

BAB 2

ANALISIS KASUS

Pada bab ini, akan dijabarkan mengenai kasus pasien kelolaan dari mulai pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas Pasien

Nama	: An.Z	Nama orang Tua	: Tn.A
Umur	: 3 tahun	Pendidikan	: SMK
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Pekerjaan	: Swasta
Agama	: Islam	Alamat	: Driyorejo
Pendidikan	: -		
MRS Tanggal	: 27 Oktober 2022	pk1	: 09:00 WIB
Yang merujuk	: IGD		
DX. Masuk	: GEA		
Tanggal pengkajian	: 28 oktober 2022	Jam:	08.00 WIB

2.1.2 Riwayat Kesehatan

A. Keluhan Utama

Ibu px mengatakan anaknya muntah sudah mulai berkurang jarang kadang hanya 1-2x namun untuk diare 3-5x cair dan demam.

B. Riwayat Penyakit Sekarang

An.Z berumur 3 tahun sebelum dibawa ke IGD ibu px mengatakan sehari sebelumnya anaknya diare cair 3-5x dan muntah 5x dan demam pada tanggal 26 oktober 2022, ibu px mengatakan anaknya jika diberi makan dan minum dimuntahkan, namun sehari sebelumnya anaknya bermain ditanah namun saat makan tangan dalam keadaan kotor dan tidak mencuci tangan dan makan jajan pedas. Ibu px sempat memberikan obat penurun panas yaitu paracetamol sirup namun demamnya tidak kunjung turun disertai mual muntah dan diare. Pada tanggal 27 oktober jam 09.00WIB Ibu membawa anaknya ke IGD RSUD Anwar Medika untuk mendapatkan pertolongan pertama. Sampai di IGD pasien dilakukan pengkajian dengan suhu 37,8°C, Nadi 125x/menit, Frekuensi nafas 20x/menit. Pasien dipasang infus D¹/₄NS, diberikan antrain injeksi 100mg, dan dilakukan pengecekan tes darah lengkap. Selanjutnya px dianjurkan untuk rawat inap di ruang lily dan pasien dipindahkan ke ruang lily pada tanggal 27 oktober 2022 jam 11.00WIB.

C. Riwayat Perkembangan Yang Lalu

1. Prenatal : ibu px mengatakan saat hamil An.Z tidak mengalami masalah pada kehamilannya.
2. Natal : ibu px mengatakan An.Z dilahirkan secara SC di RSUD Anwar Medika dan tidak ada komplikasi saat melahirkan.
3. Post Natal : An.Z dilahirkan dengan cukup bulan sesuai masa kehamilannya dengan BB: 3.00gram, TB: 50cm dan kondisi bayi sehat.
4. Imunisasi : ibu px mengatakan An.Z sudah mendapatkan imunisasi lengkap yaitu pasien melakukan imunisasi Hepatitis B (HB) 0 pada usia ≤ 7 hari, BCG, POLIO 1 pada usia 1 bulan, DPT/HB 1, POLIO 2 pada usia 2 bulan, DPT/HB 2, POLIO 3 pada usia 3 bulan, DPT/HB 3, POLIO 4 pada usia 4 bulan.
5. Pernahkah anaknya menderita penyakit seperti ini?

Ibu px mengatakan An.Z pernah mengalami penyakit seperti ini. Adapun upaya yang dilakukan yaitu memberikan obat penurun panas berupa paracetamol, jika tidak kunjung membaik ibu membawa An.Z ke Rumah sakit.

D. Riwayat Penyakit Keluarga

Ibu px mengatakan dikeluarganya tidak ada yang memiliki penyakit keturunan.

E. Genogram Keluarga



2.1.3 Kemampuan Fungsional

A. Pola persepsi kesehatan

Ibu px sangat khawatir terhadap keadaan anaknya

B. Pola Nutrisi- Metabolisme :

ASI : Tidak

Sejak kapan : - hari

Diit Khusus : Tidak Ada

Nafsu makan : ibu px mengatakan anaknya tidak nafsu makan

Masalah dgn makanan : Nafsu makan bubur, minum air putih dan susu berkurang.

Jumlah makanan yg dimakan : 2 sendok bubur dan minum air putih, susu sedikit.

