ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. N DENGAN *GASTROENTERITIS* DI RUANG DAFODIL RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA BEKASI TIMUR

Disusun oleh:
ANGELINA TAMA OMPUSUNGGU
201701036

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. N DENGAN *GASTROENTERITIS* DI RUANG DAFODIL RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA BEKASI TIMUR

Disusun oleh:
ANGELINA TAMA OMPUSUNGGU
201701036

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Angelina Tama Ompusunggu

NIM : 201701036

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada An.N Dengan *Gastroenteritis* Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur" yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari sampai 12 Februari 2020 adalah hasil karya sendiri dan sumber-sumber yang digunakan sudah dinyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarisme.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan yang sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 27 Mei 2020

Yang Membuat Pernyataan,

(Angelina Tama Ompusunggu)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada An. N Dengan *Gastroenteritis* Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur" ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 27 Mei 2020

Pembimbing Makalah Ilmiah

(Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An)

Mengetahui

Koordinator Program Studi Diploma III Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga

(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada An. N Dengan *Gastroenteritis* Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur" yang disusun oleh Angelina Tama Ompusunggu (201701036) telah diujikan dan dinyatakan "LULUS" dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 9 Juni 2020.

Bekasi, 15 Juni 2020

Penguji I

(Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An)

Penguji II

(Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An)

Nama Mahasiswa	**:**	**Angelina Tama Ompusunggu**
NIM	**:**	**201701036**
Program Studi	**:**	**Diploma III Keperawatan**
Judul Karya Tulis	**:**	**Asuhan Keperawatan Pada An. N Dengan *Gastroenteritis* Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur**
Halaman	**:**	**xiii + 64 halaman + 1 tabel + 1 lampiran**
Pembimbing	**:**	**Susi Hartati**

ABSTRAK

Latar Belakang: *Gastroenteritis* adalah peradangan pada lambung dan usus yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit, sehingga dapat menyebabkan komplikasi pada anak. Di Indonesia penyakit *gastroenteritis* sebanyak 4.274.790 kasus atau 60,4%, sehingga diperlukan peran perawat sebagai *promotif, preventif, kuratif* serta *rehabilitatif* untuk mengurangi angka kejadian *gastroenteritis* dan penanganan pada penyakit *gastroenteritis*.

Tujuan Umum: Makalah ilmiah ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan *gastroenteritis* melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan makalah ilmiah ini menggunakan metode studi kasus, kepustakaan, dan deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan tubuh. Intervensi pada diagnosa keperawatan prioritas resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan tubuh adalah kaji status hidrasi (mata, turgor kulit, mukosa bibir), ukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu), kaji BAB dan BAK, kaji pemasukan dan pengeluaran cairan, hitung *balance* cairan/24 jam, anjurkan orangtua untuk memberikan anak minum sesuai kebutuhan cairan 820 cc/24 jam. Semua perencanaan keperawatan yang sudah dibuat dapat dilaksanakan.

Kesimpulan dan Saran: Tidak semua masalah dapat teratasi sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Saran yang dapat diberikan adalah hendaknya perawat selalu memperhatikan *intake* dan *output* pada pasien.

Keyword: Asuhan Keperawatan Anak, *Gastroenteritis*
Daftar Pustaka: 23 (2010-2018)

Name **: Angelina Tama Ompusunggu**
Student Number **: 201701036**
Study Program **: Diploma III – Nursing**
Title **: Nursing Care to An. N with *Gastroenteritis* in Dafodil Room of Mitra Keluarga Hospital East Bekasi**
Pages **: xiii + 64 pages + 1 table + 1 attachment**
Advisor **: Susi Hartati**

ABSTRACT

Background: Gastroenteritis is inflammation of the stomach and intestines caused by bacteria, viruses, and parasites, so it can cause complications in children. In Indonesia there are 4.274.790 cases of gastroenteritis disease or 60,4%, it necessary a nurse's role as a promotive, preventive, curative, and rehabilitative.

General purpose: The scientific paper is to gets a real ilustration in doing nursing care to children with gastroenteritis through a comprehensive nursing process approach.

Writing method: In making the scientific paper using case study method, literature, and descriptive method by facts according to the data obtained.

Result: The result of the assessment found priority nursing diagnosis is the risk of lack of fluid volume from the body's needs. Interventions in priority nursing diagnosis the risk of lack of fluid volume from the body's needs are assess hydration status (eyes, skin turgor, lip mucosa), measure vital signs (pulse and temperature), assess the bowel movement and urination, assess intake and output, calculate balance fluids/24 hours, recommend parents to give children drink according to the fluid requirements, that is 820 cc/24 hours. All nursing plans that have been made can be implemented.

Conclusion and suggestion: Not all the problems can be finished in the time that has been specified. The suggestion that could be given is that nurses should always pay attention to the patients intake and output.

Keyword: Gastroenteritis, child nursing care
Bibliography: 23 (2010-2018)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat membuat dan menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada An. N Dengan *Gastroenteritis* Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur".

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan makalah ilmiah ini banyak ditemukan hambatan dan kesulitan. Namun penulis mendapatkan bimbingan, bantuan, semangat serta motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis mampu menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis sangat berterimakasih kepada:

1. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga dan selaku dosen pembimbing makalah ilmiah serta dosen penguji II yang telah banyak memberikan bimbingan, motivasi, dan masukan kepada penulis sehingga makalah ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
2. Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku dosen penguji I yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah dengan baik.
3. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Koordinator Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan motivasi selama proses perkuliahan 3 tahun.
4. Ns. Renta Sianturi, M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan semangat, dorongan dan motivasi kepada penulis selama proses perkuliahan 3 tahun.
5. Seluruh staff akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.
6. Kepala Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur Ibu Gloria, CM Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.

7. Ibu Kiki dan staff perawat yang telah memberikan arahan kepada penulis.
8. Keluarga tercinta Bapak Punguan Ompusunggu, Ibu Rosdiana, kaka Kristina Natalia Ompusunggu, Amd.Kep dan adik saya Krisan Ray Tama yang selalu memberikan dukungan, semangat, motivasi serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini.
9. Ns. Atikah Loviani, S.Kep selaku kakak perawat yang selalu memberikan saya semangat, dukungan, dan bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini.
10. Dominggos Tarsisius Arsen, Amd.Kep selaku teman spesial saya yang telah memberikan dukungan, bantuan dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah dengan baik dan tepat waktu.
11. Teman-teman MDDA yang saya sayangi Desy Rahayu, Megi Sugiarti, dan Dheaneira yang selalu memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
12. Teman-teman SAMS yang saya sayangi Putri Ayu Sita, Shelvy Octavia, dan Widiarti Putri yang selalu memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
13. Teman-teman saya Ajeng Triani, Siti Khodijah, Tiovani Situmeang, dan Anissa Oktariyani yang selalu memberikan dukungan dan semangat dalam proses perkuliahan selama 3 tahun.
14. Adik tingkat yang saya sayangi Fioren Marcelina yang selalu memberikan dukungan dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
15. Teman-teman seperjuangan Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Anak: Shania Karista, Tsania Fitria, Vira Putri dan Vebrika Hendri yang saling membantu dan memberikan motivasi dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
16. Teman-teman seperjuangan Angkatan VII Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang selalu memberikan dukungan.
17. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan makalah ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ilmiah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi penulis dan semua pembaca.

Bekasi, 20 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS ii
LEMBAR PERSETUJUAN iii
LEMBAR PENGESAHAN iv
ABSTRAK v
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI x
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR LAMPIRAN xiii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 2
C. Ruang Lingkup 3
D. Metode Penulisan 3
E. Sistematika Penulisan 4
BAB II TINJAUAN TEORI 5
A. Definisi 5
B. Etiologi 5
C. Patofisiologi 7
1. Proses Perjalanan Penyakit 7
2. Manifestasi Klinis 8
3. Klasifikasi 8
D. Komplikasi 8
E. Penatalaksanaan Medis 8
F. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Toddler (1-3 tahun) 9
G. Konsep Hospitalisasi Pada Anak dengan Usia Toddler (1-3 Tahun) . 12
H. Pengkajian Keperawatan 13
I. Diagnosa Keperawatan 16
J. Perencanaan Keperawatan 16
K. Pelaksanaan Keperawatan 20
L. Evaluasi Keperawatan 20

BAB III TINJAUAN KASUS 22
A. Pengkajian Keperawatan 22
B. Diagnosa Keperawatan 38
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan 38
BAB IV PEMBAHASAN 53
A. Pengkajian Keperawatan 53
B. Diagnosa Keperawatan 54
C. Perencanaan Keperawatan 56
D. Pelaksanaan Keperawatan 57
E. Evaluasi Keperawatan 59
BAB V PENUTUP 61
A. Kesimpulan 61
B. Saran 62
DAFTAR PUSTAKA 63

DAFTAR TABEL

Table 3.1 analisa data 35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak lebih rentan untuk terkena penyakit, salah satu penyebab yang sering terjadi adalah melalui makanan. Makanan yang terkontaminasi bisa menyebabkan gangguan pada saluran pencernaan, salah satunya adalah *gastroenteritis. Gastroenteritis* adalah peradangan pada lambung dan usus yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit yang ditandai dengan diare frekuensi lebih dari empat kali sehari, konsistensi encer, disertai dengan muntah-muntah (Betz Cecily Lynn & Linda A. Sowden, 2013).

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2013 diare masih menjadi penyebab kematian terbesar kedua pada balita, tiap tahunnya diare menyebabkan kematian pada 760.000 balita di seluruh dunia. Berdasarkan data Kemenkes RI (2018) kasus diare pada balita di Indonesia tahun 2017 sebanyak 4.274.790 kasus atau 60,4%.

Kasus diare pada balita tertinggi di Jawa Barat sebanyak 14.701 kasus dan terendah sebanyak 9.755 kasus (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2017). Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi (2016) anak yang terkena diare pada tahun 2015 sebanyak 32.980 orang (4,96%).

Berdasarkan data *Medical Record* dari salah satu Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada periode bulan Februari 2019 sampai bulan Januari 2020 didapatkan bahwa jumlah pasien anak yang dirawat sebanyak 15.749 orang dan pasien anak yang dirawat karena *gastroenteritis* sebanyak 1.060 orang (6,7%).

Apabila penyakit *gastroenteritis* tidak ditangani akan mengakibatkan komplikasi seperti dehidrasi, hipokalemia, hipokalsemia, disritmia jantung, hiponatremia, syok hipovolemik dan menyebabkan asidosis metabolik pada anak (Maryunani, 2014).

Untuk mengurangi komplikasi dari penyakit *gastroenteritis*, perawat memiliki peran penting untuk mengatasi masalah *gastroenteritis* dengan cara *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif*. Peran perawat sebagai *promotif* yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada orantua tentang penyakit *gastroenteritis* pada anak. Peran sebagai *preventif* yang dilakukan oleh perawat untuk mencegah terjadinya *gastroenteritis* dengan cara mengajarkan keluarga untuk menciptakan perilaku hidup bersih dan sehat seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan serta menjaga dan memilih makanan yang sehat dan bersih. Peran sebagai *kuratif* yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu dengan cara pemantauan pola buang air besar dan berkolaborasi untuk pemberian obat, cairan serta diit sesuai program medis. Peran sebagai *rehabilitatif* menganjurkan kepada keluarga untuk datang kembali ke pelayanan kesehatan terdekat apabila tanda dan gejala *gastroenteritis* muncul.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka sangat penting bila perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *gastroenteritis*. Maka penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan *Gastroenteritis* di Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Dapat diperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan *gastroenteritis*.

2. Tujuan Khusus

   a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada anak dengan *gastroenteritis*

b. Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan pada anak dengan *gastroenteritis*
c. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada anak dengan *gastroenteritis*
d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada anak dengan *gastroenteritis*
e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada anak dengan *gastroenteritis*
f. Penulis mampu mengidentifikasi faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi untuk pemecahan masalah pada anak dengan *gastroenteritis*
g. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada anak dengan *gastroenteritis*

C. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ilmiah ini merupakan Asuhan Keperawatan Pada An. N Dengan *Gastroenteritis* Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur selama tiga hari dari tanggal 10 Februari sampai 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif naratif yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ilmiah ini, seperti:

1. Studi kasus yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga pasien secara langsung untuk memperoleh data yang akurat dengan menggunakan teknik wawancara, pengkajian dan observasi.
2. Studi literatur yaitu dengan memperoleh bahan ilmiah yang bersifat teoritis dalam lingkup medik dan asuhan keperawatan menggunakan media kepustakaan yaitu buku dan media elektronik yaitu internet.
3. Media dokumentasi yaitu dengan cara pengumpulan data melalui *medical record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, catatan keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis dari BAB I Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Teori terdiri dari definisi, etiologi, patofisiologi yang terdiri atas proses perjalanan penyakit, patoflowdiagram, manifestasi klinis, klasifikasi, komplikasi, penatalaksanaan medis, konsep tumbuh kembang anak usia toddler (1-3 tahun), konsep hospitalisasi pada anak usia toddler (1-3 tahun), pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III Tinjauan Kasus adalah penyajian kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV Pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan kasus yang dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran. Makalah ilmiah ini diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Gastroenteritis adalah inflamasi pada daerah lambung dan usus yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit (Nuari, 2015).

Gastroenteritis adalah ketika frekuensi buang air besar lebih dari empat kali dengan konsistensi feses encer, berwarna hijau atau dapat juga bercampur lendir atau darah (Mardalena, 2018).

B. Etiologi

Menurut Maryanti, dkk (2011) ada beberapa penyebab *gastroenteritis* pada anak meliputi:

1. Faktor Infeksi

a. Infeksi enteral merupakan infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak yang berupa:
   1) Bakteri: *Vibrio, E coli, Sallmonela, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas.*
   2) Virus: *Enterovirus* (virus ECHO, *Cokxsackie, Poliomyelitis*), Adenovirus dan Rotavirus.
   3) Parasit: Cacing (*Ascaris, Oxyris*), protozoa (*Entamoeba Histiolytika, Trychomonas Huminis*), jamur (*Candida Albicans*).

b. Infeksi parenteral merupakan infeksi di bagian tubuh luar alat pencernaan seperti penyakit Otitis Media Akut (OMA), tonsilofaringitis dan bronkopneumonia. Keadaan ini dialami oleh bayi dan anak yang berumur dibawah 2 tahun.

