maret 2019
- (1) Infus D1/4 S 800 cc/24 jam
 - (2) Injeksi Ranitidine 2x10 mg
 - (3) Injeksi Ondancetron 2x 0,8 mg
 - (4) Injeksi Santagesik 3x100 mg (kalau perlu)
 - (5) Peroral Zinc 2x1 cth
 - (6) Peroral L-Bio 2x1sachet
 - (7) Peroral Paracetamol 3x1 cc

7. Analisa Data

Tabel 4.2 Analisa Data Pada Klien Pertama

Data	Etiologi	Masalah
Data Subyektif : Ibu mengatakan klien pertama BAB cair warna kuning dan disertai lendir sebanyak 5-6 kali selama 3 hari di rumah dan 4 kali sehari saat di rumah sakit (480 cc), klien pertama muntah sebanyak 4-5 kali selama 3 hari dirumah dan 3 kali saat di rumah sakit (360 cc). Klien juga mengalami penurunan nafsu makan serta mengalami demam sejak 2 hari.	Output berlebih dan pemasukan cairan yang terbatas.	Kurang volume cairan

Data Obyektif :

1. Tanda-tanda vital
 - a. Nadi : 120 x/menit
 - b. Suhu : 37,6⁰ C
 - c. Respiration rate :
26 x/menit
 2. Saat pengkajian klien pertama BAB dengan tekstur cair disertai lendir kekuningan.
 3. Mukosa bibir klien pertama tampak kering
 4. Saat dilakukan pengkajian klien pertama tampak lemah
 5. Mata tampak agak cowong
 6. Turgor kulit agak kurang
 7. Diit nasi tim
 8. Cairan normal 1.350 ml/24 jam
 9. Input cairan :
Infus Kaen D ¼ S
800 cc/24 jam
Susu formula 2 botol kecil (400 ml)
Air minum ¼ gelas (60 ml)
Injeksi obat 1,8 cc
Jumlah : 1.261,8 ml
Output cairan :
Muntah 3 kali (480 cc)
BAK 3 kali (360 cc)
BAB 4 kali (480 cc)
IWL 224 cc
Jumlah : 1.544 ml
Balance cairan input-output
1.261,8 ml – 1.544 ml
= - 282,2 ml
 10. Berat badan sebelum sakit : 9 kg 8 ons,
Berat badan saat sakit : 8 kg.
-

<p>Data subyektif : Ibu mengatakan klien pertama mengalami muntah 3 kali sehari saat dirumah sakit, klien pertama tidak mau memakan makanan yang telah disediakan dari rumah sakit, tetapi klien memakan roti dalam sehari.</p>	<p>Intake kurang dan output berlebih</p>	<p>Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>
<p>Data obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada saat dilakukan pengkajian klien pertama tampak lemas 2. Saat dilakukan pengkajian tampak makanan yang disediakan dari rumah sakit masih utuh. Klien hanya memakan roti dalam sehari. 3. Diit yang diperoleh dari RS nasi tim 4. Mukosa bibir tampak kering 5. Terjadi penurunan berat badan, berat badan sebelum sakit : 9 kg 8 ons, berat badan saat sakit : 8 kg. 6. IMT BBI Anak $= 2n + 8$ $= (2 \times 2,3) + 8$ $= 4,6 + 8$ $= 12,6 \text{ kg}$ 		

4.1.2 Diagnosis Keperawatan

1. Kurang volume cairan berhubungan dengan output berlebih dan pemasukan cairan yang terbatas.
2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake berkurang dan output berlebih.

4.1.3 Perencanaan Keperawatan

1. **Diagnosis** : Kurang volume cairan berhubungan dengan output berlebih dan pemasukan cairan yang terbatas.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan klien dapat dipertahankan secara optimal.

Kriteria hasil : Tanda-tanda vital dalam batas normal, tanda-tanda dehidrasi (-), turgor kulit baik, konsistensi BAB liat/lembek, intake seimbang dengan output.

Intervensi :

1. Awasi masukan dan haluaran dengan cermat, urine, feses cair maupun masukan nutrisi.

R/ memberikan indikator langsung keseimbangan cairan.

2. Awasi tanda vital, catat hipotensi postural, takikardia. Evaluasi turgor kulit, pengisian kapiler, dan membran mukosa.

R/ menunjukkan status dehidrasi kemungkinan kebutuhan untuk peningkatan penggantian cairan.

3. Timbang BB setiap hari.

R/ Penimbangan BB harian yang tepat dapat mendeteksi kehilangan cairan.

4. Ajarkan untuk masukan cairan jernih seperti jus buah, minuman berkarbonat, dan gelatin.

R/ Karena cairan ini biasanya tinggi karbohidrat, rendah elektrolit, dan mempunyai osmolalitas tinggi.

5. Kolaborasi pemberian cairan parenteral (IV line) sesuai dengan usia dan penyakit penyerta.

R/ Untuk mempertahankan terapi cairan.

6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diberikan diet reguler pada anak sesuai toleransi.

R/Makanan ini dapat merangsang atau mengiritasi saluran usus.

7. Ganti LRO (Larutan Rehidrasi Oral) dengan cairan rendah natrium seperti air, ASI, susu formula bebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa.

R/ Untuk mempertahankan terapi cairan.

8. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium : feses lengkap, serum elektrolit (Na,K,Ca,BUN, dan FL)

R/ Untuk mengidentifikasi adanya inflamasi kolon jika terdapat leukosit dan serum elektrolit sebagai keseimbangan cairan. BUN untuk mengetahui faal ginjal (kompensasi)

9. Kolaborasi pemberian obat L-Bio.

R/ Antidiare berfungsi untuk menurunkan sekresi cairan dan elektrolit

10. Kolaborasi pemberian obat antipiretik

R/ Untuk meredakan demam atau panas.

11. Kolaborasi pemberian antibiotik

R/ Antibiotik sebagai antibakteri bersprektum luas untuk menghambat endotoksin. (Doengoes, 2012 dan Dona, 2004)

2. Diagnosis 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak adekuatnya masukan dan diare.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi teratasi.

Kreteria hasil : Nafsu makan baik, berat badan meningkat.

Intervensi :

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

Rasional : makanan ini dapat merangsang atau mengiritasi saluran usus.

2. Timbang BB setiap hari

Rasional : perubahan berat badan yang menurun menggambarkan peningkatan kebutuhan sesuai dengan kebutuhan.

3. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan dan bantu sesuai dengan kebutuhan.

Rasional : nafsu makan dapat dirangsang pada situasi rileks dan menyenangkan.

4. Berikan perawatan mulut terutama sebelum makan

Rasional : mulut yang bersih dapat meningkatkan selera makan.

5. Kolaborasi dengan tim gizi/ahli diet untuk menentukan diet TKTP rendah serat.

Rasional : Rendah serat menurunkan peristaltik usus terhadap makanan.

4.1.4 Pelaksanaan Keperawatan

Tabel 4.3 Pelaksanaan Keperawatan Pada Klien Pertama

Hari/Tanggal	Diagnosis	Implementasi	Paraf
Rabu, 27 Maret 2019 10.30 – 10.35 10.35-10.45	1	1. Membina hubungan saling percaya pada keluarga klien pertama dan klien pertama 2. Memonitor masukan dan haluaran dengan cermat urine sebanyak 3x/hari dan feses cair sebanyak 4 x/hari warna kuning dan	

			berlendir, muntah 3 x/hari, masukan nutrisi klien tidak mau makan.
10.45-10.50		3.	Memonitor tanda-tanda vital, S : 37,6 ⁰ C RR : 26 x/menit N : 120 x/menit
10.50-10.55		4.	Mengevaluasi turgor kulit sedikit kurang, pengisian kapiler 2 detik dan membran mukosa kering.
10.55-11.00		5.	Menimbang BB setiap hari BB sebelum sakit 9 kg 8 ons BB sekarang 8 kg
11.00-11.05		6.	Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit nasi tim
11.05-11.10		7.	Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi : 1. Infus KAEN 3B 500 cc/3 jam lanjut 2. Infus D1/4 5 800 cc/24 jam 3. Injeksi Ranitidine 2x10 mg 4. Injeksi Ondacentron 2x1 mg
Rabu, 27 Maret 2019	2	1.	Mendiskusikan tentang pembatasan diit (makanan yang berserat tinggi, berlemak dan air panas atau dingin).
11.10-11.15		2.	Menimbang berat badan setiap hari BB sebelum sakit : 9 kg 8 ons BB sekarang : 8 kg
11.15-11.18		3.	Mengintruksikan untuk terus-menerus memberikan cairan rendah natrium seperti air, ASI, susu formula bebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa.
11.18-11.20			
Kamis, 28 Maret 2019	1	1.	Memonitor masukan dan haluaran dengan cermat urine yaitu klien BAK 3-4 x/hari dan feses cair sebanyak 3 x/hari warna kuning dan berlendir muntah 2x/hari, masukan nutrisi klien makan setengah porsi dari porsi yang diberikan rumah sakit.
13.00-13.05		2.	Memonitor tanda-tanda vital S : 37,8 ⁰ C N : 102 x/menit RR : 26 x/menit
13.05-13.10		3.	Mengevaluasi kulit, turgor kulit kurang, pengisian kapiler < 2 detik dan membran mukosa kering.
13.10-13.15		4.	Menimbang BB setiap hari BB sebelum sakit :9 kg 8 ons
13.15-13.20			

13.20-13.25		BB sekarang : 8 kg
		5. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit tim
13.25-13.30		6. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi :
		1. Infus D1/4 S 800 cc/24 jam
		2. Injeksi Ranitidine 2x10 mg
		3. Injeksi Ondancentron 2x0,8 mg
		4. Injeksi Santagesik 3x100 mg(kalau perlu)
		5. Peroral Zinc 2x 1cth
		6. Peroral L-Bio 2x1 sachet
		7. Paracetamol 3x1 cc
		8. Puyer batuk 3x1
Kamis, 28 Maret 2019	2	1. Melakukan timbang berat badan
13.30-13.33		BB sebelum sakit :9 kg 8 ons
13.33-13.35		BB sekarang : 8 kg
		2. Memberikan makanan sehari-hari sesuai toleransi yaitu nasi tim
13.35-13.40		3. Menginstruksikan untuk terus-menerus memberikan cairan rendah natrium seperti air, ASI, susu formula bebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa.
Jumat, 29 Maret 2019	1	1. Memonitor masukan dan haluaran dengan cermat urin yaitu BAK 3-4 x/hari dan feses lembek BAB 1x/hari dengan warna kuning, muntah (-) dan masukan nutrisi klien menghabiskan nasi tim dari porsi yang diberikan dari rumah sakit.
10.00-10.05		2. Memonitor tanda-tanda vital
		S: 36 ⁰ C
		N: 105 x/menit
		RR: 26x/menit
10.10-10.15		3. Mengevaluasi turgor kulit baik, pengisian kapiler < 2 detik dan membran mukosa lembab.
10.15-10.20		4. Menimbang BB setiap hari
		BB sebelum sakit :9 kg 8 ons
		BB sekarang : 9 kg
10.20-10.25		5. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit
10.25-10.30		6. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi :
		1. Infus D1/4 S 800 cc/24 jam
		2. Injeksi Ranitidine 2x10 mg