Cairan intra vena : Cairan infus D $\frac{1}{4}$ NS

Intake Nutrisi : Pola makan

- Sebelum sakit : ibu px mengatakan anaknya sebelum sakit makan teratur 3x 1hari. 1 porsi habis 5 sendok untuk 1 porsi.
- Saat sakit : ibu px mengatakan anaknya saat sakit 1 porsi tidak habis, makan hanya 2 sendok bubur.

Intake Cairan : Pola minum

- Sebelum sakit : ibu px mengatakan saat sakit An.Z sering meminta minum air putih maupun susu
- Saat sakit : ibu px mengatakan saat sakit An.Z minum air putih dan susu tapi dengan paksaan ibunya.

C. Pola Eliminasi

a. Eliminasi Uri

Kebiasaan: ibu px mengatakan anaknya BAK 4-5x/hari

Masalah dengan berkemih: tidak ada masalah

b. Eliminasi Alvi

Kebiasaan: ibu px mengatakan anaknya sebelum sakit BAB 1x/hari, dan saat sakit 3-4x/hari dengan konsistensi cair.

D. Pola Aktifitas/latihan

PERNAFASAN

- Keluhan saat melakukan aktifitas : tidak ada
- Riwayat penyakit pernafasan : tidak ada riwayat penyakit pernafasan
- Riwayat penyakit paru dalam keluarga : tidak ada riwayat penyakit paru-paru

SIRKULASI

- Keluhan saat melakukan aktifitas : tidak ada
- Riwayat penyakit jantung : tidak ada riwayat penyakit jantung
- Riwayat penyakit Jantung dalam keluarga : tidak ada
- Obat-obatan yang dipakai : tidak ada

Masalah dalam aktifitas : ibu px mengatakan anaknya lemas.

E. Pola Tidur/istirahat

- Sebelum sakit: ibu px mengatakan anaknya selalu tidur siang dan tidur malam 7-8jam/hari, tidak rewel.
- Saat sakit : ibu px mengatakan anaknya menangis dan rewel. Saat malam hari anaknya sering terbangun.

F. Pola Kognitif-Perseptual

- Kemampuan panca indra:
 1. Penglihatan : Normal
 2. Pendengaran : Normal
 3. Penciuman : Normal
- Pemakaian alat bantu pendengaran & penglihatan : px tidak menggunakan alat bantu pendengaran & penglihatan.
- Perubahan memori : px tidak kehilangan perubahan memori selama sakit.

G. Persepsi Diri/Konsep Diri

Saat di Rumah Sakit px tampak lemas dan Pucat.

H. Pola Peran-Hubungan

Komunikasi (sesuai dgn usia/tdk) : sesuai

Bahasa sehari-hari : bahasa Abc

Hub. Dgn orang lain (teman sebaya, ortu, dll) : tidak ada masalah

-Dampak sakit terhadap diri : pasien tampak lemes

-Keinginan untuk mengubah diri : -

I. Seksualitas/Reproduksi

Px saat ganti popok dibantu orang tuanya.

J. Koping/Toleransi stress

Tidak ada masalah pada koping stress px.

K. Nilai/Kepercayaan

Mengambarkan sistem spiritual, nilai dan kepercayaan

- Agama ; Spiritualitas : islam
- Kegiatan keagamaan dan budaya : tidak ada
- Berbagi dengan orang lain : tidak ada

2.1.4 PEMERIKSAAN FISIK**A. Pemeriksaan umum**

TTV: Nadi:121x/menit RR: 20x/menit

Suhu: 37.5°C Tensi:-

BB : 14kg

TB : 85cm

LILA : 15cm

Status Gizi : Normal

B. Head To Toe

1. Kepala dan leher

- Rambut : Kondisi rambut bersih dan berwarna hitam.
- Mata : Konjungtiva merah muda, Sklera putih, Pupil isokor.
- Gigi dan mulut : Kondisi gigi dan mulut bersih
Tumbuh gigi usia 5bulan.
- Pembesaran kelenjar tiroid: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

2. Dada

Pernafasan:

- Frekwensi nafas : 20x/menit

- Kedalaman irama : reguler
- bunyi pernafasan : tidak ada bunyi nafas tambahan
- penggunaan otot Bantu nafas : tidak ada
- batuk : tidak ada.

