

## BAB III

### LAPORAN STUDI KASUS

#### A. Pengkajian Dasar

##### 1. Identitas Klien

Nama Inisial Klien	: An. A
Nomor Rekam Medis	: 249892
Tanggal Masuk RS	: 08 Maret 2021
Tanggal Pengkajian	: 08 Maret 2021
Umur	: 21 bulan
Alamat	: Negeri Agung, Way Kanan
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: Belum Sekolah

##### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama Inisial Klien	: Ny. S
Hubungan dengan Klien	: Ibu Kandung
Umur	: 33 Tahun
Alamat	: Negeri Agung, Way Kanan
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Petani

3. Diagnosa Medis : Gastroenteritis Akut

#### 4. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke IGD pada tanggal 08 Maret 2021 pukul 10.00 WIB diantar oleh keluarga dengan keluhan ibu mengatakan anak muntah muntah sudah tiga hari yang lalu, muntah setiap kali makan minum, hari ini sudah muntah 10x, bab cair 3x, dan tidak nafsu makan. Setelah di observasi di IGD, pasien di bawa keruangan Edelweis.

#### 5. Keluhan Utama saat Pengkajian

Saat di lakukan pengkajian Ibu mengatakan anaknya muntah dan mencret, muntah 10x (kurang lebih 450cc) dan buang air besar 3x sehari dengan konsistensi cair (kurang lebih 300cc),

Keluhan penyerta: Klien bergerak lemah, aktivitas menurun muntah dan diare sudah tiga hari yang lalu, nadi teraba lemah, anak mencari cari ASI ibunya karna kehausan, klien tampak lemas, warna kulit pucat, membrane mukosa kering, turgor kulit menurun, muntah setiap kali makan dan minum dan tidak nafsu makan.

#### 6. Riwayat Penyakit Lalu

Klien belum pernah di rawat di RS sebelumnya

#### 7. Penampilan Umum

Saat dilakukan pengkajian kesadaran klien compos mentis (E4V5M6).

Tekanan Darah : Tidak diukur

Nadi : 120x/menit

Pernapasan : 42x/menit

Suhu : 36,4°C

BB : 10 kg

#### 8. Pengkajian Respirasi

Saat dilakukan pengkajian klien tidak sesak nafas, pernapasan 42x/menit, klien tidak batuk, tidak ada suara nafas tambahan, klien tidak menggunakan alat bantu pernapasan.

#### 9. Pengkajian Sirkulasi

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil, nadi 120x/menit, pemeriksaan di nadi radialis dengan kualitas nadi lemah dan cepat, pengisian kapiler 1 detik dan tidak ada edema.

#### 10. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil BB 10 Kg terjadi penurunan berat badan kurang lebih 1 kg, klien masih meminum ASI ibunya, muntah setiap makan dan minum, muntah 10x ((1cc x 10kg)x10kali = 100cc ) terpasang infus RL mikro 14 tpm, dalam 4 jam total cairan infus = 500 cc/hari, air metabolisme = 8cc x 10 kg = 80cc/hari, jumlah intake cairan = 580cc.

#### 11. Pengkajian Eliminasi

**BAB** : BAB tiga kali sehari, konsistensi cair ((1cc x 10kg) x 3kali = 30cc), dengan warna kolera dan terdapat kemarahan pada kulit anus klien

**BAK** : klien menggunakan alat bantu pempes di ganti 3x dalam sehari tetapi 2 kali basah karena urin, (85cc x 2 = 170cc)

Balance cairan, intake 500cc (cairan intra vena) + 80cc (air metabolisme) jumlah = 580, output 100cc(muntah)+30cc(bab cair)+170cc(bak) = 300cc, IWL = (30-1) x 10kg = 290cc

$$\text{Total intake} - (\text{output} + \text{IWL}) = 580 - (300 + 290) = -10\text{cc}$$

#### 12. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Saat dilakukan pengkajian klien tampak lemah dan lemas, dan segala aktivitas masih di bantu dengan keluarga

#### 13. Pengkajian Neurosensori

Saat dilakukan pengkajian system neurologi menunjukkan hasil pemeriksaan GCS = 15 ( E4 V5 M6), aktivitas klien dibantu keluarga.

#### 14. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Pada saat pengkajian pasien menangis dan mencari ASI ibunya karena kehausan.

#### 15. Pengkajian Tumbuh Kembang

Fisik klien tidak terganggu, klien tidak mengalami prematuritas, dan klien tidak mengalami kelainan genetic/kongenetal. Saat ini usia klien 21 bulan.

