

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Hari/Tanggal : 21 -10- 2024

Oleh : Ariana Marantika

Jam : 08.20 wib

Sumber data : E-RM, wawancara

1. Identitas Pasien

Pasien anak A, perempuan berusia 5 tahun lahir tanggal 27 September 2019, pasien beragama Islam dan bersuku Jawa, alamat rumah pasien adalah Sendang Sari, pasien di diagnosa medis diare cair akut dengan nomor RM 7454xx.

2. Penanggung Jawab

Penanggung jawab pasien adalah bapak T berusia 42 tahun, beragama Islam, alamat Pengasih, hubungan dengan pasien adalah ayah kandung pasien. Bapak T bekerja sebagai wiraswasta dengan pendidikan terakhir SMA.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan utama

Ibu pasien mengatakan anaknya nangis minta pulang, setiap dilakukan tindakan nangis, anak juga rewel, susah makan dan sulit tidur. Anak diare $\geq 4x$ sehari.

2) Lama Keluhan

Pasien menangis dan rewel sudah sejak masuk ke rumah sakit dan dirawat.

3) Faktor pencetus

Ibu pasien mengatakan anaknya nangis terus karena tidak betah, dan merasa asing dengan tempat baru serta merasa takut.

4) Pengobatan yang telah diperoleh

Sebelumnya pasien sudah diberikan makanan, diajak menonton video oleh kakaknya, namun anak tetap rewel, takut, dan meminta pulang.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Pasien memiliki riwayat kesehatan yang baik, untuk riwayat kecelakaan juga tidak ada, untuk riwayat operasi juga belum pernah, pasien juga tidak ada alergi obat atau makanan, untuk secara keseluruhan, riwayat kesehatan pasien menunjukkan kondisi fisik yang sehat dan stabil.

c. Riwayat Immunisasi (Sesuaikan dengan usia anak)

Pasien telah mendapatkan imunisasi Hepatitis B lengkap (0,1,2, dan 3), untuk BCG pasien sudah mendapatkan imunisasi ke satu, untuk vaksin polio pasien sudah lengkap yaitu (0,1,2, dan 3), untuk vaksin DPT pasien sudah mendapatkan imunisasi ke (1,2,3), dan untuk campak pasien mendapatkan imunisasi ke tiga.

d. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan (menggunakan instrumen Denver)

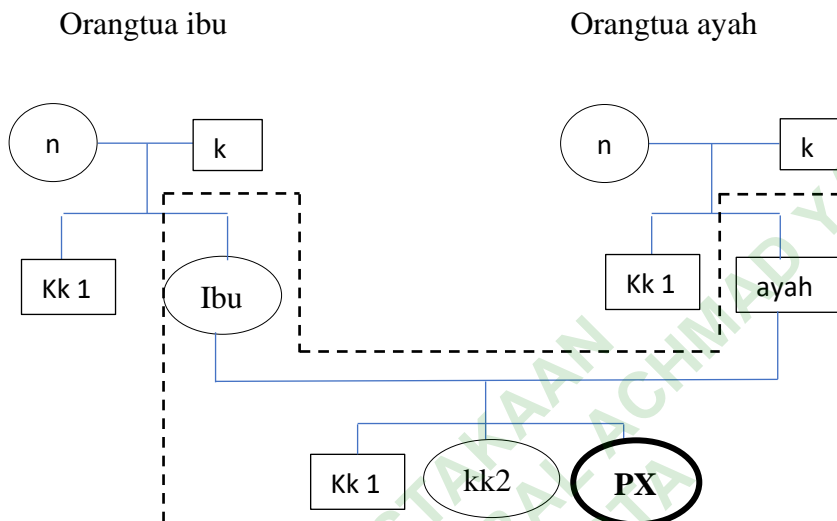
- 1) Pemeriksaan antropometri: Berat badan: 15 kg, tinggi badan: 103 cm, lingkar kepala: 50 cm, lingkar lengan atas: 14,5 cm
- 2) Penghitungan Z score:
 - a) Berat badan/ umur = -1.33 (berat badan norml)
 - b) Tinggi badan/ umur = -1.36 (normal)
 - c) Berat badan / tinggi badan = -0.79 (gizi baik)
 - d) Indeks masa tubuh/ umur = (gizi baik)
- 3) Aspek perkembangan (secara singkat)
 - a) Personal sosial: Anak bisa mengambil makanan, bisa gosok gigi secara mandiri, bisa berpakaian tanpa bantuan.
 - b) Motorik halus: Anak bisa menggambar kotak tanpa ditunjukkan, anak bisa menggambar orang, anak bisa memilih garis yang lebih panjang.
 - c) Bahasa: Anak mampu mengartikan 4 kata, anak mampu menghitung kubus, anak mampu mengetahui 3 kata sifat, anak mampu mengartikan 5 kata dan menyebutkan 4 warna.
 - d) Motorik kasar: anak bisa berdiri 1 kaki 6 detik, anak juga mampu berjalan lurus kedepan dengan posisi tumit ke ujung jari kaki, anak