Sirkulasi :

- Irama nadi : 125x/menit
- Warna kulit : sawo matang
- kelainan bunyi jantung : tidak terdapat kelainan bunyi jantung.

Abdomen :

- Inspeksi : tidak terdapat pembengkakan pada perut, tidak terdapat distensi, dan tidak terdapat kemerahan.
- Palpasi : tidak dapat nyeri tekan pada perut An.Z dan tidak terdapat massa.
- Perkusi : terdengar suara timpani pada daerah yang tidak ada cairan dan suara pekak pada daerah yang terdapat cairan.
- Auskultasi ; terdengar bising usus 28x/menit

Genitalia:

- Anus : Hemoroid tidak teraba, lecet / kemerahan pada anus, tidak terdapat varises

Ektremitas :

- Turgor kulit: terlihat kering
- Warna : warna kulit sawo matang
- Varises : tidak terdapat varises
- Oedem : tidak terdapat oedem pada tangan maupun kaki An.Z
- Reflek lutut : Reflek Normal

5	5
5	5

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 2.1 Hasil Laboratorium An.Z pada tanggal 27 Oktober 2022 Jam 09.00WIB

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	14,94 (H)	$10^3/\mu\text{L}$	4,0-12,0
Hitung Jenis Leukosit:			
Eosinofil #	0,07	$10^3/\mu\text{L}$	0,02-0,80
Eusinofil %	0,40 (L)	%	0,5-5,0
Basofil #	0,00	$10^3/\mu\text{L}$	0,00-0,10
Basofil %	0,0	%	0,0-0,10
Neutrofil #	8,86 (H)	$10^3/\mu\text{L}$	2,00-8,00
Neutrofil %	59,30	%	50,0-70,0
Limfosit #	5,37	$10^3/\mu\text{L}$	0,80-7,00
Limfosit %	36,00	%	20,0-60,0
Monosit #	0,64	$10^3/\mu\text{L}$	0,12-1,20
Monosit %	4,30	%	3,0-12,0
Hemoglobin	12,40 (L)	g/dL	13-17
Hematokrit	35,30	%	35,0-49,0
Eritrosit	4,77	$10^6/\mu\text{L}$	3,50-5,20
Indeks Eritrosit:			
MCV	74,1	fmol/cell	74-102
MCH	26,0	pg	23-31
MCHC	35,2 (H)	g/Dl	28-32
RDW CV	12,8	%	11,0-16,0
RDW SD	36,6	Fl	35,0-56,0
Trombosit:	561,00 (H)	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
Indeks Trombosit:			
MPV	7,4	Fl	6,5-12,0
PDW	15,3	%	15-17
PCT	0,413 (L)	$10^3/\mu\text{L}$	1,08-2,82
P-LCC	58,0	$10^3/\mu\text{L}$	30-90
P-LCR	10,3 (L)	%	11,0-45,0
KIMIA KLINIK			
<i>Elektrolit & Gas Darah</i>			
Natrium (Na)	142,4	mEq/L	135-147
Kalium (K)	4,10	mmol/L	3,0-5,0
Chlorida (Cl)	108,5 (H)	mEq/L	95-105
IMUNOLOGI			
Ns. I	Negatif		Negatif

2.1.6 Terapi Obat

Nama obat	Dosis	Cara masuk	Indikasi
Inj. Ranitidin	2x ½amp	intravena	Untuk mengatasi tungkai lambung
Inj. cinam	4x250mg	intravena	Untuk mengatasi infeksi bakteri
Cairan infus D¼NS	750cc/24jam	Intravena	



2.1.7 ANALISA DATA

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ibu px mengatakan anaknya diare cair 3-5x/hari. -Ibu px mengatakan anaknya muntah sudah berkurang kadang hanya 1-2x. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Px tampak lemas dan pucat. -Mukosa bibir kering. -Px tampak rewel. -BB sebelum sakit: 14kg -BB saat sakit 13kg 	<p>Infeksi (Virus, Bakteri, dan parasit).</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Berkembang diusus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peningkatan sekresi cairan dan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Isi usus meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gastroenteritis akut</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Asam lambung meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lambung turut meradang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Distensi abdomen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mual muntah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit nutrisi</p>	Defisit nutrisi.