2. Faktor Malabsorbsi

a. Malabsorbsi karbohidrat disakarida, monosakarida. Biasanya pada bayi dan anak-anak yang terpenting dan tersering adalah intoleransi laktosa.

b. Malabsorbsi lemak.
c. Malabsorbsi protein.

3. Faktor Makanan

Yang biasanya terjadi dari faktor makanan adalah makanan basi, beracun, dan alergi terhadap makanan.

4. Faktor Psikologi

Takut dan cemas biasanya jarang terjadi tetapi dapat menimbulkan diare terutama pada anak yang lebih besar.

Adapun beberapa perilaku yang bisa menyebabkan penyebaran kuman dan menyebabkan terjadinya diare yaitu (Sodikin, 2011):

a. Tidak memberikan ASI secara penuh pada waktu 4-6 bulan peratama kehidupannya. Resiko untuk menderita diare berat beberapa kali lebih besar pada bayi yang tidak diberi ASI dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI penuh.
b. Dalam penggunaan botol susu yang tidak bersih. Penggunaan botol dapat memudahkan pencemaran oleh kuman yang berasal dari feses dan sukar dibersihkan. Pada saat susu dimasukkan ke dalam botol yang tidak bersih, maka akan terjadi kontaminasi kuman dan bila tidak segera diminum kuman akan berkembang biak.
c. Menyimpan makanan masak pada suhu kamar. Makanan yang dimasak dan disimpan untuk digunakan kemudian, keadaan ini memudahkan terjadinya pencemaran, seperti kontak dengan permukaan alat-alat yang terpapar, karena makanan yang disimpan beberapa jam pada suhu kamar, kuman dapat berkembang biak.
d. Penggunaan air minum yang tercemar kuman dari feses. Air terpapar dari sumbernya atau pada saat disimpan di rumah. Pencemaran di rumah bisa terjadi jika tempat penyimpanan tidak tertutup dan apabila tangan yang tercemar kuman mengenai air sewaktu mengambilnya dari tempat penyimpanan.
e. Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar, sesudah membuang feses dan sebelum memasak makanan.

f. Pada saat membuang feses (termasuk feses bayi) dengan tidak benar. Ada anggapan di masyarakat bahwa feses bayi tidak membahayakan kesehatan, padahal sebenarnya feses bayi mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. Feses binatang dapat pula menyebabkan infeksi pada manusia.

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Kondisi peradangan pada gastrointestinal disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi toksin. Mekanisme ini menghasilkan sekresi cairan dan menurunkan absorbsi cairan sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit. Mekanisme dasar yang menyebabkan diare antara lain:

Gangguan osmotik, kondisi ini berhubungan dengan asupan makanan atau zat yang sukar diserap oleh mukosa intestinal dan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

Gangguan sekresi, hal ini terjadi akibat rangsangan toksin pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit oleh dinding usus ke dalam rongga usus dan timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

Gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare.

Selain itu diare terjadi akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung, kemudian organisme masuk pada mukosa epitel, berkembang biak pada usus dan menempel pada mukosa usus serta melepaskan toksin yang dapat menstimulasi cairan dan elektrolit keluar dari sel mukosa. Infeksi ini dapat menyebabkan destruksi pada mukosa sel dari vili usus halus yang dapat menyebabkan penurunan kapasitas absorbsi cairan dan elektrolit (Wulandari Dewi, 2016).

2. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang sering terjadi pada penyakit *gastroenteritis* adalah sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, terdapat tanda dan gejala dehidrasi (turgor kulit jelek atau elastistas kulit menurun, mata cekung, membran mukosa kering), kram abdominal, demam, mual, muntah, anoreksia, lemah, pucat, perubahan tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan cepat), dan menurun atau tidak ada pengeluaran urine (Suriadi & Rita Yuliani, 2010).

3. Klasifikasi

Tingkat derajat dehidrasi dibagi menjadi 3 yaitu (Nuari, 2015):

a. Dehidrasi ringan

   Kehilangan cairan 5% dari berat badan dengan gambaran klinik turgor kulit kurang elastis, ubun-ubun dan mata cekung, minum normal, buang air kecil normal.

b. Dehidrasi sedang

   Kehilangan cairan 5-10% dari berat badan dengan gambaran klinik turgor kulit tidak elastis, nadi cepat, gelisah, sangat haus, ubun-ubun dan mata cekung, buang air kecil sedikit.

c. Dehidrasi berat

   Kehilangan cairan lebih dari 10-15% dari berat badan gambaran kliniknya seperti anak tampak lemas, letargik, kesadaran mengalami penurunan, kelopak mata sangat cekung, mulut dan bibir kering.

D. Komplikasi

Adapun komplikasi yang biasanya terjadi pada penyakit *gastroenteritis* yaitu renjatan hipovolemik, kejang, bakterimia, dehidrasi, malnutrisi, hipoglikemia, dan asidosis metabolik (Mardalena, 2018).

E. Penatalaksanaan Medis

Menurut Lusianah & Suratun (2010) untuk penggantian cairan dan elektrolit yaitu:

1. Penggantian cairan secara oral dilakukan semua pasien yang masih mampu minum pada diare akut. Diberikan hidrasi intravena pada kasus diare hebat. Rehidrasi oral terdiri dari 3,5 gram natrium klorida, 2,5 gram natrium bikarbonat, 1,5 gram kalium klorida dan 20 gram glukosa per liter air. Untuk penggantian cairan secara oral dapat dibuat sendiri oleh pasien dengan menambahkan ½ sendok teh garam, ½ sendok teh baking soda dan 2-4 sendok makan gula per liter air. Dengan cara memakan dua pisang atau 1 cangkir jus jeruk diberikan untuk mengganti kalium. Minum cairan sebanyak mungkin atau berikan oralit.
2. Diberikan hidrasi intravena pada kasus diare hebat. NaCl atau ringer laktat harus diberikan dengan suplementasi kalium.
3. Monitor status hidrasi, tanda-tanda vital dan *output* urine.

Adapun penatalaksanaan medis lainnya yaitu (Ngastiyah, 2014):

1. Obat anti sekresi

   Beberapa obat anti sekresi seperti asetosal dosis 25 mg/tahun dengan dosis minimum 30 mg, klorpromazin dosis 0,5-1 mg/kgBB/hari.
2. Obat spasmolitik

   Umumnya obat spasmolitik seperti papaverine, ekstrak beladona, opium loperamid tidak digunakan untuk mengatasi diare akut. Adapun obat pengeras tinja seperti kaolin, pektin, charcoal, tabonal tidak ada manfaatnya untuk mengatasi diare.
3. Antibiotik

   Antibiotik tidak diberikan bila tidak ada penyebab yang jelas. Jika penyebabnya adalah kolera, maka diberikan tetrasiklin 25-50 mg/kgBB/hari.

F. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Toddler (1-3 tahun)

1. Pertumbuhan Fisik Anak Usia Toddler

Pertumbuhan adalah sesuatu perubahan dalam bentuk jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ ataupun sesuatu yang bisa diukur seperti berat badan, tinggi badan dan umur tulang (Maryanti, dkk, 2011).

Menurut Wulandari Dewi (2016) pertambahan berat badan pada usia toddler adalah 1,8 sampai 2,7 kg per tahun. Berat badan usia 2 tahun rata-rata 12 kg, berat badan menjadi empat kali berat badan lahir pada usia 2,5 tahum. Penambahan tinggi badan yaitu 7,5 cm/tahun dan terutama terjadi perpanjangan tungkai dan bukan batang tubuh. Rata-rata tinggi anak usia 2 tahun adalah 86,6 cm.

2. Perkembangan Anak Usia Toddler (1-3 tahun)

Perkembangan merupakan bertambahnya kemampuan (*skill*) seseorang dalam struktur dan fungsi tubuh dengan adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh seperti perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil dari interaksi terhadap lingkungan (Sulistyawati, 2015).

Adapun beberapa perkembangan pada usia toddler:

a. Perkembangan Motorik Kasar

Motorik kasar selama masa toddler adalah perkembangan lokomosi. Pada usia 12-13 bulan toddler sudah dapat berjalan sendiri dengan jarak kedua kaki melebar untuk keseimbangan dan pada 18 bulan berusaha untuk lari tetapi mudah terjatuh. Ketika usia 2-3 tahun, posisi tegak dengan dua kaki menunjukkan peningkatan koordinasi dan keseimbangan. Pada usia 2 tahun, toddler dapat berjalan menaiki dan menuruni tangga. Pada usia 2,5 tahun toddler dapat melompat, menggunakan kedua kaki, berdiri dengan satu kaki selama 1 atau 2 detik, dan melakukan langkah dengan cara berjinjit (Wulandari Dewi, 2016).

b. Perkembangan Motorik Halus

Perkembangan motorik halus pada usia 12 bulan toddler dapat menggengam benda yang ukurannya sangat kecil tetapi belum mampu melepaskannya sesuai keinginan. Pada usia 15 bulan mereka sangat obsesif dengan kegiatan melempar dan menangkap bola. Pada usia 18 bulan mereka dapat melempar bola tanpa kehilangan keseimbangan (Wulandari Dewi, 2016).

c. Perkembangan Psikososial

Istilah krisis sosial yang dihadapi toddler sebagai “otonomi vs rasa malu dan ragu”, toddler telah mengembangkan rasa percaya dan siap menyerahkan ketergantungannya untuk membangun perkembangan kemampuan pertamanya dalam mengendalikan dan otonomi. Toddler mulai menguasai keterampilan sosial seperti individualism (membedakan diri dari orang lain), berpisah dari orangtua, pengendalian seluruh fungsi tubuh, komunikasi dengan kata-kata, perilaku yang dapat diterima secara sosial, interaksi egosentris dengan orang lain, sering menggunakan kata “tidak” bahkan bermaksud “ya” untuk mengungkapkan kebebasannya (Cahyaningsih Dwi Sulistyo, 2011).

d. Perkembangan Psikoseksual

Perkembangan tahap anal dari usia 8 bulan- 4 tahun, seksualitas mulai berkembang seperti masturbasi dapat terjadi akibat dari eksplorasi tubuh, mempelajari anatomi dan eliminasi, memahami perbedaan jenis kelamin, dan toilet training menjadi tugas utama toddler (Cahyaningsih Dwi Sulistyo, 2011).

e. Perkembangan Kognitif

Tahap sensorimotorik berlangsung antara usia 12 dan 14 bulan dan melibatkan 2 sub tahap yaitu: subtahap 1 (12-18 bulan) reaksi sirkular tersier melibatkan eksperimen *trial and error* dan eksplorasi aktif yang terus menerus, sedangkan subtahap 2 (18-24 bulan) munculnya kombinasi mental memungkinkan toddler untuk melengkapi pemahaman makna yang baru dalam menyelesaikan tugas. Subtahap prakonseptual pada fase praoperasional dimulai dari usia 2-4 tahun dengan menggunakan pikiran *representative* untuk mengingat masa lampau, menampilkan masa kini dan mengantisipasi masa depan (Cahyaningsih Dwi Sulistyo, 2011).

f. Perkembangan Moral

Toddler berada dalam subtahap pertama tahap prakonvensional yang berorientasi pada hukuman dan kepatuhan. Penilaian toddler didasarkan pada perilaku untuk menghindari hukuman atau mendapat penghargaan.

Pada usia toddler anak dikenalkan rasa cinta kasih sayang akan menolong, memahami tentang kebaikan dan keburukan (Wulandari Dewi, 2016).

g. Perkembangan Sosial

Tugas terbesar toddler adalah diferensiasi diri dari orang lain, proses diferensiasi seperti lebih mudah dipisahkan dari orangtua, simbiosis dengan ibunya, dan kemandirian meningkat (Wulandari Dewi, 2016).

h. Perkembangan Bahasa

Toddler menggunakan bahasa ungkapan kata-kata untuk mengekspresikan ide dari anak usia 15 bulan. Toddler mengatakan sekitar 300 kata, dengan menggunakan 2 atau 3 frasa, dan menggunakan kata ganti pada usia 2 tahun. Usia toddler menyebutkan nama depan dan akhir, menggunakan kata benda jamak pada usia 2,5 tahun (Cahyaningsih Dwi Sulistyo, 2011).

G. Konsep Hospitalisasi Pada Anak dengan Usia Toddler (1-3 Tahun)

Hospitalisasi adalah suatu keadaan krisis yang terjadi karena suatu lingkungan yang asing dan baru yaitu rumah sakit sehingga menjadi faktor stressor bagi anak maupun orangtua (Oktiawati, dkk, 2017).

Menurut Wulandari Dewi (2016) ada tiga fase yang dilalui anak selama ansietas perpisahan:

1. Fase pertama (protes)

Tahap ini anak menangis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif seperti menendang, menggigit, memukul, mencubit, mencoba untuk membuat orangtuanya tetap tinggal, dan menolak perhatian orang lain. Secara verbal, anak menyerang dengan rasa marah seperti mengatakan pergi. Perilaku protes akan terus berlanjut dan hanya akan berhenti bila anak merasa kelelahan.

2. Fase kedua (putus asa)

Pada tahap putus asa anak tampak tegang, tangisnya berkurang, kurang berminat untuk bermain, tidak ada nafsu makan, tidak mau berkomunikasi, dan menarik diri.

3. **Fase ketiga (penyangkalan atau penolakan)**

   Tahap penolakan, anak dapat menerima perpisahan, mulai tertarik dengan apa yang ada di sekitarnya, membina hubungan dangkal dengan orang lain, anak mulai kelihatan gembira (Wulandari Dewi, 2016).

Adapun faktor yang mempengaruhi respon anak terhadap penyakit dan hospitalisasi:

1. **Respon Anak**

   Respon anak ketika dipisahkan dari orangtua atau pengasuhnya dalam lingkungan yang tidak familiar, anak dapat memperlihatkan perilaku seperti memohon orangtua untuk tetap tinggal, menolak untuk melakukan rutinitas yang biasa dilakukan. Gangguan dalam rutinitas umum juga menyebabkan kehilangan kontrol dan anak merasa tidak aman. Akibatnya, regresi dalam eliminasi dan penolakan untuk makan (Kyle Terri & Susan Carman, 2015).

2. **Respon Orangtua**

   Respon orangtua yaitu penolakan atau ketidakpercayaan bila anak tiba-tiba sakit, marah atau merasa bersalah karena tidak merawat anaknya dengan benar, ketakutan dengan penyakit dan prosedur medis, depresi karena lelah baik secara fisik maupun mental (Wulandari Dewi, 2016).