juga bisa berjalan mundur, dan melompat.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada penyakit keturunan, atau penyakit yang serius yang diderita oleh keluarga, dan tidak ada yang mengalami penyakit yang sama dengan pasien saat ini.

1) Genogram



Keterangan:

n : Nenek

k : Kakek

Kk 1 : Kakak 1

Kk 2 : Kakak 2

Px : Pasien

— : Hubungan perkawinan

| : Garis keturunan

----- : Tinggal dalam satu rumah

4. Pengkajian persistem

a. Pernapasan

Pasien bernafas secara spontan, tidak sesak dan tidak ada suara tambahan, respirasi: 25 x/menit, SPO2: 96%, nafas pasien teratur tidak dan tidak menggunakan oksigen.

b. Kardiovaskuler

Nadi pasien normal 143 x/menit, nadi pasien teraba kuat, *capillary refill time* pasien <2 detik, ekstremitas teraba hangat dan tidak ada edema, terpasang infus dengan cairan *ringer laktat* 500 ml (80 ml/jam).

c. Gastrointestinal

Berat badan pasien saat ini adalah 15 kg, untuk diit pasien (nasi, bubur, dan sayur), cara minum oral, cara makan disuapi oleh ibu, frekuensi makan kurang karena pasien tidak mau makan, mukosa bibir pasien tampak lembab.

1) Abdomen

Pada pemeriksaan fisik, dilakukan inspeksi yang menunjukkan bahwa tubuh pasien simetris, tidak terdapat luka, dan warna kulit merata. Saat auskultasi terdengar bising usus sebanyak 45 x/menit. Pada saat dilakukan perkusi didapatkan bunyi tympani. Saat palpasi, kulit terasa supel, namun terdapat nyeri tekan pada area tertentu

2) Thorax

Pada pemeriksaan fisik, inspeksi menunjukkan bahwa kedua dada pasien simetris dan tidak ada tanda-tanda edema. Saat palpasi, tidak ditemukan nyeri tekan pada area dada. Perkusi menghasilkan bunyi sonor. Saat auskultasi, terdengar bunyi jantung yang normal, dan tidak ada suara napas tambahan yang terdeteksi

d. Neurosensori

Pasien menunjukkan tingkat kesadaran *compos mentis*, respon terhadap nyeri positif, yang menunjukkan bahwa pasien merespon rangsangan nyeri dengan respons yang sesuai. Tangisan pasien kuat, Pemeriksaan kepala tidak ditemukan adanya *cephal hematoma*, *caput succadeneum*, atau *hidrosefalus*. Lingkar kepala 50 cm, dan tidak ada tanda-tanda anencephalus, atau vertigo. Pemeriksaan pupil menunjukkan kondisi isokor, yang berarti kedua pupil berukuran sama. Reaksi terhadap cahaya menunjukkan respons yang normal. Tidak ditemukan kejang pada pasien, baik yang bersifat *subtle* maupun tonik-klonik.