2.1.8 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien d.d diare dan mual muntah.



2.1.9 RENCANA KEPERAWATAN

No	Tanggal	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana	TTD
1.	28-10-2022	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, klien diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil dan kondisi klien berangsur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. porsi makanan yang meningkat 2. verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 3. pengetahuan tentang pilihan makanan dan minuman yang sehat 4. meningkatnya pengetahuan tentang standart asupan nutrisi yang tepat 5. penyiapan dan penyimpanan makanan yang tepat 6. penyiapan dan penyimpanan minuman yang tepat 7. sikap terhadap makanan/ minuman sesuai dengan tujuan kesehatan 8. menurunnya perasaan cepat kenyang 	<p>Intervensi utama I.03119 Manajemen Nutrisi Definisi : mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi status nutrisi 2. identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. identifikasi makanan yang disukai 4. identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. monitor asupan makanan 7. monitor berat badan 8. monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. berikan suplemen makanan, jika perlu 7. hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi. 	

		<p>9. menurunnya nyeri pada abdomen</p> <p>10. diare menurun</p> <p>11. berat badan / IMT membaik</p> <p>12. frekuensi makan membaik</p> <p>13. nafsu makan membaik</p> <p>14. bising usus membaik</p> <p>15. tebal lipatan kulit trisep membaik</p> <p>16. membran mukosa membaik</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. anjurkan posisi duduk, jika mampu. 2. ajarkan diet yang diprogramkan. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pada nyeri, antiemetik), jika perlu 2. kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. 	
28-10-2022	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, klien diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil dan kondisi klien berangsur membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Kriteria hasil : L03018</p> <p>Berat badan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan membaik/naik. 2. Tebal lipatan kulit membaik. 	<p>Intervensi tambahan I.03101</p> <p>Manajemen diare definisi : mengidentifikasi dan mengelola diare dan dampaknya.</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare. 2. Identifikasi riwayat pemberian makan. 3. Identifikasi gejala invaginasi. 4. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. 5. Monitor tanda dan gejala hypovolemia. 		

		<p>3. Indeks massa tubuh membaik.</p>	<p>6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal. 7. Monitor jumlah pengeluaran diare. 8. Monitor keamanan penyimpanan makanan.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Berikan asupan cairan oral.2. Pasang jalur intravena.3. Berikan cairan intravena.4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektolit.5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap.2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa.3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik.2. Kolaborasi pemberian obat penguas feses.	
--	--	---------------------------------------	--	--

2.1.10 IMPLEMENTASI

Tanggal/jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
<p>28-10-2022 09.00WIB</p>	<p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi alergi dan intoleransi makanan R/ : ibu px mengatakan anaknya tidak alergi pada makanan apapun Identifikasi makanan yang disukai R/ : ibu px mengatakan anaknya suka sayur. monitor berat badan R/ : ibu px mengatakan sebelum sakit 14kg, saat sakit 13kg berikan suplemen makanan, jika perlu R/ : perawat memberikan madu untuk terapi yaitu 5 cc yang ditambahkan pada air hangat 10 cc diberikan 3 kali (pagi, siang, dan malam). kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. R/ : px diberikan bubur dan susu. <p>Manajemen Diare</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab diare. R/ : ibu px mengatakan anaknya diare karena selesai bermain langsung makan jajan tanpa mencuci tangan. Identifikasi riwayat pemberian makan. R/ : ibu px mengatakan anaknya selalu diberikan sayur-sayuran saat makan. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. R/ : ibu px mengatakan anaknya BAB cair 3-5x/hari, dengan berupa lendir berwarna putih cair dan berfrekuensi agak banyak. Monitor tanda dan gejala hypovolemia. R/ : saat dilakukan pengkajian px tampak lemah, turgor kulit turun, mukosa bibir kering. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal. 	