3. **Respon Saudara Kandung (*sibling*)**

   Respon dari saudara kandung terhadap saudaranya yang sakit dan dirawat di rumah sakit yaitu mengalami kesepian, ketakutan, khawatir, cemburu, marah, kesal, dan merasa bersalah. Orangtua sering kali mencurahkan perhatiannya lebih besar kepada anak yang sakit dibandingkan anak yang sehat (Wulandari Dewi, 2016).

H. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang meliputi pengumpulan data secara sistematis, verifikasi data, organisasi data, interpretasi data dan pendokumentasian data yang bertujuan untuk mendapatkan data dasar tentang kesehatan klien secara fisik, psikologis dan emosional (Debora, 2013).

Menurut Susilaningrum, dkk (2013) ada beberapa yang perlu didapat melalui pengkajian:

1. **Identitas pasien**

   Yang meliputi identitas pasien adalah nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orangtua, pekerjaan orangtua. Untuk umur pada pasien *gastroenteritis* biasanya dibawah 2 tahun.

2. **Keluhan Utama**

   Keluhan yang terjadi pada *gastroenteritis* adalah buang air besar (BAB) lebih tiga kali dalam sehari. BAB kurang dari empat kali dengan konsistensi cair (diare tanpa dehidrasi). BAB 4-10 kali dengan konsistensi cair (dehidrasi ringan/sedang). BAB lebih dari 10 kali (dehidrasi berat). Bila diare berlangsung kurang dari 14 hari adalah diare akut dan bila berlangsung 14 hari atau lebih adalah diare persisten.

3. **Riwayat penyakit sekarang**

   a. Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemungkinan timbul diare.
   b. BAB cair, mungkin disertai lendir, darah.
   c. Daerah anus timbul lecet karena sering BAB.
   d. Muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
   e. Jika pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak.
   f. Diuresis yaitu terjadi oliguri (kurang 1 ml/kg/BB/jam) bila terjadi dehidrasi.

4. **Riwayat Kesehatan**

   a. Riwayat imunisasi.
   b. Riwayat alergi terhadap makan-makanan atau obat-obatan (antibiotik).
   c. Riwayat penyakit yang pernah diderita.

5. **Riwayat Nutrisi**

   Riwayat pemberian makanan sebelum sakit diare yaitu:

a. Pemberian ASI penuh pada anak usia 4-6 bulan sangat mengurangi resiko diare dan infeksi yang serius.
b. Pemberian susu formula, apakah menggunakan air masak atau tidak, diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah terjadi pencemaran.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum:
   1) Tanpa dehidrasi: baik, sadar
   2) Dehidrasi ringan atau sedang: gelisah, rewel
   3) Dehidrasi berat: lesu, lunglai atau tidak sadar.
b. Berat badan

   Anak yang mengalami diare dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan:
   1) Dehidrasi ringan: terjadi penurunan berat badan 5%
   2) Dehidrasi sedang: terjadi penurunan berat badan 5-10%
   3) Dehidrasi berat: terjadi penurunan berat badan 10-15%
c. Kulit

   Pemeriksaan turgor kulit yaitu dengan cara mencubit daerah perut dengan kedua ujung jari (bukan kedua kuku).
d. Mata

   Anak yang tanpa dehidrasi, bentuk kelopak mata normal. Bila dehidrasi ringan atau sedang, kelopak mata cekung. Sedangkan pada anak yang dehidrasi berat, kelopak mata sangat cekung.
e. Mulut dan lidah
   1) Tanpa dehidrasi: mulut dan lidah basah
   2) Dehidrasi ringan atau sedang: mulut dan lidah kering
   3) Dehidrasi berat: mulut dan lidah sangat kering
f. Abdomen kemungkinan distensi, kram dan bising usus meningkat.
g. Anus, apakah ada iritasi pada kulitnya.
h. Pemeriksaan penunjang:
   1) Pemeriksaan tinja
      a) Makroskopis dan mikroskopis

b) pH dan kadar gula dalam tinja bila diduga terdapat intoleransi gula
2) Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah, lebih tepatnya pemeriksaan analisa gas darah (melalui darah arteri)
3) Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium terutama pada penderita diare yang disertai kejang

I. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah bagian dari proses keperawatan yang diprioritaskan berdasarkan kondisi kesehatan klien yang terdiri dari *problem*, *etiologi* dan *symptom* (Debora, 2013).

Menurut Bararah Taqiyyah & Mohammad Jauhar (2013) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien *gastroenteritis* yaitu:

1. Diare berhubungan dengan inflamasi, iritasi dan malabsorpsi usus, adanya toksin dan penyempitan segmental usus.
2. Kurang volume cairan berhubungan dengan *output* yang berlebih (diare berat, muntah), status hipermetabolik dan pemasukan cairan yang terbatas.
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, penurunan *intake* makanan, mual dan muntah.
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iritasi, frekuensi, BAB yang berlebihan.
5. Nyeri berhubungan hiperperistaltik usus, diare lama, iritasi kulit atau jaringan.
6. Cemas dan takut pada anak/ orangtua berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi sakit.
7. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan perawatan anak.

J. Perencanaan Keperawatan

Menurut Kodim (2015) perencanaan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan untuk pembuatan keputusan dan pemecahan keputusan yang meliputi membuat prioritas urutan masalah, menetapkan tujuan dan kriteria hasil, kemudian menetapkan intervensi.

Perencanaan keperawatan pada pasien *gastroenteritis* yaitu (Bararah Taqiyyah & Mohammad Jauhar, 2013):

Diagnosa keperawatan 1: Diare berhubungan dengan inflamasi, iritasi dan malabsorpsi usus, adanya toksin.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan diare teratasi.

Kriteria Hasil: Keluarga pasien akan melaporkan penurunan frekuensi defekasi, konsistensi kembali normal. Keluarga pasien mampu mengidentifikasi atau menghindari faktor pemberat diare.

Intervensi Keperawatan:

1. Observasi dan catat frekuensi defekasi, jumlah dan warna feses.
2. Tingkatkan tirah baring, siapkan alat-alat di samping tempat tidur.
3. Identifikasi makanan atau cairan yang mencetuskan diare.
4. Berikan terapi antasida.
5. Berikan terapi antibiotik.

Diagnosa keperawatan 2: Kurang volume cairan berhubungan dengan *output* yang berlebih (diare berat, muntah), status hipermetabolik dan pemasukan cairan yang terbatas.

Tujuan: Kurang volume cairan teratasi.

Kriteria Hasil: *Intake* seimbang dengan *output,* tanda-tanda vital dalam batas normal, membran mukosa kulit lembab, *capillary refill* <3 detik dan berat badan seimbang.

Intervensi Keperawatan:

1. Monitor dan catat masukan dan pengeluaran cairan: urine, feses (jumlah, konsistensi dan warna).
2. Observasi tanda-tanda vital.
3. Observasi adanya kulit kering dan membran mukosa kering, penurunan turgor kulit, pengisian kapiler lambat.
4. Ukur berat badan tiap hari.
5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan parenteral, transfusi darah sesuai indikasi.

Diagnosa keperawatan 3: Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, penurunan *intake* makanan, mual dan muntah.
Tujuan: Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi.
Kriteria Hasil: Berat badan stabil atau naik, makan habis 1 porsi, mual berkurang.
Intervensi Keperawatan:

1. Timbang berat badan setiap hari.
2. Berikan perawatan mulut terutama sebelum makan.
3. Ciptakan lingkungan yang nyaman.
4. Dorong pasien untuk menyatakan perasaan tentang masalah makanan atau diet.
5. Kolaborasi dengan tim gizi atau ahli diet untuk menentukan TKP rendah serat.
6. Berikan nutrisi parenteral total, terapi intravena sesuai indikasi.

Diagnosa keperawatan 4: Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iritasi, frekuensi BAB yang berlebihan.
Tujuan: Gangguan integrasi kulit teratasi.
Kriteria Hasil: Integritas kulit kembali normal, iritasi tidak ada, tanda-tanda infeksi tidak ada.
Intervensi Keperawatan:

1. Ganti popok anak jika basah.
2. Bersihkan bokong secara perlahan menggunakan sabun non alkohol.
3. Observasi bokong dari infeksi.
4. Kolaborasi obat salep bila terjadi iritasi pada kulit.

Diagnosa keperawatan 5: Nyeri berhubungan dengan hiperperistaltik usus, diare lama, iritasi kulit atau jaringan.
Tujuan: Nyeri hilang atau terkontrol.
Kriteria Hasil: Ekspresi wajah rileks, skala nyeri 0-2, tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi Keperawatan:

1. Observasi laporan kram abdomen atau nyeri, catat lokasi, lamanya, intesitas nyeri.
2. Observasi adanya respons non verbal dan perubahannya.
3. Kaji ulang faktor-faktor yang menyebabkan meningkatnya atau menghilangnya nyeri.
4. Observasi atau catat adanya distensi abdomen dan perubahan tanda-tanda vital.
5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik.

Diagnosa keperawatan 6: Cemas dan takut pada anak/ orangtua berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi sakit.

Tujuan: Rasa cemas pada anak dan orangtua berkurang.

Kriteria Hasil: Anak tidak menangis, orangtua bertanya kepada perawat dan dokter tentang kondisi anak.

Intervensi Keperawatan:

1. Ajarkan pada orangtua untuk mengekspresikan perasaan rasa takut dan cemas, dengarkan keluhan orangtua dan bersikap empati dan sentuhan terapeutik.
2. Gunakan komunikasi terapeutik (kontak mata, sikap tubuh dan sentuhan).
3. Jelaskan setiap prosedur yang akan dilakukan pada anak dan orangtua.
4. Libatkan orangtua dalam perawatan anak.
5. Jelaskan kondisi anak, alasan pengobatan dan perawatan.

Diagnosa keperawatan 7: Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi sakit.

Tujuan: Orangtua dapat mengetahui dan berpartisipasi dalam merawat anak.

Intervensi Keperawatan:

1. Kaji tingkat pemahaman orangtua.
2. Ajarkan tentang prinsip diit dan kontrol diare.
3. Ajarkan pada orangtua tentang pentingnya cuci tangan untuk menghindari kontaminasi.

4. Jelaskan tentang penyakit, perawatan dan pengobatan.
5. Jelaskan pentingnya kebersihan.

K. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat dilakukan pada klien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Perawat harus yakin bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman serta sesuai dengan kondisi klien, selalu dievaluasi apakah sudah efektif dan selalu didokumentasikan menurut urutan waktu (Debora, 2013).

Menurut Kodim (2015) terdapat jenis implementasi keperawatan yang meliputi:

1. *Independent implementations* adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai kebutuhannya, misalnya dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan perawatan diri, pemenuhan kebutuhan psikologis,sosial dan spiritual.
2. *Interdependent/Collaborative implementations* adalah tindakan keperawatan yang melibatkan sesama tim keperawatan atau tim kesehatan lainnya, misalnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi.
3. *Dependent implementations* adalah pelaksanaan rencana tindakan medis atau instruksi dari tenaga medis.

L. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan untuk melakukan perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan dan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Kodim, 2015).

Evaluasi keperawatan terbagi menjadi tiga jenis yaitu:

1. Evaluasi Struktur

   Evaluasi strukur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan yang diberikan.

2. Evaluasi Proses

   Evaluasi proses ini berfokus pada penampilan kerja perawat dalam memberikan pelayanan sesuai wewenang dan mencakup informasi yang didapat saat wawancara dan pemeriksaan fisik, validasi dari perumusan diagnosa keperawatan dan kemampuan teknikal perawat.

3. Evaluasi Hasil

   Evaluasi hasil berfokus pada respon dan fungsi klien. Respon perilaku klien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 10 Februari 2020 di Ruang Dafodil Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.

1. Data Biografi

Pasien berinsial An. N berusia 2 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama Islam, lahir di Bekasi tanggal 06 Februari 2018, suku Jawa. Ibu pasien Ny. R berusia 33 tahun, pendidikan SMK, pekerjaan ibu rumah tangga, suku Jawa. Ayah pasien bernama Tn. Y berusia 34 tahun, pendidikan SMK, pekerjaan karyawan swasta, suku Jawa. Bertempat tinggal di Jl. Pengasinan Gang.Torum No.5.

2. Resume

Pasien An. N berusia 2 tahun datang ke IGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 9 Februari 2020 pukul 08.00 WIB oleh kedua orangtuanya dengan keluhan anak BAB sudah 6x, konsistensi cair dan ampas, warna feses kuning, muntah 2x. Lalu di IGD dilakukan pemeriksaan oleh perawat IGD dengan hasil kesadaran composmentis, pernafasan 23x/menit, nadi 120x/menit, suhu 37°C, berat badan 8,2 kg. Masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan eliminasi diare. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil pernafasan 23x/menit, nadi 120x/menit, suhu 37°C, memonitor warna, frekuensi dan konsistensi dengan hasil pada saat di IGD BAB 2x, warna kuning, konsistensi cair dan ampas. Tindakan kolaborasi yang telah diberikan infus KAEN 3B 500 cc 30 tpm, liprolac ½ sachet via oral. Dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 9 Februari 2020 pukul 08.30 WIB dengan hasil pemeriksaan darah Hemoglobin 11 g/dl, Leukosit 7.000/ul, Hematokrit 36 vol%, Trombosit 361.000/ul, Eritrosit 4,63 juta/ul.

Hasil pemeriksaan tinja: Darah samar (-). Makroskopis warna kuning, konsistensi lembek, pus (-), lendir (-), darah (-). Mikroskopis leukosit 1-2, eritrosit 3-5, epitel (+), serat tumbuhan (-), amilum (-), lemak (+), telur cacing (-), amuba (-), yeast (-). Pada tanggal 9 Februari 2020 pukul 09.30 WIB pasien dipindahkan ke ruang Dafodil 312.2 dan dilakukan pemeriksaan oleh perawat ruangan dengan hasil kesadaran composmentis, nadi 115x/menit, pernafasan 25x/menit, suhu 36,9°C, bising usus 20x/menit. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan eliminasi diare. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan perawat ruangan yaitu mengkaji tanda-tanda vital (nadi, pernafasan, dan suhu), mengauskultasi bising usus dengan hasil 20x/menit, dan memonitor warna, frekuensi dan konsistensi BAB dengan hasil BAB cair dan ampas, warna kuning, frekuensi 3x di ruang Dafodil. Tindakan kolaborasi yang telah diberikan infus KAEN 3B 500 cc 30 tpm, obat liprolac ½ sachet via oral, daryazinc 5 cc via oral, praxion 1 cc via oral (kalau perlu jika suhu >39°C), tricefin 500 mg (drip), narfoz 0,9 mg (IV). Evaluasi secara umum, ibu pasien mengatakan anaknya masih BAB cair dan ampas.