e. Integumen

Pemeriksaan fisik pasien menunjukkan bahwa warna kulit tidak menunjukkan tanda-tanda kemerahan, pucat, atau ikterus. Suhu tubuh pasien terasa hangat yaitu 37,0 °C. Turgor kulit pasien tidak elastis, yang berarti adanya penurunan elastisitas kulit. Integritas kulit pasien utuh.

f. Reproduksi

Pemeriksaan genital pasien menunjukkan bahwa preputium dalam kondisi bersih, tanpa adanya kotoran. Tidak ditemukan tanda-tanda hipospadia pada pasien, yang berarti saluran uretra berada pada posisi normal. Pada pemeriksaan scrotum, kedua testis ditemukan ada, tanpa adanya kelainan atau ketidakhadiran testis.

5. Pengkajian aspek fisik-biologis**a. Pola Nutrisi**

Frekwensi makan saat sakit menjadi sedikit $\frac{1}{4}$ dari porsi makan, makan dan minum sekitar 800 cc sehari, berat badan 15 kg, tinggi badan 103 cm, jenis makanan pasien yaitu (bubur, nasi, sayur). Nafsu makan kurang karena pasien tidak mau makan dengan alasan malas makan, dan merasa cepat kenyang. Pasien makan masih dengan bantuan ibunya untuk disuapi.

b. Pola Eliminasi**1) Eliminasi Bowel**

Frekuensi eliminasi tinja pasien sebanyak 800 cc sehari. Tinja yang dikeluarkan berwarna kuning dengan konsistensi cair. Untuk pemenuhan aktivitas harian terkait eliminasi bowel, pasien membutuhkan bantuan.

2) Eliminasi Bladder

Frekuensi eliminasi urine pasien sebanyak 1000 cc sehari, warna urine pasien berwarna kuning dan tidak terdapat darah pada urine tersebut. Tidak ada gangguan dalam eliminasi bladder, serta pasien tidak merasakan nyeri saat buang air kecil (BAK). Pemenuhan aktivitas harian terkait eliminasi bladder, pasien juga membutuhkan bantuan.

3) *Balance Cairan Selama 24 Jam*

Tabel 4. 1 Balance Cairan Selama 24 Jam

<i>Intake</i>	<i>Output</i>	<i>Balance cairan</i>
Makan + minum: 800 cc	<i>Urine</i> : 1000 cc	<i>Input – output</i>
Infus: 2000 cc	IWL : 450 cc	
	<i>Feses</i> : 800 cc	
Total: 2800 cc	Total : 2.250 cc	Total: + 550 cc

c. **Pola Tidur dan Istirahat**

Lama tidur pasien selama di rumah sakit sekitar 2-3 jam, pasien jarang tidur siang, ibu pasien mengatakan pasien kesulitan tidur di rumah sakit dan mudah sering terbangun.

d. **Aspek Intelektual-Psikososial-Spiritual**

1) **Aspek mental**

Pasien sering menangis dan meminta pulang, anak juga tampak gelisah, rewel, memberontak, sulit konsentrasi, memeluk ibunya jika perawat datang, dan menolak jika ingin diberikan obat melalui trywey.

2) **Aspek Intelektual**

Pasien tidak tahu tentang perawatan apa yang sudah dan akan diberikan, anak mulai merasa cemas jika dilakukan prosedur rumah sakit.

3) **Aspek Sosial**

Sebelum dirawat di rumah sakit pasien mempunyai banyak teman disekolahnya, hubungan dengan orangtua dan keluarga juga baik.