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Injeksi Ondancentron 2x0,8 mg 4. Injeksi Santagesik 3x100 mg (kalau perlu) 5. Peroral Zinc 2x1 cth 6. Peroral L-Bio 2x1 sachet 7. Paracetamol 3x1 cc
Jumat, 29 Maret 2011	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan timbang berat badan. BB sebelum sakit :9 kg 8 ons BB sekarang : 9 kg 2. Memberikan makanan sehari-hari sesuai toleransi yaitu nasi tim. 3. Menginstruksikan untuk terus-menerus memberikan cairan rendah natrium seperti air, ASI, susu formula bebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.4 Evaluasi Keperawatan Pada Klien Pertama

Hari/Tanggal	Diagnosis	Evaluasi
Rabu, 27 Maret 2019 13.00-13.15	1	<p>S : Ibu mengatakan bahwa klien pertama BAB cair berlendir 4 kali sehari, muntah 3 kali dan badannya panas.</p> <p>O : 1. Keadaan Umum : lemah 2. Terpasang infus kaen 3B 800 cc/24 jam 3. Membran mukosa kering 4. Saat pengkajian anak sedang BAB dengan tekstur cair warna kuning dan berlendir 5. Anak tampak rewel dan gelisah 6. Pemeriksaan Tanda-tanda vital N : 120 x/menit S : 37,6⁰C RR : 26 x/menit</p> <p>7. Input cairan : Infus Kaen D ¼ S 800 cc/24 jam Susu formula 2 botol kecil (400 ml) Air minum ¼ gelas (60 ml) Injeksi obat 1,8 cc Jumlah : 1.261,8 ml</p> <p>Output cairan : Muntah 3 kali (480 cc) BAK 3 kali (360 cc) BAB 4 kali (480 cc) IWL 224 cc Jumlah : 1.544 ml</p>

		Balance cairan input-output $1.261,8 \text{ ml} - 1.544 \text{ ml}$ $= - 282,2 \text{ ml}$ A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,6,9,10,11 dilanjutkan
Rabu, 27 Maret 2019 13.15-13.25	2	S : Ibu mengatakan klien pertama mengalami muntah 3 kali, dan tidak mau memakan makanan yang disediakan dari rumah sakit. O : 1. Saat dilakukan pengkajian badan klien terutama tampak lemas 2. Saat dilakukan pengkajian tampak makanan yang disediakan dari rumah sakit masih utuh. 3. Mukosa bibir klien pertam tampak kering. 4. Berat badan sebelum sakit : 9 kg 8 ons 5. Berat badan saat sakit : 8 kg A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,5 dilanjutkan
Kamis, 28 Maret 2019 15.00-15.15	1	S : Ibu mengatakan bahwa klien pertama BAB cair 3 kali sejak tadi pagi, muntah 2 kali sejak tadi pagi, dan badannya masih panas serta perut kembung. O : 1. Keadaan umum : lemah 2. Mukosa bibir kering 3. Anak tampak gelisah 4. Pemeriksaan tanda-tanda vital N : 102 x/menit S : 37,8 °C RR : 26 x/menit 5. Input cairan : Infus Kaen D ¼ S 800 cc/24 jam Susu formula 2 botol kecil (400 ml) Air minum 1/2 gelas (120 ml) Injeksi obat 1,8 cc Jumlah : 1.321,8 ml Output cairan : Muntah 2 kali (320 cc) BAK 3 kali (360 cc) BAB 3 kali (390 cc) IWL 224 cc Jumlah : 1.294 ml

		Balance cairan input-output $1.321,8 \text{ ml} - 1.294 \text{ ml}$ $= 27,8 \text{ ml}$ A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3,6,10,11 dilanjutkan
Kamis, 28 Maret 2019 15.15-15.25	2	S : Ibu mengatakan klien pertama mengalami muntah 2 kali, dan mau memakan makanan yang disediakan dari rumah sakit setengah dari porsi yang diberikan O : 1. Saat dilakukan pengkajian badan klien pertama tampak lemas 2. Saat dilakukan pengkajian tampak makanan yang disediakan dari rumah sakit masih utuh setengah porsi. 3. Mukosa bibir klien pertama tampak kering. 4. Berat badan sebelum sakit : 9 kg 8 ons 5. Berat badan saat sakit : 8 kg A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,5 dilanjutkan
Jumat, 29 Maret 2019 13.00-13.15	1	S : Ibu mengatakan bahwa klien pertama BAB lembek sebanyak 1 kali sejak tadi pagi, muntah (-) O : 1. Keadaan Umum : baik 2. Mukosa bibir lembab 3. Pemeriksaan tanda-tanda vital N : 105 x/menit S : 36° C RR : 26 x/menit 4. Input cairan : Infus Kaen D ¼ S 800 cc/24 jam Susu formula 3 botol kecil (600 ml) Air minum 1/2 gelas (120 ml) Injeksi obat 1,8 cc Jumlah : 1.521,8 ml Output cairan : BAK 3 kali (360 cc) BAB 1 kali (100 cc) IWL 224 cc Jumlah : 684 ml Balance cairan input-output $1.521,8 \text{ ml} - 684 \text{ ml}$ $= 837,8 \text{ ml}$