3. Data Dasar

a. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

a) Antenatal

Ibu pasien mengatakan pada saat hamil tidak terjadi muntah yang berlebihan, tidak mengalami perdarahan pervagina, tidak mengalami anemia, tidak mengalami pre eklamsi/ eklamsi pada saat kehamilan, tidak ada gangguan kesehatan. Ibu pasien mengatakan teratur dalam pemeriksaan kehamilan, diperiksa oleh bidan di klinik paramitha hasil pemeriksaan tidak ada kelainan.

b) Masa Natal

Ibu pasien mengatakan usia kehamilan pada saat melahirkan An. N 37 minggu dengan cara normal, ditolong oleh bidan, keadaan bayi saat lahir bayi sehat dan menangis kuat, berat badan anaknya saat

lahir 3400 gram, panjang badan 51 cm, lingkar kepala 34 cm, pengobatan yang didapatkan pada saat lahir yaitu imunisasi HB0 dan Vitamin K.

c) Neonatal

An. N tidak mengalami cacat konginetal, ikterus, kejang, paralisis, perdarahan, trauma persalinan dan tidak ada penurunan berat badan. Ibu pasien mengatakan anaknya diberikan ASI sampai usia 1 tahun 5 bulan.

2) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan An. N: Pertumbuhan gigi pertama pada usia 7 bulan

Perkembangan An. N: Bisa tengkurap usia 5 bulan, duduk usia 6 bulan dan jalan pada usia 1 tahun, sudah bisa berbicara "mama" sejak usia 6 bulan.

3) Riwayat Kesehatan

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mempunyai penyakit, tidak pernah dirawat di rumah sakit, hanya mengkonsumsi obat paracetamol sirup jika demam, tidak pernah dilakukan tindakan operasi, tidak memiliki alergi terhadap obat maupun makanan, tidak pernah mengalami kecelakaan, imunisasi yang sudah didapat yaitu HB0, BCG, DPT 1, 2, 3, Polio 1, 2, 3, 4 dan campak.

4) Kebiasaan sehari-hari (keadaan sebelum dirawat)

a) Pola Pemenuhan Nutrisi

Ibu pasien mengatakan anaknya masih minum susu Bebelac 3, waktu pemberiannya tidak tentu, tidak ada kesulitan selama minum susu. Ibu pasien mengatakan anaknya sudah diberi makanan padat sejak usia 1 tahun dengan cara disuapin oleh ibunya dan terkadang anaknya belajar makan sendiri, tidak mengkonsumsi vitamin. Ibu pasien mengatakan makan 3x sehari (pagi, siang, malam), jenis makanan nasi, sayur, ayam, ikan, dan telur, makanan yang

disenangi adalah ikan, anaknya tidak ada alergi makanan. Ibu pasien mengtakan jumlah minum ± 8x/ hari = 800 cc (1 kali minum = 100 cc).

b) Pola Tidur

Ibu pasien mengatakan anaknya tidur siang ± 2 jam, malam ± 8 jam, tidak ada kelainan waktu tidur, tidak ada kebiasaan menjelang tidur.

c) Pola Aktifitas atau Latihan

Ibu pasien mengatakan anaknya suka bermain boneka.

d) Pola Kebersihan Diri

Ibu pasien mengatakan anaknya mandi 2x sehari (pagi dan sore) dibantu oleh ibunya, oral hygiene 3x sehari (pagi, sore dan sebelum tidur). Cuci rambut 1x sehari pada pagi hari.

e) Pola Eliminasi

Ibu pasien mengatakan BAB 1x sehari waktunya tidak menentu, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB, tidak menggunakan obat pencahar. BAK ± 6x sehari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, anak tidak mengompol.

f) Kebiasaan Lain

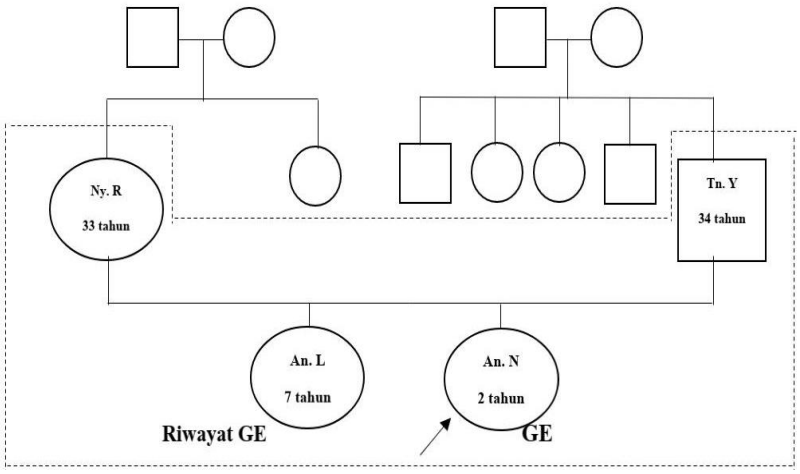
Ibu pasien mengatakan anaknya terkadang suka menghisap jari, tetapi tidak menggigit jari dan mempermainkan genital.

g) Pola Asuh

Ibu mengatakan anaknya diasuh oleh kedua orangtuanya, tetapi terkadang oleh ibunya saja karena ayahnya kerja.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

a) Susunan keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus-kasus tertentu)



Keterangan :

◯	: Perempuan	⬭	: Tinggal serumah
□	: Laki-laki	↗	: Pasien
□—◯	: Menikah	☒	: Meninggal

b) Riwayat Penyakit Keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit ginjal, hipertensi, diabetes melitus, kanker, dan lain-lain. Tetapi saudara kandungnya (anak pertama) pernah terkena *gastroenteritis.*

c) Koping Keluarga

Ibu mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit langsung dibawa ke rumah sakit.

d) Sistem Nilai

Ibu mengatakan tidak ada budaya dan agama yang bertentangan dengan kesehatan.

e) Spiritual

Ibu mengatakan selalu berdoa supaya anaknya sembuh.

6) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Ibu pasien mengatakan rumahnya di perumahan dan masuk gang, tidak terlalu banyak polusi karena jauh dari jalan raya. Ibu mengatakan rumahnya bersih, lingkungan bersih, area selokan tidak banyak sampah.

7) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu pasien mengatakan An. N mulai sakit pada tanggal 8 Februari 2020 dengan keluhan muntah, lalu pada malam hari mulai BAB sebanyak 6x, warna kuning, konsistensi cair dan ampas. Lalu dibawa ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 9 Februari 2020 pada pukul 08.00 WIB. Ibu pasien mengatakan faktor pencetusnya setelah anaknya diberi makanan pinggir jalan. Upaya untuk mengatasinya dengan cara dibawa ke rumah sakit.

b) Pengkajian Fisik Secara Fungsional

Data Klinik

Data yang didapatkan pada pasien yaitu kesadaran composmentis, suhu 36,9°C, nadi 110x/menit, pernafasan 25x/menit.

Nutrisi dan Metabolik

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan semenjak sakit nafsu makan An. N berkurang, makan hanya menghabiskan 4 sendok makan, terjadi penurunan berat badan selama sakit. Sebelum sakit/ 1 bulan yang lalu 8,5 kg dan selama sakit 8,2 kg turun 0,3 kg, minum 6 kali sehari sebanyak 600 cc (1 kali minum 100cc/botol) dari kemarin tanggal

9 Februari 2020 pukul 08.00 WIB sampai pengkajian. Ibu pasien mengatakan anaknya mual tetapi tidak muntah.

Data Objektif:

Mukosa mulut tampak kering, tidak terdapat lesi, tidak ada kelainan palatum, bibir tampak kering, kelengkapan gigi sudah 19 gigi, tidak ada karang gigi, tidak ada karies, tidak obesitas, integritas kulit utuh, turgor kulit elastis, tekstur kulit lembut, warna kuning langsat, tidak terpasang NGT. Berat badan menurun 0,3 kg (3,52%), sebelum sakit/ 1 bulan yang lalu 8,5 kg, saat ini 8,2 kg, hemoglobin 11 g/dl (hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 9 Februari 2020), diit rendah serat tanpa sayuran.

Respirasi/sirkulasi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak sesak napas, tidak ada sputum, tidak ada batuk, tidak sakit dada, tidak edema.

Data Objektif:

Suara pernafasan vesikuler, tidak ada batuk, tidak batuk berdarah, tidak ada sputum, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak menggunakan pernafasan cuping hidung, tidak ikterus, tidak terjadi sianosis, tidak ada edema, pengisian kapiler <3 detik, suhu 36,9 °C.

Eliminasi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan perut An. N tidak kembung, tidak nyeri, BAB bau khas feses, warna kuning, tidak ada lendir, frekuensi 5x/hari, konsistensi cair dan ampas. Ibu pasien mengatakan BAK+BAB sebanyak 750cc/hari dan mengganti diapers 5 kali sehari (1 kali ganti diapers berjumlah 150 cc).

Data Objektif:

Abdomen pasien tidak tampak tegang dan tidak kaku, bising usus 20x/menit, BAB berbau khas, warna kuning, tidak ada lendir,

konsistensi cair dan ampas, tidak ada melena, frekuensi 5kali/hari. BAK tidak pekat, berwarna kuning jernih, tidak terpasang kateter, tidak terdapat iritasi.

Aktifitas/Latihan

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan tidak ada kekakuan pada sendi anaknya, untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari masih dibantu oleh ibunya terkadang untuk makan anaknya belajar sendiri dan tidak ada rasa nyeri pada sendi.

Data Objektif:

An. N tampak seimbang saat berjalan kekuatan menggengam baik sesuai perkembangannya, bentuk kaki simetris, tidak ada kelemahan, tidak ada kejang.

Sensori Persepsi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan pendengaran anaknya normal karena saat dipanggil namanya langsung menoleh, penglihatannya normal tidak menggunakan kacamata, penciumannya normal mampu mencium bau makanan ataupun yang lain, perabaannya normal karena mampu meraba benda ataupun orang lain, pengecapannya normal karena mampu merasakan manis dan pahit makanan atau obat.

Data Objektif:

Tampak bereaksi terhadap rangsangan, orientasi baik, pupil isokor, konjungtiva ananemis, pendengaran dan penglihatan normal.

Konsep Diri

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya rewel ingin selalu dekat ibunya dan menangis jika perawat memberikan obat.

Data Objektif:

Ada kontak mata, postur tubuh normal, perilaku baik, tampak menangis jika perawat memberikan obat.

Tidur/Istirahat

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan An. N tidurnya nyenyak dan tidak ada masalah gangguan waktu tidur.

Data Objektif:

Tidak tampak tanda-tanda kurang tidur.

c) Dampak Hospitalisasi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan selama anaknya dirawat rewel, ingin selalu bersama ibunya dan menangis jika perawat memberikan obat. Ibu pasien mengatakan cemas karena An. N baru pertama kali dirawat.

Data Objektif:

Pasien tampak menangis ketika perawat memberikan obat, ibu pasien tampak cemas karena An. N baru pertama kali dirawat.

d) Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan Saat Ini

Pertumbuhan: Berat badan 8,2 kg , Tinggi Badan 83 cm, Lingkar Kepala 46 cm, Lingkar Lengan Atas 17 cm, jumlah gigi: 20 gigi

Perkembangan: Mampu berdiri tanpa pegangan dan bisa berjalan, mampu memegang mainannya seperti boneka, bermain dengan temannya, sudah tidak mengompol, An. N sudah bisa berbicara "mau makan".

b. Pengetahuan dan Pemahaman Keluarga tentang Penyakit dan Perawatan Anak

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan *gastroenteritis* adalah penyakit pada usus yang menyebabkan diare. Ibu pasien mengatakan penyebabnya adalah makan-makanan sembarangan, tanda dan gejalanya adalah BAB cair dan ampas dengan frekuensi yang sering. Ibu pasien mengatakan sudah tahu tentang penyakit anaknya dari internet dan pengalaman anak pertama yang pernah terkena penyakit *gastroenteritis.*

Data Objektif:

Ibu pasien tampak sudah paham, karena mampu menjawab pertanyaan dari perawat.

c. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 9 Februari 2020 yaitu **Hematologi:** Hemoglobin 11 g/dl (nilai normal 11.3-14.1 g/dl), leukosit 7.000/ul (nilai normal 6.000-14.000/ul), hematokrit 36 vol% (nilai normal 31-41 vol%), trombosit 361.000/ul (nilai normal 150.000-450.000/ul), eritrosit 4.63 juta/ul (nilai normal 3.90-5.50 juta/ul).

Hasil pemeriksaan tinja pada tanggal 9 Februari 2020 yaitu: **Tinja:** Darah samar (-). **Makroskopis**: Warna kuning, konsistensi lembek, PUS (-), lendir (-), darah (-). **Mikroskopis:** leukosit 1-2, eritrosit 3-5, epitel (+), serat tumbuhan (-), amilum (-), lemak (+), telur cacing (-), amuba (-), yeast (-).

d. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi obat liprolac 2x1 sachet via oral, daryazinc sirup 1x5 cc, praxion sirup 3x1 cc via oral (kalau perlu jika suhu >39 ° C), tricefin 1x500 mg via drip, narfoz 3x0,9 mg via IV. Pasien mendapatkan terapi cairan KAEN 3B 500 cc 30 tpm, diit: rendah serat tanpa sayuran.

4. Data Fokus

Senin, 10 Februari 2020

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, TTV: nadi 110x/menit, pernafasan 25x/menit, suhu 36,9°C, BB saat ini 8,2 kg (sebelum sakit/1 bulan yang lalu: 8,5 kg)

a. Kebutuhan Oksigenasi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak sesak, tidak ada dahak dan tidak ada batuk.

Data Objektif:

Suara pernafasan vesikuler, tidak ada batuk, tidak ada batuk berdarah, tidak ada sputum, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung, pernafasan 25x/menit.

b. Kebutuhan Cairan

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 600 cc/hari (1 kali minum 100 cc/botol) dari tanggal 9 Februari 2020 pukul 08.00 WIB sampai pengkajian. Ibu pasien mengatakan anaknya BAB cair dan ampas sebanyak 5x/hari, berwarna kuning dan berbau khas feses. Ibu pasien mengatakan anaknya BAK+BAB sebanyak 750 cc/hari dan mengganti diapers 5 kali sehari (1 kali ganti diapers berjumlah 150 cc).