4) **Aspek Spiritual**

Agama islam

e. **Aspek Lingkungan Fisik**

Lingkungan tempat tinggal pasien tidak ada yang sedang sakit diare.

f. **Kuisioner Kecemasan pada Anak Prasekolah yang Menjalani Proses Hospitalisasi**

Kuesioner kecemasan yang digunakan adalah kuesioner Kecemasan Anak Prasekolah yang diadopsi dari penelitian (Pratiwi, 2022). Kuesioner kecemasan yang digunakan terdapat 20 pernyataan, dengan pilihan

jawaban berupa tidak pernah (TP) diberi nilai 0, kadang-kadang (KD) diberi nilai 1, sering (SR) diberi nilai 2, dan selalu (SL) diberi nilai 3.

Penilaian tingkat kecemasan pada kuesioner menggunakan skor, di mana skor <15 menunjukkan tingkat kecemasan yang rendah (tidak cemas) dan skor antara 46-60 menunjukkan tingkat kecemasan yang sangat tinggi (panik). Skor yang diperoleh dari jawaban kuesioner dijumlahkan dan kemudian dikategorikan sesuai dengan skala yang telah ditentukan. Semakin rendah skor yang diperoleh responden, semakin baik tingkat kecemasan anak, sedangkan semakin tinggi skor yang didapat, semakin tinggi pula tingkat kecemasan anak. Hasil ukur yang diperoleh dari alat ukur tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Skor <15 = Tidak cemas
- 2) Skor 16-25 = Cemas ringan
- 3) Skor 26-35 = Cemas sedang
- 4) Skor 36-45 = Cemas berat
- 5) Skor 46-60 = Panik.

Hasil dari pengkajian skor kecemasan menggunakan kuesioner didapatkan hasil bahwa, pasien dengan skor 32 yang berarti berada dalam kategori cemas sedang.

g. Pengkajian Resiko Jatuh

Resiko jatuh pada pasien diukur menggunakan *Score Humpty Dumpty* dan didapatkan skor 9 yaitu risiko jatuh rendah

h. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan laboratorium


Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
21/10/2024	RDW-CV	14,9	11.5-14.5 %
	Neutrofil%	69.5	22-46 %
	Limfosit%	25.8	37-73 %
	Eosinofil%	0.0	1-4 %
	Limfosit#	1.71	3.315-5.058 ribu/ul
	Eosinofil#	0.00	0.05-0.45 ribu/ul
	PDW (Platelet Distribution Width)	16.7	9.0-13.0
	Chlorida	97.0	98-107 mmol/l

i. Terapi Pengobatan Pasien

Tabel 4. 3 Terapi Pengobatan

OBAT	DOSIS	Rute	Jam	INDIKASI
Ceftriaxone	500 mg /12 jam	Iv	11,00 dan 23.00	Mengobati infeksi intra abdomen
Dexametasone	2 mg /24 jam	Iv	17.00	Mengobati peradangan pada tubuh
Omeprazole	10 mg /12 jam	Iv	11.00 dan 23.00	Mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung
Zinc sirup	5 mg /24 jam	Oral	18.00	Terapi pelengkap diare pada anak-anak


B. Analisis Data dan Diagnosa Keperawatan


		ANALISA DATA		
NO	Tanggal/ jam	Data Fokus	Masalah	Eiologi
1.	21/10/24 08.20	<p>DS: ibu pasien mengatakan anaknya meminta pulang, sering menangis, sulit tidur</p> <p>DO: Pasien menangis, sulit konsentrasi, anak tampak gelisah, rewel dan memberontak. Pasien tampak memeluk ibunya jika perawat datang, dan menolak jika ingin diberikan obat melalui <i>three way</i>. Skor cemas menunjukkan angka 32 yaitu cemas sedang. Nadi: 143 x/menit Spo2: 96% Suhu: 37, 0 C Respirasi: 25 x/menit</p>	Ansietas	Krisis situasional

C. Diagnosa Keperawatan



Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan merasa bingung, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, sulit tidur.