BB klien : 10 kg

Tinggi klien : 90,50 cm

Lingkar kepala : 48 cm

Menurut TB-BB normal anak laki-laki usia 21 bulan dengan tinggi 90,50 cm normal nya memiliki berat badan 11,00 kg – 15,10 kg

Status gizi klien : kurus

Tahapan perkembangan klien dapat :

Berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik, menggelindingkan bola kearah sasaran, menunjukan apa yang diingkan tanpa menangis.

Dan komunikasi yang digunakan yaitu pada tahap usia bayi/infancy,

dengan ciri lainnya adalah stranger anxiety, dengan menggunakan orang tua sebagai fasilitator ataupun orang ketiga.

#### 16. Pengkajian Psikologi

Klien menangis, kontak mata bagus saat di panggil, dan tidak meringis.

#### 17. Pengkajian Kebersihan Diri

Klien selama di rawat tidak mandi hanya dilap dengan air hangat pagi dan sore dibantu oleh keluarga.

#### 18. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Saat dilakukan pengkajian integritas kulit klien teraba hangat, membran mukosa kering.

#### 19. Pengobatan

Tabel 3.1

Pemberian Obat terhadap An.A di ruang edelweiss RSUD Handayani  
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 08-09 Maret 2021

08 maret 2021	09 maret 2021
<b>1</b>	<b>2</b>
1. Infus ringer laktat 14 tpm melalui IV	1. Infus ringer laktat 14 tpm melalui IV
2. Ondancetron 2 x 1 mg melalui IV	2. Ondancetron 2 x 1 mg melalui IV
3. Paracetamol 250 gr jika demam melalui IV	3. Paracetamol 2 x 250 gr melalui IV

## 20. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2

Hasil pemeriksaan laboratorium dengan kasus hipovolemi dengan  
GEA An.A di ruang edelweiss RSUD Handayani  
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 08 Maret 2021

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	WBC (Leukosit)	11,75 x 10 <sup>3</sup> /uL	4.00-12.00
2	RBC(Eritrosit)	4,28 x 10 <sup>6</sup> /uL	3.50-5.20
3	HGB (Hemoglobin)	13,9 g/dL	12.0-16.0
4	PLT (Trombosit)	400 x 10 <sup>9</sup> /uL	150-450

Tabel 3.3

Hasil pemeriksaan laboratorium dengan kasus hipovolemi dengan GEA  
pada An.A di ruang edelweiss RSUD HANDAYANI Kotabumi  
Lampung Utara Tanggal 09 Maret 2021

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	WBC (Leukosit)	10,50 x 10 <sup>3</sup> /uL	4.00-12.00
2	RBC(Eritrosit)	4,20 x 10 <sup>6</sup> /uL	3.50-5.20
3	HGB (Hemoglobin)	14,5 g/dL	12.0-16.0
4	PLT (Trombosit)	420 x 10 <sup>9</sup> /uL	150-450

## 21. Analisa data

Tabel 3.4

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	DS : 1 klien lemah untuk bergerak 2 klien mencari cari asi ibunya karena kehausan DO : 3 turgor kulit menurun 4 nadi terasa lemah 5 membrane mukosa kering	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemi
2	DS : 1. klien muntah saat makan dan minum 2. klien tidak nafsu makan DO : 3. terjadi penurunan BB 1kg 4. diare	Kurangnya asupan makanan	Defisit Nutrisi
3	DS : - DO : 1. gelisah 2. Tampak rewel menangis	Gejala penyakit	Gangguan Rasa Nyaman

**B. Diagnosa Keperawatan**

Dari data diatas ditegakkan 3 diagnosa keperawatan berdasarkan skala prioritas yaitu:

1. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan klien bergerak lemah, klien mencari ASI ibu nya karena kehausan, turgor kulit menurun, nadi terasa lemah, membran mukosa kering.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengankurang nya asupan makanan ditandai dengan muntah saat makan dan minum, nafsu makan menurun, terjadi penurunan BB 1 kg, diare .
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan gelisah, tampak rewel menangis



### C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5  
Rencana Keperawatan dengan Hipovolemia pada kasus GEA terhadap An.A di Ruang Edelweiss RSUD Handayani  
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 08-09 Maret 2021

Diagnose Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	SLKI	SIKI
1	2	3
<p>Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan</p> <p>DS : Klien lemah, klien mencari asi ibu nya,</p> <p>DO : Turgor kulit menurun, nadi terasa lemah, membran mukosa kering.</p>	<p><b>Status Cairan (L.03028)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 2x24 jam di harapkan klien mencapai kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kekuatan nadi meningkat</li> <li>Membrane mukosa lembab</li> <li>Turgor kulit membaik</li> <li>Perasaan lemah menurun</li> <li>Rasa haus menurun</li> <li>Intake cairan seimbang</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</b></p> <p>Obsevasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor TTV</li> <li>Monitor turgor kulit</li> <li>Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <p>Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi :</p> <p>Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi pemberian cairan isotonis (mis. NaCL, RL)</p>