Data Objektif:

Suhu 36,9°C, nadi 110x/menit, turgor kulit elastis, CRT <3 detik, mukosa bibir tampak kering.

Balance Cairan/ 24 jam:

Intake (dalam 24 jam): minum dan susu 600 cc + infus 400 cc = 1000 cc/24 jam

Output (dalam 24 jam): urine 750 cc, IWL 230 cc = 980 cc/24 jam

Balance Cairan = *Intake- Output*

= 1000 cc-980 cc

= +20 cc

Hematokrit 36 vol% (hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 9 Februari 2020).

c. Kebutuhan Nutrisi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan semenjak sakit nafsu makannya berkurang hanya menghabiskan 4 sendok makan, terjadi penurunan berat badan selama sakit. Sebelum sakit/ 1 bulan yang lalu 8,5 kg dan selama sakit 8,2 kg turun 0,3 kg. Ibu pasien mengatakan anaknya mual tetapi tidak muntah.

Data Objektif:

Pasien tampak lemas, mukosa tampak kering, tampak hanya menghabiskan 4 sendok makan, berat badan sebelum sakit/ 1 bulan yang lalu 8,5 kg, selama sakit 8,2 kg dan menurun 0,3 kg (3,52%), konjungtiva ananemis, tinggi badan 83 cm, LLA 17 cm, hemoglobin 11 g/dl (hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 9 Februari 2020), diit rendah serat tanpa sayuran.

d. Kebutuhan Eliminasi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan perut An. N tidak kembung, tidak nyeri pada bagian perut, BAB bau khas, berwarna kuning, tidak ada lendir, frekuensi 5x/hari, konsistensi cair dan ampas. Ibu pasien mengatakan BAK+BAB sebanyak 750 cc/hari dan mengganti diapers 5 kali sehari (1 kali ganti diapers berjumlah 150 cc).

Data Objektif :

Abdomen pasien tidak tampak tegang, tidak kaku, bising usus 20x/menit, BAB berbau khas, warna kuning, tidak ada lendir, konsistensi cair dan ampas, tidak ada melena, frekuensi 5x/hari. BAK tidak pekat, berwarna kuning jernih, tidak terpasang kateter, tidak terdapat iritasi. Hasil pemeriksaan tinja tanggal 9 Februari 2020 Tinja: darah samar (-). Makroskopis: warna kuning, konsistensi lembek, PUS (-), lendir (-), darah (-). Mikroskopis: leukosit 1-2, eritrosit 3-5, epitel (+), lemak (+).

e. Kebutuhan Rasa Aman

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak demam.

Data Objektif:

Suhu 36,9°C, leukosit 7.000/ul (hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 9 Februari 2020).

f. Pengetahuan

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan *gastroenteritis* adalah penyakit pada usus yang menyebabkan diare. Ibu pasien mengatakan penyebabnya adalah makan-makanan sembarangan, tanda dan gejalanya adalah BAB cair dan ampas dengan frekuensi yang sering. Ibu pasien mengatakan sudah tahu tentang penyakit anaknya dari internet dan pengalaman anak pertamanya yang pernah terkena penyakit *gastroenteritis*. Ibu pasien mengatakan jika anaknya mengalami hal tersebut, ibu langsung membawa anaknya ke rumah sakit.

Data Objektif:

Ibu pasien tampak sudah paham karena mampu menjawab pertanyaan dari perawat.

g. Dampak Hospitalisasi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan selama anaknya dirawat rewel, ingin selalu bersama ibunya dan menangis jika perawat memberikan obat. Ibu pasien mengatakan cemas karena An. N baru pertama kali dirawat.

Data Objektif:

Pasien tampak menangis ketika perawat memberikan obat, ibu pasien tampak cemas karena An. N baru pertama kali dirawat.

Analisa Data

Tabel 3.1 analisa data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	**Data Subjektif:** Ibu pasien mengatakan: a. Anaknya sudah minum 600 cc/hari (1 kali minum 100 cc/botol) dari tanggal 9 Februari 2020 pukul 08.00 WIB sampai pengkajian. b. Anaknya BAB cair dan ampas sebanyak 5 kali/hari, berwarna kuning dan berbau khas feses. c. Anaknya BAB+BAK sebanyak 750 cc/hari dan mengganti diapers sebanyak 5 kali sehari (1 kali ganti diapers berjumlah 150 cc). **Data Objektif:** a. Suhu 36,9°C. b. Nadi 110x/menit. c. Turgor kulit elastis. d. Mukosa bibir tampak kering. e. CRT <3 detik. f. *Balance* Cairan/ 24 jam: *Intake* (dalam 24 jam): minum dan susu 600 cc + infus 400 cc = 1000 cc/24 jam *Output* (dalam 24 jam): Urine 750 cc, IWL 230 cc *Balance* Cairan = *Intake-Output* 1000 cc- 980 cc = +20 cc/24 jam.	Resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan tubuh	*Output* berlebih

	g. Hematokrit 36 vol% (hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 9 Februari 2020).		
2.	**Data Subjektif:** Ibu pasien mengatakan: a. Semenjak sakit nafsu makannya berkurang hanya menghabiskan 4 sendok makan. b. Terjadi penurunan berat badan selama sakit. Sebelum sakit/ 1 bulan yang lalu 8,5 kg dan selama sakit 8,2 kg turun 0,3 kg. c. Anaknya mual tetapi tidak muntah. **Data Objektif:** a. Pasien tampak lemas, mukosa tampak kering. b. Tampak menghabiskan 4 sendok makan. c. Berat badan sebelum sakit/ 1 bulan yang lalu 8,5 kg, selama sakit 8,2 kg dan menurun 0,3 kg (3,52%). d. Konjungtiva ananemis. e. Tinggi badan 83 cm. f. LLA 17 cm. g. Hemoglobin 11 g/dl (hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 9 Februari 2020). h. Diit rendah serat tanpa sayuran.	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	*Intake* yang tidak adekuat
3.	**Data Subjektif :** Ibu pasien mengatakan: a. Anaknya tidak kembung, tidak nyeri pada bagian perut.	Diare	Malabsorbsi usus

	b. Anaknya diare 5x/hari, berwarna kuning, bau khas feses, konsistensi cair dan ampas. c. Anaknya BAB+BAK 5x/hari menggunakan diapers sebanyak 750 cc (1 kali ganti diapers 150 cc). **Data Objektif:** a. Abdomen pasien tidak tampak tegang, tidak kaku. b. Bising usus 20x/menit. c. BAB berbau khas, warna kuning, tidak ada lendir, konsistensi cair dan ampas, tidak ada melena, frekuensi 5x/hari. d. Hasil pemeriksaan tinja (tanggal 9 Februari 2020) Tinja: darah samar (-). Makroskopis: warna kuning, konsistensi lembek, PUS (-), lendir (-), darah (-). Mikroskopis: leukosit 1-2, eritrosit 3-5, epitel (+), lemak (+).		
4.	**Data Subjektif:** Ibu pasien mengatakan: a. Selama anaknya dirawat rewel, ingin selalu bersama ibunya dan menangis jika perawat memberikan obat. b. Ibu cemas karena An. N baru pertama kali dirawat. **Data Objektif:** a. Pasien tampak menangis ketika perawat memberikan obat. b. Ibu pasien tampak cemas karena An. N baru pertama kali dirawat.	Cemas pada anak dan orangtua	Dampak hospitalisasi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *output* berlebih.
   Ditemukan : 10 Februari 2020
   Tanggal teratasi : belum teratasi
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *intake* yang tidak adekuat.
   Ditemukan : 10 Februari 2020
   Tanggal teratasi : belum teratasi
3. Diare berhubungan dengan malabsorbsi usus.
   Ditemukan : 10 Februari 2020
   Tanggal teratasi : belum teratasi
4. Cemas pada anak dan orangtua berhubungan dengan dampak hospitalisasi.
   Ditemukan : 10 Februari 2020
   Tanggal teratasi : 12 Februari 2020

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan 1: Resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *output* berlebih

Data Subjektif: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 600 cc/hari (1 kali minum 100 cc/botol) dari tanggal 9 Februari 2020 pukul 08.00 WIB sampai pengkajian, anaknya BAB+BAK sebanyak 750 cc/hari dan mengganti diapers sebanyak 5 kali sehari (1 kali ganti diapers berjumlah 150 cc).

Data Objektif: Suhu 36,9°C**,** nadi 110x/menit, turgor kulit elastis, mukosa bibir tampak kering, CRT <3 detik, *intake* (dalam 24 jam): minum dan susu 600 cc + infus 400 cc = 1000 cc/24 jam, *output* (dalam 24 jam): urine 750 cc + IWL 230 cc = 980 cc/24 jam**,** *balance* cairan = 1000 cc - 980 cc = +20 cc/ 24 jam**,** hematokrit 36 vol% (hasil pemeriksaan tanggal 9 Februari 2020).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko kekurangan volume cairan tidak terjadi.

Kriteria Hasil: Turgor kulit elastis, *intake* dan *output* seimbang, mukosa bibir lembab, tanda-tanda vital dalam batas normal (suhu 36,5°-37,5°C, nadi 80-

120/menit), kebutuhan cairan tetap terpenuhi dengan rumus berat badan 0-10 kg (100 cc x 8,2 kg) = 820 cc/24 jam, hematokrit dalam batas normal (31- 41 vol%).

Perencanaan Keperawatan:

Mandiri:

1. Kaji status hidrasi (mata, turgor kulit, mukosa bibir)/shift.
2. Ukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu)/shift.
3. Kaji BAB dan BAK anak/shift.
4. Kaji pemasukan dan pengeluaran cairan/shift.
5. Hitung *balance* cairan/ 24 jam.
6. Anjurkan orangtua untuk memberikan anak minum sesuai kebutuhan cairan 820 cc/24 jam.

Kolaborasi:

7. Monitor pemberian cairan infus KAEN 3B 500 cc 30 tpm sesuai program medis.
8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium hematokrit sesuai instruksi medis.

Pelaksanaan Keperawatan

Senin, 10 Februari 2020

Pukul 09.00 WIB mengkaji status hidrasi (mata, turgor kulit, mukosa bibir) dengan hasil: mata tidak cekung, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. **Pukul 09.45 WIB** mengkaji BAB dan BAK anak dengan hasil: BAB dan BAK sebanyak 300 cc dan mengganti diapers 2 kali (1 kali ganti diapers berjumlah (150 cc). **Pukul 10.00 WIB** mengukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu) dengan hasil: nadi 112x/menit, suhu 36,8°C. **Pukul 12.30 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan anaknya minum sesuai kebutuhan cairan 820 cc/24 jam. **Pukul 13.30 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil: tidak tampak plebitis, aliran cairan infus lancar, cairan infus sudah masuk 150 cc dari pukul 06.00 WIB dengan 30 tpm. **Pukul 13.40 WIB** mengkaji pemasukan dan pengeluaran dengan hasil: pemasukan (minum 300 cc + infus 150 cc) = 450 cc, pengeluaran (urine+BAB= 300 cc). **Pukul 14.00 WIB** menghitung *balance* cairan *intake*: infus 150 cc + oral 300 cc = 450 cc/ 8 jam,

output: urine 300 cc + IWL 77 cc = 377 cc/8 jam. *Balance* Cairan: 450 cc - 377 cc = +73 cc/8 jam. **Pukul 14.40 WIB** mengkaji status hidrasi (mata, turgor kulit, mukosa bibir) dengan hasil: mata tidak cekung, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering. **Pukul 15.40 WIB** mengukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu) dengan hasil: nadi 112x/menit, suhu 36,7°C (perawat ruangan). **Pukul 16.20 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan anaknya minum sesuai kebutuhan cairan 820 cc/24 jam dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum 550 cc dari pukul 08.00 WIB (perawat ruangan). **Pukul 20.30 WIB** mengkaji pemasukan dan pengeluaran dengan hasil: pemasukan (minum 200 cc + infus 250 cc) = 450 cc, pengeluaran urine + BAB 350 cc (perawat ruangan). **Pukul 20.00 WIB** mengkaji BAB dan BAK anak dengan hasil: BAB dan BAK dari pukul 14.10 WIB sebanyak 350 cc dan mengganti diapers 2 kali (1 kali ganti diapers berjumlah 175 cc) (perawat ruangan). **Pukul 21.00 WIB** menghitung *balance* cairan dengan hasil: *intake* (infus 200 cc + oral 250 cc = 450 cc), *output* (urine 350 cc + IWL 77 cc = 427 cc). *Balance* Cairan: 450 cc-427 cc = +23 cc/ 8 jam (perawat ruangan). **Pukul 22.00 WIB** mengukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu) dengan hasil: nadi 112x/menit, suhu 36,8°C (perawat ruangan). **Pukul 23.00 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil: tidak tampak plebitis, aliran cairan infus lancar, cairan infus sudah masuk 500 cc dari pukul 06.00 WIB dengan 30 tpm. **Pukul 06.00 WIB** mengkaji pemasukan dan pengeluaran dengan hasil: pemasukan (minum 270 cc + infus 200 cc = 470 cc), pengeluaran urine + BAB 300 cc (perawat ruangan). **Pukul 06.30 WIB** menghitung *balance* cairan dengan hasil: *intake* (infus 200 cc + oral 270 cc = 470 cc), *output* (urine 300 cc+ IWL 77 cc = 377 cc). *Balance* Cairan: 470 cc - 377 cc = +93 cc/8 jam (perawat ruangan).