D. Rencana keperawatan



 RENCANA KEPERAWATAN			
NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Anxietas (D.0080) Anxietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan merasa bingung, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, sulit tidur.	Tingkat Anxietas (L.09093) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat anxietas menurun dengan kriteria hasil: - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Konsentrasi membaik - Pola tidur membaik - Frekuensi nadi membaik	Reduksi Anxietas (I.09134) Observasi - Identifikasi saat tingkat anxietas berubah (kondisi, waktu, stressor) - Monitor tanda-tanda anxietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Pahami situasi yang membuat anxietas - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat antianxietas, jika perlu
		Tingkat Agitasi (L.09092) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat agitasi menurun dengan kriteria hasil:	Teknik Distraksi (I.08247) Observasi - Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan




 RENCANA KEPERAWATAN			
NO	SDKI	SLKI	SIKI
		<ul style="list-style-type: none"> - Sifat lekas marah menurun - Memukul menurun - Menendang menurun - Emosi membaik 	Terapiutik <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan teknik distraksi (terapi bermain boneka tangan) Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan teknik sesuai dengan tingkat energi, kemampuan, usia tingkat perkembangan



E. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN				
NO	Tanggal/jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
1	21/10/24 08.30	<ul style="list-style-type: none"> - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) - Memahami situasi yang membuat ansietas - Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 	<p>S: Ibu mengatakan anaknya sering menangis, meminta pulang, anak juga mengatakan takut disuntik.</p> <p>O: Anak tampak menangis, sulit konsentrasi, anak tampak gelisah, rewel, memberontak, memeluk ibunya jika perawat datang, dan menolak jika ingin diberikan obat melalui <i>three way</i>. Saat dikaji menggunakan kuesioner kecemasan anak prasekolah skor cemas menunjukkan angka 32 yaitu cemas sedang. Nadi: 143 x/menit Spo2: 96% Respirasi: 25 x/menit, suhu: 37,0 C</p>	 Ariana Marantika

		IMPLEMENTASI KEPERAWATAN		
NO	Tanggal/jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
2	21/10/24 08.40	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan keluarga untuk tetap bersama pasien - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Menjelaskan prosedur tindakan, termasuk sensasi yang mungkin dialami. - Memberikan teknik distraksi (terapi bermain boneka tangan selama 30 menit) - Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 	<p>S: Anak mengatakan paham jika nanti akan diberikan obat tapi tidak disuntik dengan jarum dan tidak akan sakit, pasien mengatakan senang diajak bermain boneka tangan dan tidak akan takut lagi saat akan diperiksa oleh perawat.</p> <p>O: Ibu pasien ikut menemani kegiatan terapi bermain, Anak sudah tidak rewel dan menangis, mengikuti terapi bermain dengan baik, sudah ada kontak mata, anak juga tidak menunjukkan sikap penolakan, anak juga tidak gelisah.</p> <p>Saat terapi berlangsung anak juga menyimak cerita yang diberikan dan tampak fokus anak tampak paham terkait cerita yang disampaikan terkait tindakan yang nantinya akan diberikan seperti pemberian obat melalui infus tidak dengan suntikan langsung, dilihat dari anak menjawab pertanyaan selama bermain boneka tangan. Setelah dikaji ulang menggunakan kuesioner tingkat cemas juga berkurang skor kecemasan menurun menjadi 25 termasuk kedalam kategori kecemasan ringan.</p> <p>Nadi: 130 x/menit Spo2: 98 % Respirasi: 23 x/menit Suhu: 37,0 C</p>	 Ariana Marantika