	<p>R/ : ibu px mengatakan adanya luka lecet kemerahan dibagian selangkangan anaknya.</p> <p>6. Berikan asupan cairan oral.</p> <p>R/ : perawat memberikan madu untuk terapi yaitu 5 cc yang ditambahkan pada air hangat 10 cc diberikan 3 kali (pagi, siang, dan malam).</p> <p>7. Berikan cairan intravena.</p> <p>R/ : perawat memberikan cairan infus cairan infus D¹/₄NS 750cc/24jam.</p> <p>8. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap.</p> <p>R/ : ibu px mengatakan selalu memberikan makan kepada anaknya walaupun sedikit-sedikit tapi sering.</p> <p>9. Kolaborasi pemberian obat antibiotik</p> <p>R/ : perawat memberikan obat injeksi cinam 4x250mg.</p> <p>10. Kolaborasi pemberian obat mual muntah.</p> <p>R/ : perawat memberikan obat injeksi ranitidine 2x ½amp.</p> <p>11. kolaborasi dengan tim herbal</p>	
<p>29-10-2022 10.00WIB</p>	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>1. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan.</p> <p>R/ : ibu px mengatakan anaknya tidak alergi pada makanan apapun</p> <p>2. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>R/ : ibu px mengatakan anaknya suka sayur.</p> <p>3. monitor berat badan</p> <p>R/ : ibu px mengatakan sebelum sakit 14kg, saat sakit 13kg. Ibu px mengatakan bahwa berat badan anaknya mulai nambah sedikit.</p> <p>4. berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>R/ : perawat memberikan madu untuk terapi yaitu 5 cc yang ditambahkan pada air hangat 10 cc diberikan 3 kali (pagi, siang, dan malam).</p> <p>5. kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.</p> <p>R/ : px diberikan bubur dan susu.</p>	

Manajemen Diare

1. Identifikasi penyebab diare.

R/ : ibu px mengatakan anaknya diare karena selesai bermain langsung makan jajan tanpa mencuci tangan.

2. Identifikasi riwayat pemberian makan.

R/ : ibu px mengatakan anaknya selalu diberikan sayur-sayuran saat makan.

3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja.

R/ : ibu px mengatakan anaknya BAB cair sedikit ampas dan sudah mulai berkurang 2-3x/hari, dengan berupa lendir berwarna putih cair sedikit ampas dan berfrekuensi sedikit.

4. Monitor tanda dan gejala hypovolemia.

R/ : saat dilakukan pengkajian px tampak lemah, turgor kulit turun, mukosa bibir kering, mual muntah jarang.

5. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal.

R/ : ibu px mengatakan adanya luka lecet kemerahan dibagian selangkangan anaknya sudah mulai berkurang.

6. Berikan asupan cairan oral.

R/ : perawat memberikan madu untuk terapi yaitu 5 cc yang ditambahkan pada air hangat 10 cc diberikan 3 kali (pagi, siang, dan malam).

7. Berikan cairan intravena.

R/ : perawat memberikan cairan infus cairan infus D¹/₄NS 750cc/24jam.

8. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap.

R/ : ibu px mengatakan selalu memberikan makan kepada anaknya walaupun sedikit-sedikit tapi sering. Makan habis 4 sendok / ¹/₂porsi.

9. Kolaborasi pemberian obat antibiotik

R/ : perawat memberikan obat injeksi cinam 4x250mg.

10. Kolaborasi pemberian obat mual muntah.

R/ : perawat memberikan obat injeksi ranitidine 2x ¹/₂amp

11. Kolaborasi dengan tim herbal

30-10-2022
09.00WIB

Manajemen Nutrisi

1. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan.

R/ : ibu px mengatakan anaknya tidak alergi pada makanan apapun

2. Identifikasi makanan yang disukai

R/ : ibu px mengatakan anaknya suka sayur.

3. monitor berat badan

R/ : ibu px mengatakan sebelum sakit 14kg, saat sakit 13kg. Ibu px mengatakan berat badan anaknya naik menjadi 14,50kg.

4. berikan suplemen makanan, jika perlu

R/ : perawat memberikan madu untuk terapi yaitu 5 cc yang ditambahkan pada air hangat 10 cc diberikan 3 kali (pagi, siang, dan malam).

5. kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

R/ : px diberikan bubur dan susu.

Manajemen Diare

1. Identifikasi penyebab diare.

R/ : ibu px mengatakan anaknya diare karena selesai bermain langsung makan jajan tanpa mencuci tangan.