Selasa, 11 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengkaji status hidrasi (mata, turgor kulit, mukosa bibrir) dengan hasil: mata tidak cekung, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab. **Pukul 09.00 WIB** mengukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu) dengan hasil: nadi 114x/menit, suhu 36,8°C. **Pukul 09.20 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil: tidak tampak plebitis, aliran infus lancar, 30 tpm. **Pukul**

10.00 WIB menganjurkan orangtua untuk memberikan anaknya minum sesuai kebutuhan cairan 820 cc/24 jam dengan hasil: ibu pasien mengatakan sudah memberikan anaknya minum sebanyak 820 cc. **Pukul 11.40 WIB** mengkaji BAB dan BAK anak dengan hasil: BAB dan BAK sebanyak 200 cc dan mengganti diapers 2 kali (1 kali ganti diapers berjumlah 100 cc). **Pukul 13.20 WIB** mengkaji pemasukan dan pengeluaran dengan hasil: pemasukan (minum 200 cc +150 cc = 350 cc), urine + BAB 200 cc. **Pukul 14.00 WIB** menghitung balance cairan dengan hasil: *intake* (infus 150 cc + oral 200 cc = 350 cc), *output* (urine 200 cc + IWL 77 cc = 277 cc). *Balance* Cairan: 350 cc - 277 cc = +73 cc/8 jam. **Pukul 14.50 WIB** mengukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu) dengan hasil: nadi 113x/menit, suhu 36,8°C. **Pukul 15.00 WIB** mengkaji status hidrasi (mata, turgor kulit, mukosa bibir) dengan hasil: mata tidak cekung, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab). **Pukul 19.30 WIB** mengkaji BAB dan BAK anak dengan hasil: BAB dan BAK dari pukul 14.20 WIB sebanyak 400 cc dan mengganti diapers 4 kali (1 kali ganti diapers berjumlah 100 cc) (perawat ruangan). **Pukul 20.40 WIB** mengkaji pemasukan dan pengeluaran dengan hasil: pemasukan (minum 300 cc + infus 200 cc = 500cc), urine + BAB 400 cc (perawat ruangan). **Pukul 21.00 WIB** menghitung *balance* cairan dengan hasil: *intake* (infus 200 cc + oral 300 cc= 500 cc), *output* (urine 400 cc + IWL 77 cc = 477 cc). *Balance* Cairan: 500 cc - 477 cc = +23 cc/8 jam (perawat ruangan). **Pukul 21.40 WIB** mengukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu) dengan hasil: nadi 112x/menit, suhu 36,7°C (perawat ruangan). **Pukul 22.00 WIB** memonitor pemberiam cairan infus dengan hasil: tidak tampak plebitis, aliran infus lancar 30 tpm (perawat ruangan). **Pukul 06.10 WIB** mengkaji BAB dan BAK dengan hasil: BAB dan BAK sebanyak 250 cc dan mengganti diapers 2 kali (1 kali ganti diapers berjumlah 125 cc) (perawat ruangan). **Pukul 06.15 WIB** mengkaji pemasukan dan pengeluaran dengan hasil: pemasukan (minum 320 cc + infus 200 cc = 520 cc), pengeluaran (urine + BAB= 250 cc) (perawat ruangan). **Pukul 06.20 WIB** menghitung *balance* cairan dengan hasil: *intake* (infus 200 cc + minum 320 cc = 520 cc), *output* (urine 250 cc + IWL 77 cc = 327 cc). *Balance* Cairan: 520 cc - 327 cc = +193 cc/8 jam (perawat ruangan).

Rabu, 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu) dengan hasil: nadi 113x/menit, suhu 36,7°C. **Pukul 09.00 WIB** mengkaji status hidrasi (mata, turgor kulit, mukosa bibir) dengan hasil: mata tidak cekung, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab). **Pukul 10.00 WIB** memonitor pemberian cairan infus dengan hasil: tidak tampak plebitis, aliran cairan infus lancar 30 tpm. **Pukul 11.45 WIB** mengkaji BAB dan BAK anak dengan hasil: BAB dan BAK sebanyak 220 cc dan mengganti diapers sebanyak 2 kali (1 kali ganti diapers berjumlah 110 cc). **Pukul 12.00 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan anaknya minum sesuai kebutuhan cairan 820 cc/24 jam dengan hasil: ibu pasien mengatakan sudah memberikan anaknya minum sebanyak 200 cc dari pukul 08.00 WIB. **Pukul 13.10 WIB** mengkaji pemasukan dan pengeluaran dengan hasil: pemasukan (minum 200 cc + infus 150 cc =350 cc), pengeluaran (urine + BAB = 220 cc). **Pukul 14.00 WIB** menghitung *balance* cairan dengan hasil: *intake* (infus 150 cc + oral 200 cc = 350 cc), *output* (urine 220 cc+ IWL 77 cc= 297 cc). *Balance* Cairan: 350 cc - 297 cc = +53 cc/8 jam.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau minum 550 cc dari pukul 08.00 WIB.

Objektif: mata tidak cekung, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, suhu 36,7°C, nadi 112x/menit, *balance* cairan/ 24 jam: *intake* (infus pagi 150 cc + infus sore 200 cc + infus malam 200 cc = 550 cc), (minum pagi 300 cc + minum sore 250 cc + minum malam 270 cc = 820 cc), *output* (urine pagi 300 cc + urine sore 350 cc + urine malam 300 cc = 950 cc) + IWL 230 cc maka *Balance* Cairan: 1370 cc - 1180 = +190 cc/24 jam.

Analisa: Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dan 8.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan sudah memberikan anaknya minum sebanyak 820 cc.

Objektif: Mata tidak cekung, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, suhu 36,7°C, nadi 112x/menit, *balance* cairan/24 jam: *intake* (infus pagi 150 cc + infus sore 200 cc + infus malam 200 cc = 550 cc), (minum pagi 200 cc + minum sore 300 cc + minum malam 320 cc = 820 cc), *output* (urine pagi 200 cc + urine sore 400 cc + urine malam 250 cc = 850 cc) + IWL 230 cc maka *Balance* Cairan: 1370 cc - 1080 cc = +290 cc/ 24 jam.

Analisa: Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 4, 5, 6,7 dan 8.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum sebanyak 200 cc dari pukul 08.00 WIB.

Objektif: Mata tidak cekung, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, nadi 112x/menit, suhu 36,7°C, *balance* cairan: *intake* (minum 200 cc + infus 150 cc = 350 cc), *output* (urine 220 cc + IWL 77 cc = 297 cc), maka *balance* cairan: 350 cc - 297 cc = +53 cc/8 jam.

Analisa: Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dan 8 oleh perawat ruangan.

Diagnosa Keperawatan 2: Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *intake* yang tidak adekuat

Data Subjektif: Ibu pasien mengatakan semenjak pasien sakit nafsu makannya berkurang hanya menghabiskan 4 sendok makan, terjadi penurunan berat badan selama sakit, sebelum sakit/ 1 bulan yang lalu 8,5 kg dan saat ini 8,2 kg turun 0,3 kg, anaknya mual tetapi tidak muntah.

Data Objektif: Pasien tampak lemas, tampak hanya menghabiskan 4 sendok makan, berat badan sebelum sakit/ 1 bulan yang lalu 8,5 kg, saat ini 8,2 kg dan menurun 0,3 kg (3,52%), tinggi badan 83 cm**,** lingkar lengan atas 17 cm,

konjungtiva ananemis, hemoglobin 11 g/dl (hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 9 Februari 2020), diit rendah serat tanpa sayuran.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi.

Kriteria Hasil: Berat badan sesuai rumus BB ideal: usia (tahun) x 2 + 8 = (2 x 2) + 8 = 12 kg, nafsu makan meningkat, konjungtiva ananemis, pasien tidak mual, hemoglobin dalam batas normal (11.3-14.1 g/dl).

Perencanaan Keperawatan:

Mandiri:

1. Kaji keluhan mual dan muntah.
2. Kaji jumlah makan yang dihabiskan.
3. Observasi konjungtiva.
4. Timbang berat badan setiap 2 hari.
5. Anjurkan orangtua untuk memberikan makan sedikit tetapi sering.

Kolaborasi:

6. Monitor hasil laboratorium hemoglobin sesuai program medis.
7. Berikan obat narfoz 3 x 0,9 mg melalui intravena sesuai instruksi medis.

Pelaksanaan Keperawatan

Senin, 10 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengkaji keluhan mual dan muntah dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya mual tetapi tidak muntah. **Pukul 08.20 WIB** memberikan obat narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan. **Pukul 10.00 WIB** mengkaji jumlah makan yang dihabiskan dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan ½ porsi makan. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan. **Pukul 13.50 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan anaknya makan sedikit tetapi sering dengan hasil: ibu pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat. **Pukul 16.00 WIB** mengkaji keluhan mual dan muntah dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya mual tetapi tidak muntah (perawat ruangan). **Pukul 21.00 WIB** memberikan obat narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan (perawat ruangan). **Pukul**

21.30 WIB mengkaji jumlah yang dihabiskan dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan ½ porsi makan. **Pukul 05.00 WIB** memberikan narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan (perawat ruangan). **Pukul 06.25 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan anaknya makan sedikit tetapi sering dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan ½ porsi setiap kali makan (perawat ruangan). **Pukul 06.40 WIB** mengobservasi konjungtiva dengan hasil: konjungtiva ananemis (perawat ruangan).

Selasa, 11 Februari 2020

Pukul 08.20 WIB mengkaji jumlah makan yang dihabiskan dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan ½ porsi setiap kali makan. **Pukul 08.30 WIB** memberikan obat narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan. **Pukul 10.00 WIB** mengkaji keluhan mual dan muntah dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya mual tetapi tidak muntah. **Pukul 10.30 WIB** menimbang berat badan dengan hasil: berat badan pasien 8,2 kg. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan. **Pukul 14.20 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan makan sedikit tetapi sering dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya sudah makan ½ porsi setiap kali makan. **Pukul 18.00 WIB** mengobservasi konjungtiva dengan hasil: konjungtiva ananemis (perawat ruangan). **Pukul 19.00 WIB** memberikan obat narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan (perawat ruangan). **Pukul 21.10 WIB** mengkaji keluhan mual dan muntah dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya mual tetapi tidak ada muntah (perawat ruangan). **Pukul 05.00 WIB** memberikan obat narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan (perawat ruangan). **Pukul 06.25 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan makan sedikit tetapi sering dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya sudah makan ½ porsi makan setiap kali makan (perawat ruangan).

Rabu, 12 Februari 2020

Pukul 08.20 WIB mengkaji mual dan muntah dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya ada mual tetapi tidak muntah. **Pukul 08.30 WIB** memberikan obat narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan. **Pukul 09.00 WIB** mengobservasi konjungtiva dengan hasil: konjungtiva ananemis. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat narfoz 0,9 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan. **Pukul 14.00 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan anaknya makan sedikit tetapi sering dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya sudah makan ½ porsi setiap kali makan.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan ½ porsi setiap kali makan, anaknya mual tetapi tidak muntah.

Objektif: Tampak menghabiskan ½ porsi setiap kali makan, konjungtiva ananemis.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan anaknya mual tetapi tidak ada muntah, anaknya menghabiskan ½ porsi setiap kali makan.

Objektif: Konjungtiva ananemis, tampak menghabiskan ½ porsi setiap kali makan, berat badan pasien 8,2 kg.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan makan ½ porsi setiap kali makan, anaknya ada mual tetapi tidak ada muntah.

Objektif: Konjungtiva ananemis, tampak menghabiskan makan ½ porsi.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7 oleh perawat ruangan.

Diagnosa Keperawatan 3: Diare berhubungan dengan malabsorbsi usus

Data Subjektif: Ibu pasien mengatakan anaknya tidak kembung, tidak nyeri pada bagian perut, anaknya diare 5x/ hari, berwarna kuning, bau khas feses, konsistensi cair dan ampas, anaknya BAB+BAK 5x/hari menggunakan diapers sebanyak 750 cc (1 kali ganti diapers berjumlah 150 cc).

Data Objektif: Abdomen pasien tidak tampak tegang, tidak kaku, bising usus 20x/menit, BAB berbau khas, warna kuning, tidak ada lendir, konsistensi cair, hasil pemeriksaan tinja (tanggal 9 Februari 2020) tinja: darah samar (-), makroskopis: warna kuning, konsistensi lembek, PUS (-), lendir (-), darah (-), mikroskopis: leukosit 1-2, eritrosit 3-5, epitel (+), lemak (+).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan diare dapat teratasi.

Kriteria Hasil: Frekuensi BAB 1 kali/ hari, konsistensi BAB lembek, bising usus dalam batas normal (5-15x/menit), pemeriksaan tinja dalam batas normal epitel (-), lemak (-).

Perencanaan Keperawatan:

Mandiri:

1. Monitor frekuensi, konsistensi, warna BAB/shift.
2. Auskultasi bising usus.

Kolaborasi:

3. Berikan obat daryazinc sirup 1x5 cc melalui oral sesuai instruksi medis.
4. Berikan obat liprolac 2x1 sachet melalui oral sesuai instruksi medis.
5. Berikan obat tricefin 1x500 mg melalui drip sesuai instruksi medis.

Pelaksanaan Keperawatan

Senin, 10 Februari 2020

Pukul 08.35 WIB memonitor frekuensi, konsistensi, warna BAB dengan hasil: ibu pasien mengatakan frekuensi BAB sudah 2 kali, konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning. **Pukul 08.40 WIB** memberikan obat daryazinc 5 cc melalui

oral dengan hasil: obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 10.00 WIB** mengauskultasi bising usus dengan hasil: bising usus 21x/menit. **Pukul 13.00 WIB** memberikan liprolac 1 sachet melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 16.00 WIB** memonitor frekuensi, konsistensi, warna BAB dengan hasil: ibu pasien mengatakan frekuensi BAB sudah 2 kali, konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning (perawat ruangan). **Pukul 19.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 21.00 WIB** memonitor frekuensi, konsistensi, warna dengan hasil: ibu pasien mengatakan frekuensi BAB sudah 2 kali, konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning (perawat ruangan). **Pukul 05.00 WIB** memberikan obat tricefin 500 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan (perawat ruangan). **Pukul 06.10 WIB** memonitor frekuensi, konsistensi dan warna BAB dengan hasil: ibu pasien mengatakan frekuensi BAB sudah 2 kali, konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning (perawat ruangan).

Selasa, 11 Februari 2020

Pukul 08.20 WIB memonitor frekuensi, konsistensi, warna BAB dengan hasil: ibu pasien mengatakan frekuensi BAB sudah 2 kali, konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning. **Pukul 08.40 WIB** memberikan obat daryazinc 5 cc melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 09.00 WIB** mengauskultasi bising usus dengan hasil: bising usus 22x/menit. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 19.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 20.00 WIB** memonitor frekuensi, konsistensi, warna BAB dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya sudah 4 kali BAB dari pukul 08.20 WIB, konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning (perawat ruangan). **Pukul 05.00 WIB** memberikan obat tricefin 500 mg melalui intravena dengan hasil: obat berhasil dimasukkan (perawat ruangan). **Pukul 06.20 WIB** memonitor frekuensi, konsistensi dan warna BAB dengan

hasil: ibu pasien mengatakan anaknya sudah BAB 2 kali dari pukul 20.00 WIB kemarin, konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning (perawat ruangan).