1	2	3
<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan DS : Muntah saat makan dan minum, nafsu makan menurun, DO: Terjadi penurunan BB 1 kg, diare</p>	<p><b>Status Nutrisi (L.03030)</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 2x24 jam di harapkan klien mencapai kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Porsi makan yang dihabiskan</li> <li>b. Berat badan membaik</li> <li>c. Nafsu makan membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen nutrisi (I.03119)</b> Observasi : a. Monitor berat badan b. Monitor asupan makanan Terapeutik : c. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai d. Berikan makanan tinggi serat  Edukasi : Anjurkan posisi duduk  Kolaborasi : Kolaborasi pemberian ondancetron 1mg melalui iv</p>
<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan DS : - DO : Gelisah, tampak rewel menangis</p>	<p><b>Status kenyamanan (L.08064)</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 2x24jam diharapkan klien mencapai kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gelisah menurun</li> <li>b. Rewel atau menangis menurun</li> </ul>	<p><b>Terapi Relaksasi (I.09326)</b> Obsevasi : Periksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu Terapeutik a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa ada gangguan b. Gunakan pakaian longgar</p>


1	2	3
		c. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Edukasi : Anjurkan mengambil posisi nyaman


## D. Catatan Perkembangan


Tabel 3.6  
 Catatan Perkembangan dengan hipovolemia pada kasus GEA terhadap An. A  
 di ruang edelweiss RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara

Tanggal : 08 Maret 2021 (Perawatan Hari 1)

No	No.Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	1	Tanggal 08-03-2021  Pukul 14.30 WIB a. Memonitor TTV b. Memonitor infus RL klien   Pukul 17.30 WIB c. Memonitor turgor kulit d. Memberikan cairan oral	Tanggal 08-03-2021  Pukul 14.35 WIB S : O: a. Tekanan Darah : - b. Nadi : 120x/menit c. Pernapasan : 42x/menit d. Suhu : 36,4°C e. Kekuatan nadi lemah  Pukul 17.30 WIB S : f. Klien bergerak lemah g. Klien mencari cari ASI bunya karena kehausan O : h. Turgor kulit tidak elastic i. Membrane mukosa kering

1	2	3	4
		Pukul 20.30 WIB e. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral f. Menghitung intake dan output cairan	Pukul 20.35 WIB S : a. Klien muntah 10 kali kurang lebih kurang lebih 100cc b. Klien BAB 3x dengan konsistensi cair kurang lebih 30cc c. Klien BAK 2x kurang lebih 170cc  O : d. Balance cairan, intake 500cc (cairan intra vena) + 80cc (air metabolisme) jumlah = 580 e. output 100cc(muntah)+30cc(bab cair)+170cc(bak) = 300cc, f. IWL = (30-1) x 10kg = 290cc Total : intake – (output + IWL) = 580 - (300+290) = -10cc A : Masalah Belum Teratasi  P : Lanjutkan intervensi a. Monitor TTV b. Kolaborasi pemberian cairan isotonis c. Monitor turgor kulit d. Berikan cairan oral e. Menghitung intake dan output cairan  <p style="text-align: center;"><b>Perawat</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>M. Farkhan N. M.</b></p>
2	2	Tanggal 08-03-2021 Pukul : 14.30 WIB a. Memonitor berat badan b. Memonitor asupan makan	Tanggal 08-03-2021 Pukul 14.45 S : a. klien tidak nafsu makan

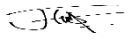

1	2	3	4
		<p>Pukul : 17.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>d. Pemberian ondancentron 1mg melalui iv</li> </ul> <p>Pukul 20.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>e. Menganjurkan posisi duduk</li> <li>f. Memberikan makanan tinggi serat</li> </ul>	<p>O : BB: 10kg terdapat penurunan BB 1kg</p> <p>Pukul 17.45</p> <p>S : klien muntah saat makan dan minum diare</p> <p>A : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor berat badan</li> <li>b. Monitor asupan makanan</li> <li>c. Kolaborasi pemberian ondancentron 1mg melalui iv</li> <li>d. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>e. Anjurkan posisi duduk</li> <li>f. Berikan makanan tinggi serat</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Perawat</b></p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;"><b>M. Farkhan N. M.</b></p>
3	3	<p>Tanggal 08-03-2021</p> <p>Pukul : 14.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu</li> <li>b. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa ada gangguan</li> <li>c. Menggunakan pakaian longgar</li> </ul>	<p>Tanggal 08-03-2021</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <p>Pukul 14.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gelisah</li> <li>b. Rewel dan menangis</li> <li>c. Tekanan Darah : Tidak ada</li> <li>d. Nadi : 120x/menit</li> <li>e. Pernapasan : 42x/menit</li> </ul>