2. Identifikasi riwayat pemberian makan.

R/ : ibu px mengatakan anaknya selalu diberikan sayur-sayuran saat makan.

3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja.

R/ : ibu px mengatakan anaknya BAB ampas dan diare sudah mulai berkurang 1-2x/hari, dengan berupa BAB ampas sedikit lendir berwarna putih cair, berfrekuensi sedikit.

4. Monitor tanda dan gejala hypovolemia.

R/ : saat dilakukan pengkajian px mulai tampak segar, turgor kulit elastis, mukosa bibir sedikit lembab, sudah tidak mual muntah.

5. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal.

R/ : ibu px mengatakan adanya luka lecet kemerahan dibagian selangkangan anaknya berkurang.



6. Berikan asupan cairan oral.

R/ : perawat memberikan madu untuk terapi yaitu 5 cc yang ditambahkan pada air hangat 10 cc diberikan 3 kali (pagi, siang, dan malam).

7. Berikan cairan intravena.

R/ : perawat memberikan cairan infus cairan infus D¹/₄NS 750cc/24jam.

8. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap.

R/ : ibu px mengatakan selalu memberikan makan kepada anaknya walaupun sedikit-sedikit tapi sering. Makan habis 5 sendok / ³/₄porsi.

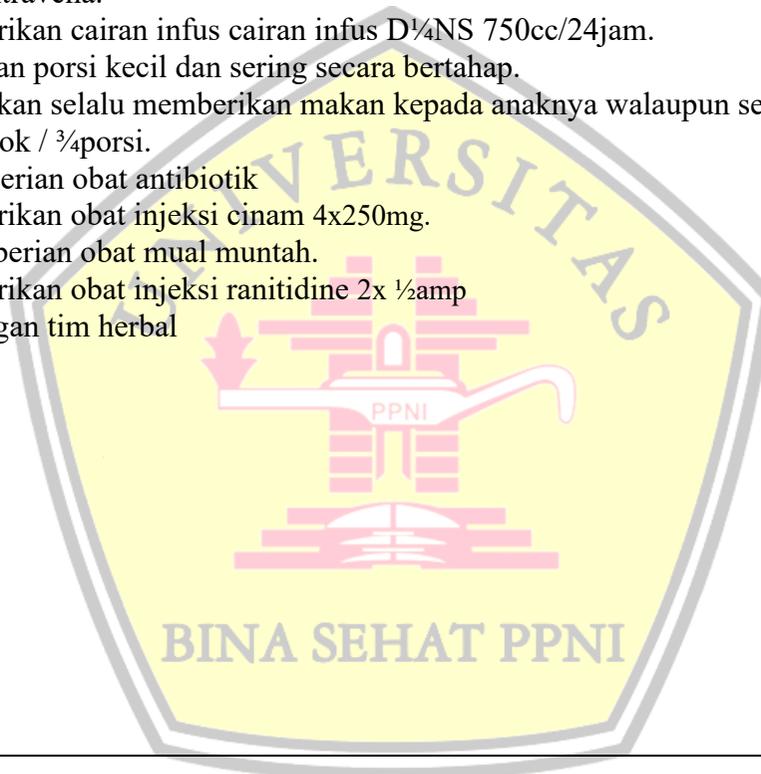
9. Kolaborasi pemberian obat antibiotik

R/ : perawat memberikan obat injeksi cinam 4x250mg.

10. Kolaborasi pemberian obat mual muntah.

R/ : perawat memberikan obat injeksi ranitidine 2x ¹/₂amp

11. Kolaborasi dengan tim herbal



2.1.11 Evaluasi

Tanggal/jam	SOAP	Paraf
<p>28-10-2022 09.00WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ibu px mengatakan anaknya mual muntah tapi sudah jarang hanya 1-2x - ibu px mengatakan anaknya BAB cair 3-5x/hari, dengan berupa lendir berwarna putih cair dan berfrekuensi agak banyak. - ibu px mengatakan anaknya saat sakit 1 porsi tidak habis, makan hanya 2 sendok bubur / ¼ porsi. - ibu px mengatakan sebelum sakit 14kg, saat sakit 13kg <p>O: Ku: px tampak lemas</p> <p>TTV:</p> <p>TD:- S:37,5°C</p> <p>N: 121x/menit RR: 21x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> -px tampak mukosa bibir kering. -px tampak rewel. -px tampak lemas dan pucat. <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor berat badan - Berikan terapi madu untuk mengurangi diare dan mengatasi nutrisi - Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja 	<p>Paraf</p> 