Rabu, 12 Februari 2020

Pukul 08.10 WIB memonitor frekuensi, konsistensi dan warna BAB dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya BAB 2 kali dari pukul 06.20 WIB, konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning. **Pukul 08.40 WIB** memberikan obat daryazinc 5 cc melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 10.25 WIB** mengauskultasi bising usus dengan hasil: bising usus 22x/menit. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet melalui oral dengan hasil: obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 14.45 WIB** memonitor frekuensi, konsistensi dan warna BAB dengan hasil: ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1 kali dari pukul 08.10 WIB, konsistensi cair dan ampas, berawarna kuning.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan anaknya BAB sudah 8 kali dari kemarin pagi sampai pagi ini dengan konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning.

Objektif: BAB pasien berwarna kuning, konsistensi cair dan ampas, bising usus 21x/menit, hasil pemeriksan tinja: epitel (+), lemak (+).

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum teratasi.

Planning: Lanjutkan intervensi no.1, 2, 3, 4 dan 5.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan anakanya BAB sudah 8 kali dari kemarin pagi sampai pagi ini dengan konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning.

Objektif: BAB pasien berwarna kuning, konsistensi cair dan ampas, bising usus 22x/menit.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 4 dan 5.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan anaknya BAB sudah 3 kali dari pagi ini sampai siang dengan konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning.

Objektif: BAB pasien berwarna kuning, konsistensi cair dan ampas, bising usus 22x/menit.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi no. 1, 2, 3, 4 dan 5 oleh perawat ruangan.

Diagnosa Keperawatan 4: Cemas pada anak dan orangtua berhubungan dengan dampak hospitalisasi

Data Subjektif: Ibu pasien mengatakan selama anaknya dirawat rewel, ingin selalu bersama ibunya dan menangis jika perawat memberikan obat, cemas karena An. N baru pertama kali dirawat.

Data Objektif: Pasien tampak menangis ketika perawat memberikan obat, ibu pasien tampak cemas karena An. N baru pertama kali dirawat.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan cemas pada anak dan orangtua berkurang.

Kriteria Hasil: Pasien tidak takut saat perawat datang, pasien kooperatif dan tidak rewel, orangtua pasien tidak cemas, orangtua pasien tampak tenang.

Perencanaan Keperawatan:

Mandiri:

1. Kaji penyebab cemas orangtua.
2. Amati ekspresi anak pada saat perawat datang.
3. Anjurkan orangtua untuk selalu menemani anak.
4. Libatkan orangtua dalam perawatan anak.
5. Ciptakan lingkungan yang membuat anak senang seperti memberikan mainan kesukaannya.

Pelaksanaan Keperawatan

Senin, 10 Februari 2020

Pukul 08.40 WIB mengamati ekspresi anak pada saat perawat datang dengan hasil: anak tampak menangis ketika perawat datang untuk memberikan obat.

Pukul 12.45 WIB mengkaji penyebab cemas orangtua dengan hasil: ibu pasien mengatakan cemas karena An. N baru pertama kali di rawat. **Pukul 13.00 WIB** melibatkan orangtua dalam perawatan anak dengan hasil: ibu pasien sudah dilibatakan dalam memberikan minum obat siang kepada anaknya. **Pukul 14.00 WIB** menganjurkan orangtua untuk selalu menemani anak dengan hasil: ibu pasien mengatakan akan selalu menemani anaknya.

Selasa, 11 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB melibatkan orangtua dalam perawatan anak dengan hasil: ibu pasien dilibatkan dalam memberikan minum obat pagi kepada anaknya. **Pukul 13.30 WIB** mengamati ekspresi anak pada saat perawat datang dengan hasil: anak tampak nyaman dan tidak menangis ketika perawat datang memberikan obat. **Pukul 13.50 WIB** mengkaji rasa cemas orangtua dengan hasil: ibu pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas karena anaknya tidak rewel seperti kemarin. **Pukul 14.20 WIB** menciptakan lingkungan yang membuat anak senang seperti memberikan mainan kesukaan dengan hasil: ibu pasien sudah memberikan mainan boneka kesukaan anaknya.

Rabu, 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB mengamati ekspresi anak pada saat perawat datang dengan hasil: An. N sudah tidak menangis lagi ketika perawat datang memberikan obat dan pasien tampak mau bercanda dengan perawat. **Pukul 11.15 WIB** menciptakan lingkungan yang membuat anak senang seperti memberikan mainan kesukaan dengan hasil: ibu pasien sudah memberikan mainan boneka kesukaan anaknya. **Pukul 13.00 WIB** melibatkan orangtua dalam perawatan anak dengan hasil: ibu pasien sudah dilibatkan dalam pemberian obat siang kepada anaknya. **Pukul 14.00 WIB** mengkaji rasa cemas orangtua dengan hasil: ibu pasien mengatakan tidak terlalu cemas karena anaknya tidak rewel seperti kemarin.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan cemas karena An. N baru pertama kali dirawat. Ibu pasien mengatakan akan selalu menemani anaknya.

Objektif: Pasien tampak menangis ketika perawat datang untuk memberikan obat, ibu pasien tampak cemas.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4 dan 5.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas karena tidak rewel seperti kemarin.

Objektif: Pasien tampak nyaman dan tidak menangis, tidak rewel seperti kemarin.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4 dan 5.

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Ibu pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas karena anaknya tidak rewel.

Objektif: Pasien tampak tidak menangis pada saat perawat memberikan obat, tampak mau bercanda dengan perawat, anak tidak rewel.

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: Hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam BAB ini, penulis akan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus. Penulis juga menganalisa faktor pendukung dan penghambat serta pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Maryanti, dkk (2011) ada 4 etiologi penyakit *gastroenteritis* yaitu faktor infeksi, faktor malabsorbsi, faktor makanan, dan faktor psikologi. Pada kasus, etiologinya adalah faktor malabsorbsi lemak hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan tinja mikroskopis lemak (+) dan faktor predisposisi karena makan-makanan di pinggir jalan. Pada manifestasi klinis terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, pada teori menurut Suriadi & Rita Yuliani (2010) ada beberapa manifestasi klinis *gastroenteritis* antara lain sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, terdapat tanda dan gejala dehidrasi (turgor kulit jelek atau elastisitas menurun, mata cekung, membran mukosa kering), kram abdominal, demam, mual dan muntah, anoreksia, lemah, pucat, perubahan tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan cepat), dan menurun atau tidak ada pengeluaran urin. Menurut Lusianah & Suratun (2010) dikatakan derajat dehidrasi ringan bila terjadi penurunan berat badan 5%, dehidrasi sedang bila terjadi penurunan berat badan 5-10%, dan dehidrasi berat bila terjadi penurunan berat badan 10-15%. Sedangkan pada kasus, tidak ditemukan dehidrasi dibuktikan dengan penurunan berat badan pasien hanya 3,52%, turgor kulit pasien elastis, mata tidak cekung, tetapi membran mukosa pasien kering), tidak ditemukan kram abdominal karena pada saat pengkajian pasien tidak nyeri, tidak demam dibuktikan dengan saat pengkajian suhunya 36,9°C dan leukosit dalam batas normal 7.000/ul, tidak terjadi pernafasan cepat dibuktikan dengan hasil pengkajian pernafasan anak 25x/menit.

Pada pemeriksaan diagnostik terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut Susilaningrum, dkk (2013) ada beberapa pemeriksaan diagnostik yang menunjang penyakit *gastroenteritis* seperti makroskopis, mikroskopis, pemeriksaan analisa gas darah, pemeriksaan elektrolit. Sedangkan pada kasus, hanya dilakukan pemeriksaan darah dan pemeriksaan tinja tanggal 9 Februari 2020 dengan hasil epitel (+), lemak (+) dikarenakan dengan pemeriksaan tinja sudah membuktikan bahwa pasien terkena penyakit *gastroenteritis*.

Terdapat kesenjangan antara terori dan kasus. Menurut Ngastiyah (2014) terdapat beberapa penatalaksanaan medis seperti cairan NaCl atau ringer laktat dengan suplementasi kalium, obat anti sekresi, obat spasmolitik, dan antibiotik. Sedangkan pada kasus pasien mendapatkan terapi cairan KAEN 3B yang mengandung *dextrose anhydrous* untuk mengganti nutrisi, *potassium chloride* untuk mengganti kalium yang hilang akibat diare, dan *sodium chlorida* untuk mengganti cairan yang hilang, pasien mendapatkan obat antibiotik dan tidak mendapatkan obat anti sekresi, obat spasmolitik dimana fungsi obat tersebut untuk mengurangi nyeri dan pasien tidak mengalami nyeri.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu orangtua pasien yang cukup kooperatif dalam menceritakan perkembangan kesehatan anaknya, data dari rekam medis serta perawat ruangan yang membantu dalam pengumpulan data, sehingga memudahkan penulis untuk mendapatkan data pengkajian.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu anak yang kurang kooperatif, menangis jika perawat datang sehingga penulis mengalami kesulitan untuk mengkaji anak. Solusi untuk mengatasinya yaitu mengalihkan rasa takut anak dengan cara bermain boneka.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Bararah Taqiyyah & Mohammad Jauhar (2013) terdapat 7 diagnosa keperawatan yaitu diare berhubungan dengan inflamasi, iritasi, malabsorpsi

usus, dan adanya toksin. Kurang volume cairan berhubungan dengan *output* yang berlebih (diare berat, muntah), status hipermetabolik, dan pemasukan cairan yang terbatas. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan absorbsi nutrient, status hipermetabolik. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iritasi, frekuensi BAB yang berlebihan. Nyeri berhubungan dengan hiperperistaltik usus, diare lama, iritasi kulit atau jaringan. Cemas dan takut pada anak/ orangtua berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi sakit. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi sakit.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut Bararah Taqiyyah & Mohammad Jauhar (2013) diagnosa keperawatan prioritas adalah diare berhubungan dengan inflamasi, iritasi, malabsorbsi usus, dan adanya toksin. Sedangkan pada kasus diagnosa keperawatan prioritas adalah resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *output* berlebih. Alasan penulis mengangkat diagnosa keperawatan tersebut karena menurut kebutuhan hirarki Maslow kebutuhan cairan merupakan kebutuhan kedua setelah kebutuhan oksigenasi. Menurut Wulandari Dewi (2016) patofisiologi *gastroenteritis* menyebabkan destruksi pada mukosa sel dari vili usus halus yang dapat menyebabkan penurunan kapasitas absorbsi cairan dan elektrolit, sehingga perlu diperhatikan kebutuhan cairan pada anak. Penulis mengangkat diagnosa keperawatan resiko dikarenakan pada pasien tidak ditemukan tanda-tanda dehidrasi (mata cekung, turgor tidak elastis), hasil *balance* cairan dalam 24 jam yaitu +20 cc, pasien masih mau minum sebanyak 600 cc/24 jam dan pasien sudah mendapatkan rehidrasi cairan yaitu terapi infus KAEN 3B 500 cc dengan 30 tpm.

Diagnosa keperawatan pada teori yang tidak diangkat pada kasus ada ada tiga, antara lain:

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iritasi, frekuensi BAB yang berlebihan, pada kasus penulis tidak menetapkan diagnosa keperawatan ini dikarenakan pada saat pengkajian penulis melihat di sekitar anus anak dengan

hasil tidak terdapat iritasi atau kemerahan. Nyeri berhubungan hiperperistaltik usus, diare lama, iritasi kulit atau jaringan, sedangkan pada kasus penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan tersebut dikarenakan pada saat pengkajian tidak ada keluhan kram abdomen. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi sakit, pada kasus penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan tersebut. Hal ini dikarenakan pada saat perawat bertanya kepada ibu tentang penyakit anaknya, ibu sudah paham tentang definisi, penyebab, tanda dan gejala, dan penanganannya.

Faktor pendukung dalam menetapkan diagnosa keperawatan adalah didukung oleh data tanda dan gejala pada pasien, tersedianya referensi yang relevan sehingga membantu penulis dalam menetapkan diagnosa keperawatan. Sedangkan pada faktor penghambat, penulis sulit untuk menetapkan diagnosa keperawatan pada kasus tetapi tidak ada pada teori, sehingga penulis mencari sumber-sumber yang relevan.

C. Perencanaan Keperawatan

Menurut Bararah Taqiyyah & Mohammad Jauhar (2013) dalam penyusunan intervensi keperawatan perlu ditentukan waktu dan tujuan pada intervensi tidak ada, sedangkan pada kasus penulis menetapkan waktu dan tujuan sebanyak 3x24 jam untuk mencapai setiap diagnosa keperawatan dan sebagai tolak ukur untuk keberhasilan intervensi keperawatan yang telah penulis tetapkan.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada kasus, diagnosa keperawatan pertama resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *output* berlebih penulis menetapkan intervensi keperawatan anjurkan orangtua untuk memberikan anak minum sesuai kebutuhan cairan 820 cc/24 jam, pada teori tidak terdapat intervensi keperawatan tersebut. Hal ini perlu dilakukan agar kebutuhan cairan anak terpenuhi.

Diagnosa keperawatan kedua pada kasus yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *intake* yang tidak adekuat. Pada teori terdapat intervensi keperawatan timbang berat badan setiap hari, sedangkan pada kasus tidak dilakukan setiap hari dikarenakan anak yang selalu menangis ketika perawat datang. Terdapat juga intervensi keperawatan pada teori yaitu berikan nutrisi parenteral total, hal ini tidak dilakukan dikarenakan pasien masih bisa makan melalui oral.

Diagnosa keperawatan ketiga pada kasus yaitu diare berhubungan dengan malabsorbsi usus. Pada teori terdapat intervensi keperawatan berikan obat antasida, sedangkan pada kasus pasien tidak mendapatkan obat antasida dikarenakan pasien sudah mendapatkan obat liprolac dan obat daryazinc untuk mengatasi diare.

Adapun faktor pendukung dalam menentukan perencanaan keperawatan yaitu data-data pasien yang mendukung serta tersedianya sumber-sumber yang relevan dalam menetapkan perencanaan keperawatan. Faktor penghambat dalam menentukan perencanaan keperawatan, munculnya intervensi keperawatan pada kasus sedangkan pada teori tidak muncul, sehingga penulis mengalami kesulitan. Solusi untuk mengatasinya dengan cara mencari referensi yang terbaru sesuai kondisi pasien.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan selama tiga hari tidak terdapat pelaksanaan keperawatan tambahan ataupun modifikasi.