		IMPLEMENTASI KEPERAWATAN		
NO	Tanggal/jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
			<p>S: Anak mengatakan paham terkait penjelasan pengobatan yang nantinya akan diberikan, anak mengatakan senang diajak bermain boneka tangan dan tidak akan takut lagi saat akan diperiksa oleh perawat.</p> <p>O: Sebelum dilakukan terapi bermain skor kecemasan anak yaitu 32 yaitu kecemasan sedang, anak juga rewel dan menangis. Nadi: 143 x/menit, spo2: 96%, respirasi: 25 x/menit, suhu: 37,0 C</p> <p>Setelah dilakukan terapi bermain anak kooperatif, mengikuti prosedur dengan baik, anak juga menyimak cerita yang diberikan dan sudah ada kontak mata, serta tidak menunjukkan sikap penolakan. Anak juga tidak lagi menangis, gelisah atau marah-marah dan takut ketika perawat datang. Untuk skor kecemasan menurun menjadi 25 termasuk kedalam kategori kecemasan ringan. Nadi: 130 x/menit, spo2: 98 %, respirasi: 23 x/menit, suhu: 37,0 C</p> <p>A: Masalah ansietas teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutka intervensi</p>	 Ariana Marantika

		IMPLEMENTASI KEPERAWATAN HARI KE 2		
NO	Tanggal/jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
1	22/10/2024 09.00	<ul style="list-style-type: none"> - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 	<p>S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa tidur dengan pulas, sudah tidak menangis untuk meminta pulang, Namun ibu mengatakan saat diberikan obat masih sedikit tegang cuma sudah kooperatif saat dilakukan tindakan.</p> <p>O: Anak tampak sedikit tegang, namun anak mau berkomunikasi secara baik, tidak rewel atau menolak saat perawat datang, skor ansietas menunjukkan skor 20 dalam kategori cemas ringan. Nadi: 120 x/menit, Spo2: 100%, Respirasi: 24 x/menit, suhu: 36, 6 C</p>	 Ariana Marantika
	22/10/2024 09.30	<ul style="list-style-type: none"> - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Memberikan terapi bermain boneka tangan selama 30 menit - Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 	<p>S: ibu mengatakan saat perawat lain datang anak sudah berani berbicara banyak, dan tertawa, anak sudah tidak rewel, tidak menangis. Anak juga mengatakan sudah tidak takut lagi kalau di kasih obat trus tidak takut lagi dirumah sakit.</p> <p>O: Anak terlihat sudah tidak cemas, dan setelah dilakukan komunikasi terapeutik anak sudah tidak tegang dan lebih lreks. Setelah terapi bermain hari ke 2 anak tidak takut lagi, anak juga senang, selama permainan lebih aktif dan banyak bicaranya, anak juga mengikuti prosedur dengan kooperatif dan sampai selesai, selain itu anak tampak lebih fokus, anak juga sudah tidak meminta ibunya untuk menemani disampingnya, atau memeluk terus ibunya. Untuk skor kecemasan menurun menjadi 14 termasuk kategori tidak cemas Nadi: 110 x/menit, spo2: 98 %, resprasi: 23 x/menit, suhu: 36,8 C</p>	 Ariana Marantika

		IMPLEMENTASI KEPERAWATAN HARI KE 2		
NO	Tanggal/jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
			<p>S: Ibu mengatakan setelah dilakukan terapi bermain anaknya menjadi tidak takut, saat diberikan obat anaknya juga sudah tidak takut dan tegang, saat perawat datang anak tidak menolak bahkan, tertawa dan sudah tidak rewel, tidak menangis, dan anak juga sudah tidak mengajak pulang, dan anak sudah bisa tidur nyenyak. Anak juga mengatakan sudah tidak takut lagi kalau di kasih obat trus tidak takut lagi dirumah sakit.</p> <p>O: Setelah dilakukan terapi bermain skor kecemasan yang tadinya 20 menjadi 14 yang artinya anak sudah tidak menjadi cemas. Selain itu anak juga sudah tidak takut, anak juga terlihat senang, selama permainan lebih aktif dan banyak bicaranya, anak juga mengikuti prosedur terapi dengan kooperatif sampai selesai dan tampak lebih fokus, anak juga sudah tidak meminta ibunya untuk menemani disampingnya, atau memeluk terus ibunya</p> <p>Nadi: 110 x/menit, spo2: 98%, respirasi: 23 x/menit, suhu: 36,8 C</p> <p>A: Masalah ansietas teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>	 Ariana Marantika