29-10-2022
10.00WIB

S:

- ibu px mengatakan anaknya BAB cair sedikit ampas dan sudah mulai berkurang 2-3x/hari, dengan berupa lendir berwarna putih cair sedikit ampas dan berfrekuensi sedikit.
- ibu px mengatakan anaknya saat sakit 1 porsi tidak habis, makan hanya 4 sendok bubur / ½ porsi.
- ibu px mengatakan anaknya sudah jarang mual muntah.
- ibu px mengatakan sebelum sakit 14kg, saat sakit 13kg. Ibu px mengatakan bahwa berat badan anaknya mulai nambah sedikit

O: KU: px tampak lemas

TTV:

TD:-

S:37,0°C

N: 121x/menit

RR: 21x/menit

-px tampak mukosa bibir sedikit lembab.

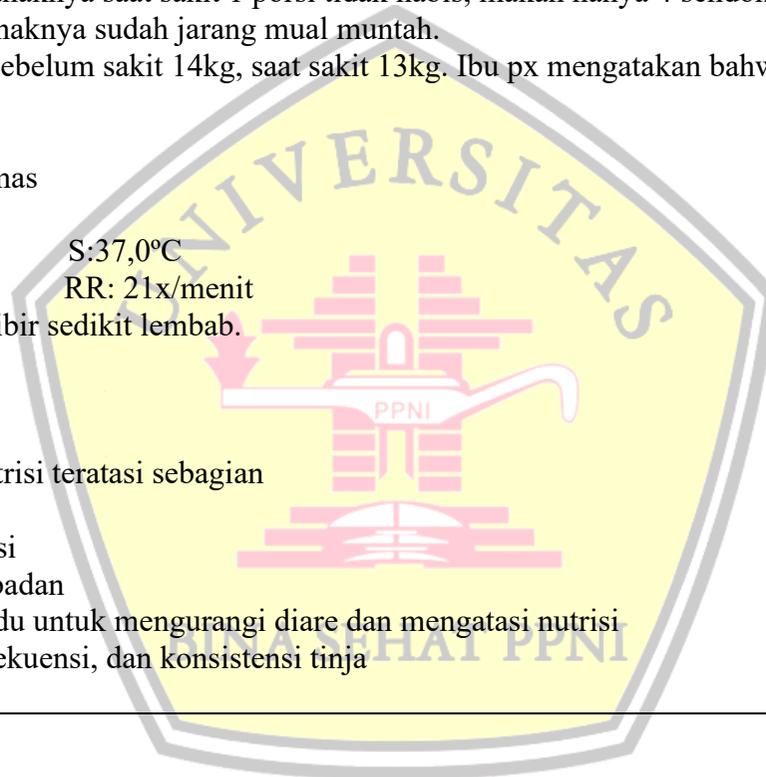
-px tampak rewel.

-px tampak lemas.

A: Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

P: Lanjutkan intervensi

- Memonitor berat badan
- Berikan terapi madu untuk mengurangi diare dan mengatasi nutrisi
- Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja



30-10-2022
09.00WIB

S:
- ibu px mengatakan anaknya saat sakit 1 porsi tidak habis, makan hanya 5 sendok bubur / $\frac{3}{4}$ porsi.
- ibu px mengatakan anaknya BAB ampas dan diare sudah mulai berkurang 1-2x/hari, dengan berupa BAB ampas sedikit lendir berwarna putih cair, berfrekuensi sedikit.
-ibu px mengatakan anaknya sudah tidak mual muntah.
- ibu px mengatakan sebelum sakit 14kg, saat sakit 13kg. Ibu px mengatakan berat badan anaknya naik menjadi 14,50kg.

O: KU: cukup

TTV:

TD:-

S:36,5°C

N: 120x/menit

RR: 21x/menit

-px mulai tampak segar

-turgor kulit elastis

-mukosa bibir sedikit lembab

A: Masalah defisit nutrisi teratasi

P: Intervensi dihentikan