1	2	3	4
		<p>Pukul : 17.30 WIB Menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>Pukul : 20.30 WIB Anjurkan mengambil posisi nyaman</p>	<p>f. Suhu : 36,4°C</p> <p>A : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa ada gangguan</li> <li>b. Gunakan pakaian longgar</li> <li>c. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>d. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Perawat</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>M. Farkhan N. M.</b></p>

Perawatan hari kedua (09 maret 2021)

No	No.dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	1	<p>Tanggal 09-03-2021</p> <p>Pukul 14.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor TTV</li> <li>b. Memonitor infus RL klien</li> </ul> <p>Pukul 17.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Memonitor turgor kulit</li> <li>d. Memberikan cairan oral</li> </ul> <p>Pukul 20.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>e. Menghitung intake dan output cairan</li> </ul>	<p>Tanggal 08-03-2021</p> <p>Pukul 14.35 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien sudah tidak bergerak lemah</li> <li>b. Klien dapat minum melalui oral (ASI) kurang lebih 130cc</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. kesadaran klien compos mentis (E4V5M6).</li> <li>d. Tekanan Darah : -</li> <li>e. Nadi : 110x/menit</li> <li>f. Pernapasan : 40x/menit</li> <li>g. Suhu : 36,8°C</li> <li>h. Kekuatan nadi teraba normal</li> </ul> <p>Pukul 17.30 WIB</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Turgor kulit elastis</li> <li>j. Membrane mukosa lembab</li> </ul> <p>Pukul 20.35 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>k. Klien sudah tidak muntah muntah</li> <li>l. Bab 1x konsistensi setengah padat</li> <li>m. Klien BAK 2x kurang lebih 180cc</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n. Balance cairan, intake 500cc (cairan intra vena) + 80cc (air metabolisme)+ 130cc (minum oral) jumlah = 710</li> </ul>



1	2	3	4
			<p>o. Output 180cc(bak) = 180cc  p. IWL = (30-1) x 11kg = 319cc  Total :intake – (output+IWL) = 710 - (180+319) = 211cc</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi  Menyarankan kepada ibu agar klien di jaga kebersihan makanan dan lingkungan nya</p> <p style="text-align: center;"><b>Perawat</b>    <b>M. Farkhan Nur Mahdi</b></p>
2	2	<p>Tanggal 09-03-2021  Pukul : 14.30 WIB</p> <p>a. Memonitor berat badan  b. Memonitor asupan makan</p> <p>Pukul : 17.30 WIB</p> <p>c. Menyajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai  d. Pemberian ondancentron 1mg melalui iv</p> <p>Pukul 20.30 WIB</p> <p>e. Menganjurkan posisi duduk  f. Memberikan makanan tinggi serat</p>	<p>Tanggal 09-03-2021  Pukul 14.45</p> <p>S :</p> <p>a. Klien sudah ada nafsu makan  b. Klien tidak diare</p> <p>O :</p> <p>BB: 11kg</p> <p>Pukul 17.45  Orang tua klien mengatakan klien tidak muntah saat makan dan minum</p> <p>A : Masalah teratasi  P : Hentikan intervensi  Menyarankan kepada ibu untuk memberikan nutrisi yang cukup kepada anak nya</p> <p style="text-align: center;"><b>Perawat</b>    <b>M. Farkhan Nur Mahdi</b></p>

1	2	3	4
3	3	<p>Tanggal 08-03-2021 Pukul : 14.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu</li> <li>b. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa ada gangguan</li> <li>c. Menggunakan pakaian longgar</li> </ol> <p>Pukul : 17.30 WIB Menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>Pukul : 20.30 WIB Anjurkan mengambil posisi nyaman</p>	<p>Tanggal 08-03-2021 Pukul 14.50 WIB</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak gelisah</li> <li>b. Tidak Rewel dan menangis</li> <li>c. Tekanan Darah : -</li> <li>d. Nadi : 110x/menit</li> <li>e. Pernapasan : 40x/menit</li> <li>f. Suhu : 36,8°C</li> </ol> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi Menyarankan kepada ibu agar dapat menciptakan lingkungan yang tenang saat anak sakit dan berbicara menggunakan bahasa dengan irama lembut dan berirama</p> <p style="text-align: center;"><b>Perawat</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>M. Farkhan N. M.</b></p>