Pelaksanaan keperawatan diagnosa pertama dilakukan selama 3x24 jam, pelaksanaan keperawatan yang dilakukan secara *independent* yaitu mengkaji status hidrasi (mata, turgor kulit, mukosa bibir), mengukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu), mengkaji BAB dan BAK anak, menghitung *balance* cairan dalam 24 jam, dan menganjurkan orangtua untuk memberikan anak minum sesuai kebutuhan cairan 820 cc/24 jam. Pelaksanaaan keperawatan yang dilakukan secara *interdependent* yaitu pemberian cairan infus KAEN 3B

dengan 30 tpm dan pemeriksaan hasil laboratorium hematokrit. Monitor pemeriksaan hasil laboratorium (hematokrit) tidak dilakukan dikarenakan tidak ada instruksi medis yang mengharuskan pasien untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium (hematokrit).

Pelaksanaan keperawatan diagnosa kedua dilakukan selama 3x24 jam, tindakan keperawatan yang dilakukan secara *independent* yaitu mengkaji keluhan mual dan muntah, mengkaji jumlah makan yang dihabiskan, mengobservasi konjungtiva, menimbang berat badan setiap 2 hari, dan menganjurkan orangtua untuk memberikan makan sedikit tetapi sering. Pelaksanaan yang dilakukan secara *interdependent* yaitu pemberian obat narfoz melalui intravena dan pemeriksaan hasil laboratorium hemoglobin. Monitor pemeriksaan hasil laboratorium (hemoglobin) tidak dilakukan dikarenakan tidak ada instruksi medis yang mengharuskan pasien untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium (hemoglobin).

Pelaksanaan keperawatan diagnosa ketiga dilakukan selama 3x24 jam, pelaksanaan keperawatan yang dilakukan secara *independent* yaitu memonitor frekuensi, konsistensi warna BAB dan mengauskultasi bising usus. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan secara *interdependent* yaitu pemberian obat daryazinc melalui oral, obat liprolac melalui oral dan obat tricefin melalui drip.

Pelaksanaan keperawatan diagnosa keempat dilakukan selama 3x24 jam, tindakan keperawatan dilakukan secara *independent* semua yang meliputi mengkaji penyebab cemas orangtua, mengamati ekspresi anak pada saat perawat datang, menganjurkan orangtua untuk selalu menemani anak, melibatkan orangtua dalam perawatan anak dan menciptakan lingkungan yang membuat anak senang seperti memberikan mainan kesukaannya.

Faktor pendukung dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu orangtua yang sangat kooperatif dan kerja sama antara penulis dan perawat. Penulis

melakukan pelaksanaan keperawatan hanya di shift pagi, kemudian perawat ruangan melanjutkan pelaksanaan keperawatan pada shift sore dan shift malam karena antara penulis dan perawat ruangan merupakan satu tim dalam memberikan asuhan keperawatan.

Faktor penghambat dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu anak yang menangis saat perawat datang, data cairan infus yang telah masuk kurang akurat. Solusi untuk mengatasinya dengan cara memberikan anak mainan kesukaannya yaitu boneka agar mengalihkan rasa takutnya dan melibatkan orangtua untuk mendampingi anaknya, memberikan orangtua catatan kecil untuk mencatat cairan infus yang telah masuk pada pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kasus tidak semua diagnosa keperawatan tercapai dalam waktu yang ditargetkan oleh penulis.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan tubuh berhubungan *output* berlebih masalah tidak terjadi dan tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum sebanyak 200 cc, mata tidak cekung, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, nadi 112x/menit, *balance* cairan: *intake* (minum 200 cc + infus 150 cc = 350 cc), *output* (urine 220 cc + IWL 77 cc = 297 cc), maka *balance* cairan: 350 cc - 297 cc = +53 cc/8 jam.

Evaluasi diagnosa keperawatan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *intake* yang tidak adekuat masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai. Hal ini dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan makan ½ porsi setiap kali makan, anaknya ada mual tetapi tidak ada muntah, konjungtiva ananemis, berat badan 8,2 kg.

Evaluasi diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan malabsorbsi usus masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai dibuktikan denga ibu pasien

mengatakan anaknya BAB sudah 3 kali dari pagi ini sampai siang dengan konsistensi cair dan ampas, berwarna kuning, bising usus 22x/menit.

Evaluasi diagnosa keperawatan cemas pada anak dan orangtua berhubungan dengan dampak hospitalisasi masalah teratasi dan tujuan tercapai. Hal ini dibuktikan dengan ibu pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas karena anaknya tidak rewel, pasien tampak tidak menangis pada saat perawat memberikan obat, tampak mau bercanda dengan perawat.

Faktor pendukung dalam evaluasi keperawatan yaitu orangtua yang sangat kooperatif untuk memberikan informasi perkembangan kesehatan anaknya dan perawat ruangan yang bekerja sama dengan penulis. Adapun faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan yaitu tidak semua masalah pada pasien dapat teratasi dalam waktu yang telah ditentukan penulis. Solusi untuk mengatasinya yaitu penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melihat perkembangan kesehatan pasien lebih lanjut.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada pengkajian terdapat kesenjangan yaitu manifestasi klinis yang dialami pasien adalah sering buang air besar dengan konsistensi cair dan ampas, mual, bising usus 20x/menit. Pemeriksaan diagnostik yang menunjang *gastroenteritis* yaitu pemeriksaan tinja yang terdiri dari makroskopis dan mikroskopis. Pada penatalaksanaan medis yang didapatkan oleh pasien adalah terapi cairan KAEN 3B yang mengandung *dextrose anhydrous* untuk mengganti nutrisi, *potassium chloride* untuk mengganti cairan yang hilang, *sodium chloride* untuk mengganti cairan yang hilang, dan mendapatkan obat antibiotik.

Pada tahap diagnosa keperawatan, penulis merumuskan 4 diagnosa keperawatan pada kasus yang sesuai dengan teori yaitu resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *output*, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *intake* yang tidak adekuat, diare berhubungan dengan malabsorbsi usus serta cemas pada anak dan orangtua berhubungan dengan dampak hospitalisasi.

Pada tahap perencanaan keperawatan, penulis telah menetapkan intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan prioritas resiko kekurangan volume cairan dari kebutuhan berhubungan dengan *output* berlebih yaitu kaji status hidrasi (mata, turgor kulit, mukosa bibir), ukur tanda-tanda vital (nadi dan suhu), kaji BAB dan BAK anak, kaji pemasukan dan pengeluaran cairan, hitung *balance* cairan/ 24 jam, anjurkan orangtua untuk memberikan anak minum sesuai kebutuhan cairan 820 cc/24 jam, monitor pemberian cairan infus KAEN 3B 500 cc 30 tpm sesuai program medis, dan monitor hasil pemeriksaan laboratorium hematokrit sesuai instruksi medis.

Dalam melakukan pelaksanaan keperawatan ada beberapa rencana keperawatan yang tidak dilakukan di hari selanjutnya pada diagnosa keperawatan pertama yaitu monitor hasil pemeriksaan laboratorium hematokrit dan diagnosa keperawatan kedua monitor hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin. Hal ini dikarenakan tidak ada instruksi medis yang mengharuskan pasien untuk dilakukan pemeriksaan tersebut.

Pada tahap evaluasi keperawatan dapat disimpulkan bahwa ada beberapa masalah yang belum teratasi dalam waktu yang telah ditentukan penulis. Pada diagnosa keperawatan pertama evaluasi terakhir masalah tidak terjadi, tujuan tercapai. Pada diagnosa keperawatan kedua evaluasi terakhir masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Pada diagnosa keperawatan ketiga evaluasi terakhir masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Pada diagnosa keperawatan keempat evaluasi terakhir masalah teratasi, tujuan tercapai.

B. Saran

Saran yang ingin disampaikan penulis dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan *gastroenteritis* yaitu kepada:

1. Bagi Penulis

   Diharapkan agar penulis lebih banyak membaca literatur untuk menambah wawasan yang luas agar dapat meningkatkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien anak dengan *gastroenteritis* mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi serta meningkatkan cara bina *trust* pada pasien anak yang mengalami dampak hospitalisasi.

2. Bagi Perawat

   Diharapkan bagi perawat ruangan hendaknya melakukan terapi bermain untuk mengurangi dampak hospitalisasi pada anak dan melibatkan orangtua mendampingi anaknya, memberikan orangtua catatan kecil untuk mencatat cairan infus yang telah masuk pada pasien agar mendapatkan data yang akurat.

DAFTAR PUSTAKA

Bararah Taqiyyah & Mohammad Jauhar. (2013). *Asuhan Keperawatan : Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional Jilid 2*. Jakarta: Prestasi Pustaka.

Betz Cecily Lynn & Linda A. Sowden. (2013). *Buku Saku Keperawatan Pediatri Edisi 5*. Jakarta: EGC.

Cahyaningsih Dwi Sulistyo. (2011). *Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: TIM.

Debora, O. (2013). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika.

Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi. (2016). Profil Kesehatan Kabupaten Bekasi 2015.

Dinkes Provinsi Jawa Barat. (2017). Profil Kesehatan di Jawa Barat Tahun 2017. Diunduh dari: http://diskes.jabarprov.go.id/dmdocuments/01b3018430a412a520e2b4a4b9d9864f.pdf [22 Februari 2020]

Kemenkes RI. (2018). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Diunduh dari: https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf [22 Februari 2020]

Kodim, Y. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.

Kyle Terri & Susan Carman. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri Vol.1 Edisi 2*. Jakarta: EGC.

Lusianah & Suratun. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: Trans Info Media.

Mardalena, I. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.

Maryanti, D., Sujianti, & Budiarti, T. (2011). *Buku Ajar Neonatus, Bayi dan Balita*. Jakarta: Trans Info Media.

Maryunani, A. (2014). *Asuhan Neotatus, Bayi, Balita dan Anak Pra-Sekolah*. Jakarta: In Media.

Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit Edisi 2*. Jakarta: EGC.

Nuari, N. A. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: TIM.

Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*. Yogyakarta: Medi Action.

Oktiawati, A., Khodijah, Setyaningrum, I., & Rizki Cintya Dewi. (2017). *Teori dan Konsep Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: Trans Info Media.

Sodikin. (2011). *Asuhan Keperawatan Anak; Gangguan Sistem Gastrointestinal dan Hepatobilier*. Jakarta: Salemba Medika.

Sulistyawati, A. (2015). *Deteksi Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Salemba Medika.

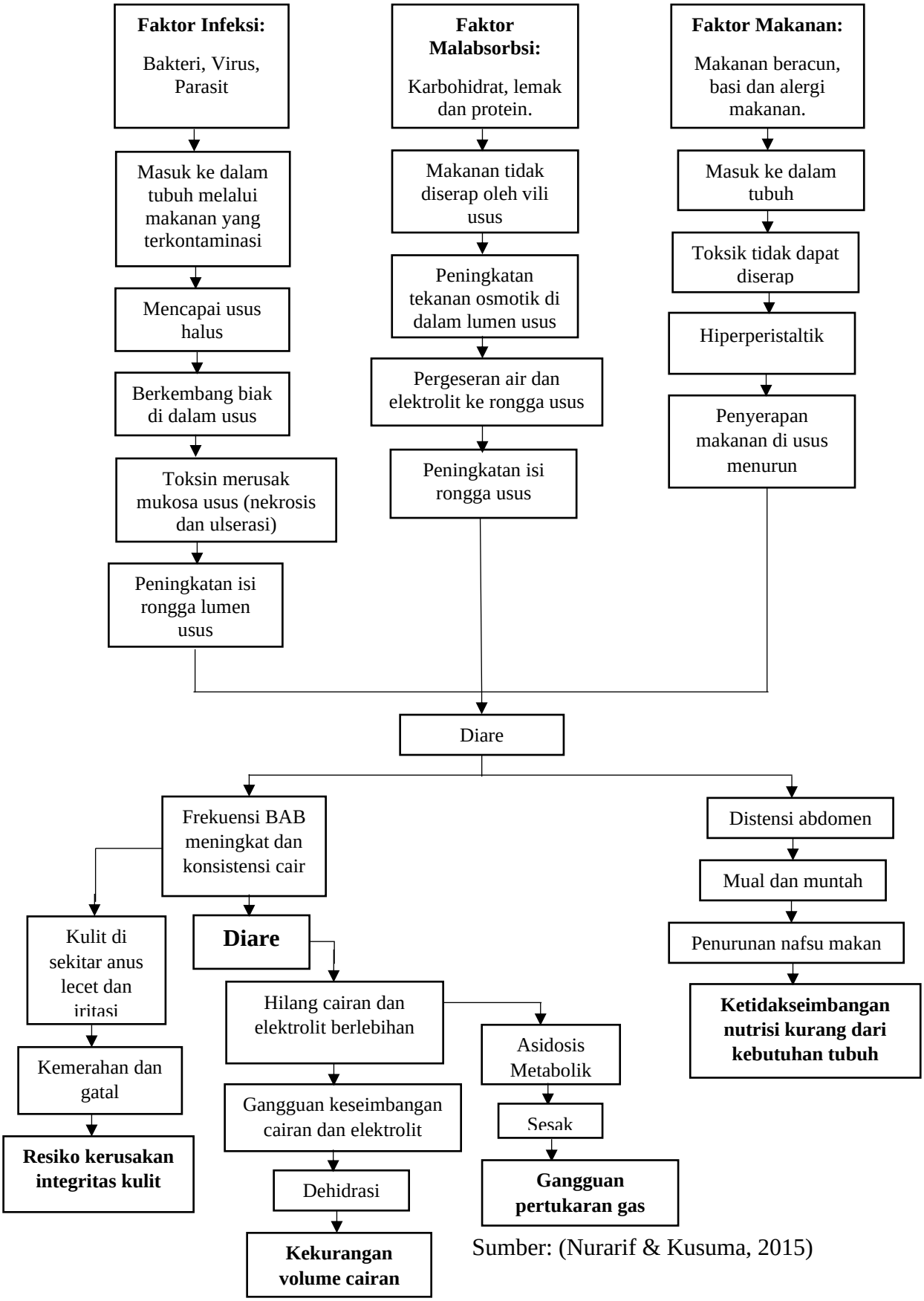
Suriadi, & Rita Yuliani. (2010). *Buku Pegangan Praktik Klinik Asuhan Keperawatan Pada Anak Edisi 2*. Jakarta: Sagung Seto.

Susilaningrum, R., Nursalam, & Sri Utami. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

World Health Organization. (2013). Diarrhoeal Disease. Diunduh dari: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/ [21 Februari 2020]

Wulandari Dewi, M. E. (2016). *Buku Ajar Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Lampiran 1: Patoflowdiagram



Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2015)