Suku Bangsa : Jawa/Indonesia
Alamat : Perum. Widengan Tuban
Tanggal masuk : 31 Maret 2019
Diagnosis Medis : GEA
Sumber Informasi : Keluarga

2. Riwayat Keperawatan

1. Keluhan Utama : klien BAB 8 kali sehari.

1). Riwayat Keperawatan Sekarang

Ibu mengatakan klien kedua BAB cair berwarna kuning berlendir kehijauan sebanyak 4 kali (\pm 440 cc) sejak pukul 03.30 pagi dirumah dan upaya yang dilakukan keluarga yaitu dibuatkan oralit di rumah dan akhirnya pada pukul 06.00 pagi klien kedua dibawa di rumah sakit karena klien sangat lemas dan saat di rumah sakit klien kedua BAB 8 kali sehari (880 cc), muntah 4 kali saat di rumah (\pm 460 cc), dan saat di rumah sakit klien kedua muntah 5 kali sehari (600 cc) cairan berwarna putih. Keluhan terjadi pada tanggal 31 maret 2019.

2). Riwayat Keperawatan Sebelumnya

(1) Prenatal : Ibu mengatakan selama hamil dirinya tidak pernah mengalami penyakit seperti hipertensi dan ISK. Ibu mengkonsumsi obat yang diberikan oleh bidan. Ibu juga mengatakan bahwa dia selalu memeriksa kandungannya, Ibu tidak mengalami keluhan/masalah selama kehamilan.

Natal : Ibu mengatakan bahwa ibu melahirkan di Rumah Sakit.

1. Usia kehamilan : 9 bulan
2. Lama kelahiran : 2 jam

3. Cara kelahiran : SC
4. Apgar score : tidak terkaji
5. BB : 2500 gram
6. PB : 50 cm

Post Natal : Ibu mengatakan selama nifas ibu tidak mengalami keluhan/masalah dan tidak mengalami demam atau ISK.

- (2) Luka/Operasi : Ibu mengatakan bahwa anaknya belum pernah di operasi dan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit.
- (3) Alergi : Ibu mengatakan bahwa klien kedua tidak mempunyai alergi apapun.
- (4) Pola Kebiasaan : Kebiasaan klien di rumah yaitu sekolah kemudian bermain dan malamnya nonton tv sedangkan di Rumah Sakit klien hanya tidur dan berbaring di tempat tidur .
- (5) Tumbuh kembang : klien kedua mengatakan berusia 3 tahun. Pada usia tersebut anak sudah bisa lari-larian dan lompat-lompat, dan berhitung 1-10. Berat badan klien 10 kg dan tinggi badan klien 100 cm.
- (6) Imunisasi : Ibu mengatakan bahwa klien kedua telah diberikan imunisasi. Imunisasi yang telah diberikan terdiri dari imunisasi HB 0, BGC, DPT/THP 1, DPT/HB 3, Polio 1, Polio 2, PCV, Rotavirus, Influenza, campak, MR, Dan Varisela.
- (7) Status Gizi : Ibu mengatakan sejak lahir, klien kedua diberikan susu ASI sampai umur 6 bulan kemudian dilanjutkan dengan susu formula. Ibu mengatakan klien kedua diberikan makanan pendamping sejak usia 6 bulan berupa bubur instan. Sebelum sakit berat badan klien 10 kg dan saat sakit 9 kg. Saat di rumah klien makan nasi 3 kali dalam sehari

dengan nasi, sayur, dan lauk pauk. Diet yang didapat dari rumah sakit adalah nasi tim.

(8) Interaksi : Ibu mengatakan bahwa ibu sering mengajak klien kedua berbicara dan bermain.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

(1) Komposisi Keluarga

Klien kedua tinggal bersama Ayah dan Ibu.

(2) Lingkungan rumah dan Komunitas

Ibu klien kedua mengatakan tinggal di daerah perumahan dan banyak tetangganya, di depan rumah terdapat tempat sampah tempat membuang sampah. Keluarga aktif dalam kegiatan masyarakat.

(3) Pendidikan dan Pekerjaan

Ayah klien kedua dengan pendidikan terakhir SMA. Bekerja sebagai karyawan di PT wings untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari. Ibu klien kedua dengan pendidikan terakhir SMA, sebagai ibu rumah tangga.

(4) Kultur dan Kepercayaan

Keluarga menganut agama Islam. Keluarga mengatakan bahwa percaya dengan adanya Allah dan keluarga melaksanakan ibadah shalat 5 waktu.

(5) Fungsi dan Hubungan Keluarga

Keluarga mengatakan bahwa hubungan antar anggota keluarga baik. Tidak ada masalah dalam anggota keluarga. Pengambil keputusan di dalam keluarga adalah ayah klien kedua sebagai kepala keluarga.

(6) Perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan

Ibu mengatakan klien diberi ASI selama 6 bulan pertama kelahirannya. Dan ibu mengatakan memberikan makanan pendamping ASI berupa bubur instan sejak usia 6 bulan.

(7) Persepsi Keluarga tentang penyakit klien

Keluarga mengatakan bahwa mereka tahu tentang penyakit klien kedua yaitu Diare. Mereka mendapat informasi dari perawat karena sebelumnya saudaranya sudah pernah menderita diare dan dibawa ke rumah sakit.

3. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Lemah

Kesadaran : Kompos mentis

GCS : 4 5 6

2) Tanda-tanda Vital

N : 110 x/menit

S : 36,4 °C

RR : 24 x/menit

BB sebelum sakit : 10 kg BB saat sakit : 9 kg

3) Pemeriksaan Fisik Head to Toe

(1) Kepala

Inspeksi : Bentuk simetris, warna rambut hitam, distribusi rambut merata dan tipis, kulit kepala bersih.

Palpasi : Tidak terdapat luka dan benjolan serta tidak ada nyeri tekan.

(2) Mata

Inspeksi : Bentuk simetris warna konjungtiva merah muda, pupil isokor, sklera putih, tidak ada gangguan dalam penglihatan, mata agak cekung.

Palpasi : Tidak terdapat benjolan di telinga.

(3) Telinga

Inspeksi : Telinga bersih, tidak terdapat serumen.

Palpasi : Tidak terdapat benjolan ditelinga

(4) Hidung

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak terdapat pernafasan cuping hidung.

(5) Mulut dan gigi

Mukosa bibir kering, berwarna merah muda, tidak terdapat stomatitis, lidah bersih, gigi lengkap dan merata, tidak terdapat radang pada bagian bibir dan gusi.

(6) Leher

Inspeksi : tidak terdapat kaku kuduk.

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat bendungan vena jugularis.

(7) Dada

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, terdapat ketegangan pada dinding perut, tidak terdapat retraksi otot bantu pernafasan

Auskultasi : vesikuler/tidak terdapat suara nafas tambahan.

(8) Abdomen

Inspeksi : Bentuk perut simetris.

Auskultasi : bising usus 16-20 kali per menit

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran pada organ hati, limpa, ginjal dan kandung kemih.

Perkusi : Tympani.

(9) Genetalia

Inspeksi : Alat vital perempuan, tidak terdapat luka iritasi pada bagian anus maupun alat vital.

(10) Integumen

Inspeksi : Warna kulit putih.

Palpasi : Turgor kulit kurang baik, tidak terdapat edema, akral kulit hangat, CRT \leq 2 detik

(11) Pemeriksaan anggota gerak dan neurologis

Inspeksi : tidak ada kelemahan otot pada kaki, tidak terdapat gangguan neurologis seperti kejang, tremor, parase, maupun paralisis.

Palpasi : Gangguan tangan kuat, gerakan ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah aktif.

4. Pola Fungsional Kesehatan

1. Nutrisi dan Metabolisme

Ibu mengatakan bahwa klien kedua di rumah makan nasi 3 kali sehari dan minum air putih botol tanggung sehari (600 ml). Pada saat di rumah sakit ibu klien kedua mengatakan tidak mau makan, perut kembung dan hanya minum sedikit $\frac{1}{2}$ gelas (120 ml). Diit yang didapat dari rumah sakit yaitu nasi tim. Berat badan klien kedua sebelum sakit adalah 10 kg dan pada saat sakit 9 kg.

2. Eliminasi urine dan alvi

Ibu mengatakan bahwa klien kedua di rumah BAK 3-4 kali sehari (400 cc) dan BAB 1 kali sehari pada pagi hari. Pada saat di rumah sakit klien kedua BAK 3 kali sehari (360 cc) dan BAB 8 kali sehari (880 cc).

3. Istirahat dan tidur

Ibu mengatakan klien kedua tidur 10-11 jam per hari. Pada saat di rumah sakit klien tampak gelisah klien kedua tidur 12-13 jam per hari.

4. Kebersihan

Ibu mengatakan selalu membuang sampah pada tempatnya.

5. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium 1 April 2019

Tabel 4.5 Pemeriksaan Laboratorium 1 April 2019

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Normal
<u>HEMATOLOGI</u>		
<u>RUTIN</u>	13,3	13,4 – 15,5 g/dl
Hemoglobin	39,0	37 – 47 %
PCV	5.130.000	3,8 jt – 5,8 jt sel/ul
Eritrosit	-/-/-79/19/2	0-3/0-1/0-2/50-70/20-40/4-
Hitung Jenis Sel	7.100	10 %
Leukosit	232.000	4.000 – 11.000 sel/ul
Trombosit	76,0	140.000 – 350.000 sel/ul
MCV	25,9	82 – 92 fl
MCH	34,1	27 – 31 pg
MCHC	13,3	32 – 37 g/dl
RDW	0,09	10,0 – 16,5 %
PCT	3,7	0,10 – 1,00 %
MPV	17,7	5,0 – 10,0 fl
PDW		12,0 – 18,0 %
<u>GLUKOSA</u>	40	
<u>Glukosa Darah Sewaktu</u>		<140 mg/Dl

6. Program Terapi

1) 31 Maret 2019

- (1) Infus Kaen 3 B 900 cc/24 jam
- (2) Injeksi Ranitidin 2x10 mg
- (3) Injeksi Ondancetron 2x12 mg

- (4) Per Oral Zink 1x2 cth
- (5) Per Oral L-bio 2x1 sachet

2) 1 April 2019

- (1) Infus Kaen 3 B 900 cc/24 jam
- (2) Injeksi Aminopilin 4x250 mg
- (3) Injeksi Ondancetron 3x12 mg
- (4) Injeksi Ranitidin 2x10 mg
- (5) Per Oral Zink 1x2 cth
- (6) Per Oral L-bio 2x1 sachet

3) 2 April 2019

- (1) Infus Kaen 3 B 900 cc/24 jam
- (2) Injeksi Ranitidin 2x10 mg
- (3) Injeksi Ondancetron 2x12 mg
- (4) Per Oral Zink 1x2 cth
- (5) Per Oral L-bio 2x1 sachet

7. Analisa Data

Tabel 4.6 Analisa Data Pada Klien Kedua

Data	Etiologi	Masalah
Data Subyektif : Ibu mengatakan klien kedua BAB cair berwarna kuning berlendir kehijauan sebanyak 4 kali sehari saat dirumah dan saat di rumah sakit klien kedua BAB 8 kali sehari (880 cc), muntah 4 kali saat di rumah, dan saat di rumah sakit klien kedua muntah 5 kali sehari (600 cc). Klien	Output berlebih dan pemasukan cairan yang terbatas.	Kurang volume cairan

juga mengalami penurunan nafsu makan.

Data Obyektif :

1. Tanda-tanda vital
 - a. Nadi : 110 x/menit
 - b. Suhu : 36,4⁰ C
 - c. Respiration rate :
24 x/menit
 2. Saat pengkajian klien kedua BAB dengan tekstur cair warna kuning disertai lendir kehijauan.
 3. Mukosa bibir klien kedua tampak kering
 4. Saat dilakukan pengkajian klien kedua tampak lemah
 5. Mata tampak agak cowong
 6. Turgor kulit agak kurang
 7. Normal cairan
1.500 ml/24 jam
 8. Input cairan :
Infus Kaen 3 B 900 cc/24 jam
Minum air ½ gelas (120 ml)
Obat oral 426 ml
Injeksi 12,8 cc
Jumlah : 1.458,8 ml
Cairan output :
BAB 8 kali (880 cc)
Muntah 5 kali (600 cc)
BAK 3 kali (360 cc)
IWL : 243 cc
Jumlah : 2.083 ml
Balance cairan
Input-output
1.458,8 – 2.083
= -624,2 cc
-

<p>Data subyektif : Ibu mengatakan klien kedua mengalami muntah 5 kali sehari saat dirumah sakit, klien kedua tidak mau memakan makanan yang telah disediakan dari rumah sakit dan hanya minum air putih ½ gelas perhari (120 ml).</p>	<p>Intake kurang dan output berlebih</p>	<p>Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>
<p>Data obyektif :</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada saat dilakukan pengkajian klien pertama tampak lemas. 2 Saat dilakukan pengkajian tampak makanan yang disediakan dari rumah sakit masih utuh. 3 Diit yang diperoleh dari RS nasi tim. 4 Mukosa bibir klien kedua tampak kering. 5 Berat badan sebelum sakit : 10 kg, berat badan saat sakit : 9 kg. 6 BBI Anak $= 2n + 8$ $= (2 \times 3,8) + 8$ $= 7,6 + 8$ $= 15,6 \text{ kg}$ 		

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

1. Kurang volume cairan berhubungan dengan output berlebih dan pemasukan cairan yang terbatas.
2. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake berkurang dan output berlebih.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

1. Diagnosis : Kurang volume cairan berhubungan dengan output berlebih dan pemasukan cairan yang terbatas.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan dapat dipertahankan secara optimal.

Kriteria hasil : Tanda-tanda vital dalam batas normal, tanda-tanda dehidrasi (-), turgor kulit baik, intake seimbang dengan output.

Intervensi :

1. Awasi masukan dan haluaran dengan cermat, urine, feses cair maupun masukan nutrisi.

R/ memberikan indikator langsung keseimbangan cairan.

2. Awasi tanda vital, catat hipotensi postural, takikardia. Evaluasi turgor kulit, pengisian kapiler, dan membran mukosa.

R/ menunjukkan status dehidrasi kemungkinan kebutuhan untuk peningkatan penggantian cairan.

3. Timbang BB setiap hari.

R/ Penimbangan BB harian yang tepat dapat mendeteksi kehilangan cairan.

4. Ajarkan untuk masukan cairan jernih seperti jus buah, minuman berkarbonat, dan gelatin.

R/ Karena cairan ini biasanya tinggi karbohidrat, rendah elektrolit, dan mempunyai osmolalitas tinggi.

5. Kolaborasi pemberian cairan parenteral (IV line) sesuai dengan usia dan penyakit penyerta.

R/ Untuk mempertahankan terapi cairan.

6. Kolaborasi dengan ahli gizi setelah dehidrasi diberikan diet reguler pada anak sesuai toleransi.

R/ Makanan ini dapat merangsang atau mengiritasi saluran usus.

7. Ganti LRO (Larutan Rehidrasi Oral) dengan cairan rendah natrium seperti air, ASI, susu formulabebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa.

R/ Untuk mempertahankan terapi cairan.

8. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium : feses lengkap, serum elektrolit (Na,K,Ca,BUN, dan FL)

R/ Untuk mengidentifikasi adanya inflamasi kolon jika terdapat leukosit dan serum elektrolit sebagai keseimbangan cairan dan elektrolit. BUN untuk mengetahui faal ginjal (kompensasi)

9. Kolaborasi pemberian obat L-Bio

R/ Antidiare berfungsi untuk menurunkan sekresi cairan.

10. Kolaborasi pemberian obat antipiretik

R/ Untuk meredakan demam atau panas.

11. Kolaborasi pemberian antibiotik

R/ Antibiotik sebagai antibakteri bersprektum luas untuk menghambat endotoksin. (Doengoes, 2012 dan Dona, 2004)

2. Diagnosis 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak adekuatnya masukan dan diare.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi teratasi.

Kreteria hasil : Nafsu makan baik, berat badan meningkat.

Intervensi :

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

Rasional : makanan ini dapat merangsang atau mengiritasi saluran usus.

2. Timbang BB setiap hari

Rasional : perubahan berat badan yang menurun menggambarkan peningkatan kebutuhan sesuai dengan kebutuhan.

3. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan dan bantu sesuai dengan kebutuhan.

Rasional : nafsu makan dapat dirangsang pada situasi rileks dan menyenangkan.

4. Berikan perawatan mulut terutama sebelum makan

Rasional : mulut yang bersih dapat meningkatkan selera makan.

5. Kolaborasi dengan tim gizi/ahli diet untuk menentukan diet TKTP rendah serat.

Rasional : Rendah serat menurunkan peristaltik usus terhadap makanan.

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Tabel 4.7 Pelaksanaan Keperawatan Klien Kedua

Hari/Tanggal	Diagnosis	Implementasi	Paraf
Sabtu, 31 Maret 2019 13.30-13.35	1	1. Membina hubungan saling percaya pada keluarga klien kedua dan klien kedua	
13.35-13.40		2. Memonitor masukan dan haluaran dengan cermat urine sebanyak 3-4x/hari dan feses cair sebanyak 8 x/hari warna kuning dan berlendir kehijauan dan muntah 5 kali sehari serta masukan nutrisi klien tidak mau makan.	
13.40-13.45		3. Memonitor tanda-tanda vital, S : 36,5 °C	

			RR : 24 x/menit N : 110 x/menit
13.45-13.50			4. Mengevaluasi turgor kulit sedikit kurang, pengisian kapiler 2 detik dan membran mukosa kering.
13.50-13.55			5. Menimbang BB setiap hari BB sebelum sakit 10 kg BB sekarang 9 kg
13.55-13.57			6. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit nasi tim
13.57-14.00			7. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi : 1. Infus KAEN 3B 900 cc/24 jam 2. Injeksi Ranitidine 2x10 mg 3. Injeksi Ondancetron 3x12 mg 4. Per Oral Zink 1x2 cth 5. Per Oral L-bio 2x1
Sabtu, 31 Maret 2019	2		
14.00-14.05			1. Mendiskusikan tentang pembatasan diit (makanan yang berserat tinggi, berlemak dan air panas atau dingin).
14.05-14.10			2. Menimbang berat badan setiap hari BB sebelum sakit : 10 kg BB sekarang : 9 kg
14.10-14.15			3. Mengintruksikan untuk terus-menerus memberikan cairan rendah natrium seperti air, ASI, susu formula bebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa.
Minggu, 1 Maret 2019	1		
13.00-13.05			1. Memonitor masukan dan haluaran dengan cermat urine yaitu klien BAK 3-4 x/hari dan feses cair sebanyak 5 x/hari warna kuning dan berlendir kehijauan dan muntah 7 kali sehari serta masukan nutrisi klien mau makan 2 sendok makan.
13.05-13.10			2. Memonitor tanda-tanda vital S : 36,5 °C N : 110 x/menit RR : 24 x/menit
13.10-13.15			3. Mengevaluasi kulit, turgor kulit kurang, pengisian kapiler < 2 detik dan membran mukosa kering.
13.15-13.20			4. Menimbang BB setiap hari BB sebelum sakit : 10 kg BB sekarang : 9 kg
15.20-15.25			5. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit nasi tim

15.25-15.30		6. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Infus Kaen 3 B 900 cc/24 jam 2. Injeksi Aminopilin 4x250 3. Injeksi Ranitidine 2x10 mg 4. Injeksi Ondacentron 2x12 mg 5. Peroral Zinc 1x2ncth 6. Peroral L-Bio 2x1 sachet
Minggu, 1 Maret 2019	2	1. Melakukan timbang berat badan BB sebelum sakit :10 kg BB sekarang : 9 kg
15.30-15.33		2. Memberikan makanan sehari-hari sesuai toleransi yaitu nasi tim.
15.33-15.35		3. Menginstruksikan untuk terus-menerus memberikan cairan rendah natrium seperti air, ASI, susu formula bebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa.
15.35-15.40		
Senin, 2 Maret 2019	1	1. Memonitor masukan dan haluaran dengan cermat urin yaitu BAK 3-4 x/hari dan BAB (-) dan muntah (-) serta masukan nutrisi klien menghabiskan nasi tim dari porsi yang diberikan.
10.00-10.05		
10.05-10.10		2. Memonitor tanda-tanda vital S: 36,4 ⁰ C N: 110 x/menit RR: 24 x/menit
10.10-10.15		3. Mengevaluasi turgor kulit baik, pengisian kapiler < 2 detik dan membran mukosa lembab.
10.15-10.18		4. Menimbang BB setiap hari BB sebelum sakit :10 kg BB sekarang : 9,5 kg
10.18-10.20		5. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit nasi tim
10.20-10.25		6. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Infus Kaen 3 B 900 cc/24 jam 2. Injeksi Ranitidine 2x10 mg 3. Injeksi Ondacentron 2x12 mg 4. Peroral Zinc 2x1 cth 5. Peroral L-Bio 2x1 sachet

Senin, 2 April 2019 10.25-10.30	2	1. Melakukan timbang berat badan. BB sebelum sakit :10 kg BB sekarang : 9,5 kg
10.30-10.33		2. Memberikan makanan sehari-hari sesuai toleransi yaitu nasi tim.
10.33-10.35		3. Menginstruksikan untuk terus-menerus memberikan cairan rendah natrium seperti air, ASI, susu formula bebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.8 Evaluasi Keperawatan Pada Klien Kedua

Hari/Tanggal	Diagnosis	Evaluasi
Sabtu, 30 Maret 2019 15.30-15.45	1	<p>S : Ibu klien mengatakan bahwa klien kedua BAB cair warna kuning dan berlendir kehijauan 8 kali sehari, muntah 5 kali.</p> <p>O : 1. Keadaan Umum : lemah 2. Terpasang infus kaen 3B 900 cc/24 jam 3. Membran mukosa kering 4. Saat pengkajian anak sedang BAB dengan tekstur cair warna kuning dan berlendir kehijauan. 5. Anak tampak lemas dan lemah 6. Pemeriksaan Tanda-tanda vital N : 110 x/menit S : 36,4 °C RR : 24 x/menit 7. Cairan Input Infus Kaen 3 B 900 cc/24 jam Minum air ½ gelas (120 ml) Obat oral 426 ml Injeksi 12,8 cc Jumlah : 1.458,8 ml Cairan output : BAB 8 kali (880 cc) Muntah 5 kali (600 cc) BAK 3 kali (360 cc) IWL : 243 cc Jumlah : 2.083 ml Balance cairan Input-output 1.458,8 – 2.083 = -624,2 cc</p>

		<p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,6,9,10,11 dilanjutkan</p>
Sabtu, 31 Maret 2019 15.45-15.55	2	<p>S : Ibu mengatakan klien kedua mengalami muntah 5 kali, dan tidak mau memakan makanan yang disediakan dari rumah sakit.</p> <p>O : 1. Saat dilakukan pengkajian badan klien tertama tampak lemas 2. Saat dilakukan pengkajian tampak makanan yang disediakan dari rumah sakit masih utuh. 3. Mukosa bibir klien kedua tampak kering. 4. Berat badan sebelum sakit : 10 kg 5. Berat badan saat sakit : 9 kg</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,5 dilanjutkan</p>
Minggu, 1 April 2019 16.30-16.45	1	<p>S : Ibu mengatakan bahwa klien kedua BAB cair berwarna kuning dan lendir kehijauan 5 kali sejak tadi pagi, muntah 7 kali sejak tadi pagi.</p> <p>O : 1. Keadaan umum : lemah 2. Mukosa bibir kering 3. Anak lemas 4. Pemeriksaan tanda-tanda vital N : 110 x/menit S : 36,5⁰ C RR : 24 x/menit 5. Cairan Input Infus Kaen 3 B 900 cc/24 jam Minum air 1 gelas (240 ml) Obat oral 426 ml Injeksi 12,8 cc Jumlah : 1.578,8 ml Cairan output : BAB 5 kali (500 cc) Muntah 7 kali (420 cc) BAK 3 kali (360 cc) IWL : 243 cc Jumlah : 1.523 ml Balance cairan Input-output 1.578,8 – 1.523 = 55,8 cc</p>

		<p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3,6,10,11 dilanjutkan</p>
Minggu, 1 April 2019 16.45-16.55	2	<p>S : Ibu mengatakan klien kedua mengalami muntah 7 kali, dan mau memakan makanan yang disediakan dari rumah sakit 2 sendok dari porsi yang disediakan.</p> <p>O : 1. Saat dilakukan pengkajian badan klien kedua tampak lemas 2. Saat dilakukan pengkajian tampak makanan yang disediakan dari rumah sakit masih utuh 3. Mukosa bibir klien pertama tampak kering. 4. Berat badan sebelum sakit : 10 kg 5. Berat badan saat sakit : 9 kg</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,5 dilanjutkan</p>
Senin, 2 April 2019 11.30-11.45	1	<p>S : Ibu mengatakan bahwa klien kedua belum BAB sejak tadi pagi, dan sudah tidak muntah sejak tadi pagi.</p> <p>O : 1. Keadaan Umum : Baik 2. Mukosa bibir lembab 3. Pemeriksaan tanda-tanda vital N : 110 x/menit S : 36,4 °C RR : 24 x/menit 4. Cairan input Infus Kaen 3 B 900 cc/24 jam Minum air 1 gelas (240 ml) Obat oral 426 ml Injeksi 12,8 cc Jumlah : 1.578,8 ml Cairan output : BAK 3 kali (300 cc) IWL : 243 cc Jumlah : 543 ml Balance cairan Input-output 1.578,8 – 543 = 1.035,8 cc</p> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>

Senin, 2 April 2019 11.45-11.55	2	<p>S : Ibu mengatakan klien kedua sudah tidak muntah, dan klien memakan nasi tim dari porsi yang diberikan.</p> <p>O : 1. Saat dilakukan pengkajian badan klien kedua tidak lemas lagi. 2. Saat dilakukan pengkajian tampak makanan yang disediakan dari rumah sakit dimakan dan dihabiskan. 3. Mukosa bibir klien pertama tampak lembab 4. Berat badan sebelum sakit : 10 kg 5. Berat badan saat ini : 9,5 kg</p> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
------------------------------------	---	--
