



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN
GASTROENTERITIS DI RUANG GLADIOLA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun oleh:
FIDYAH ARSHIDARAFAH
201701029**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN
GASTROENTERITIS DI RUANG GLADIOLA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

Disusun oleh:

FIDYAH ARSHIDARAFAH

201701029

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fidyah Arshidarafah

NIM : 201701029

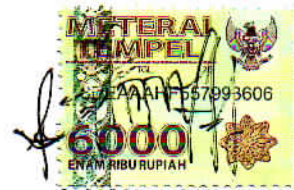
Insitusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini, yang berjudul judul “Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Gastroenteritis Di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 10 februari 2020 sampai dengan 12 februari 2020 adalah sepenuhnya hasil karya sendiri dan sumber sumber yang digunakan dinyatakan dengan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini tanpa ada unsur *plagiatisme* baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Bila di kemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung segala resiko atas perbuatan yang telah saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 8 Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan



Fidyah Arshidarafah

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Gastroenteritis Di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Fidyah Arshidarafah (201701029) ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang Akhir Program dihadapan Tim Penguji

Bekasi, 1 Juni 2020

Pembimbing Makalah



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

Mengetahui

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada An. M Dengan Gastroenteritis di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Fidyah Arshidarafah (201701029) telah diujikan dan dinyatakan “LULUS” dalam Ujian Sidang Dihadapan tim penguji pada tanggal 8 Juni 2020.

Bekasi, 8 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama Mahasiswa : Fidyah Arshidarafah
NIM : 201701029
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul karya tulis : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan
Gastroenteritis di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra
Keluarga Bekasi Barat
Halaman : xiii+ 76 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An

ABSTRAK

Latar Belakang:

Gastroenteritis merupakan feses cair lebih dari tiga kali dalam sehari dengan kehilangan banyak cairan. Di Indonesia, diare merupakan penyakit yang paling sering terjadi pada anak-anak, menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2017 di Indonesia menyatakan, hampir 1,7 miliar kasus diare terjadi pada anak dengan angka kematian sekitar 525.000 pada anak balita tiap tahunnya

Tujuan Umum:

Karya tulis ini memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif.

Metode Penulisan:

Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif dengan studi kasus, kepustakaan, dan dokumentasi yang menampilkan fakta sesuai dengan data-data yang didapatkan.

Hasil:

Hasil dari pengkajian didapatkan lima diagnosa keperawatan yaitu kekurangan volume cairan, diare, hipertermi, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dan ansietas pada anak dan orangtua. Intervensi pada diagnosa prioritas kekurangan volume cairan adalah monitor dan catat masukan dan pengeluaran cairan urine, feses, observasi tanda tanda vital (suhu dan nadi), observasi adanya kulit kering, membran mukosa kering dan penurunan turgor kulit, monitor tetesan infus, Anjurkan pasien untuk banyak minum, kolaborasi pemberian terapi cairan infus KA-EN 3B. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan bahwa tujuan tercapai, masalah teratasi dibuktikan dengan balance cairan seimbang, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, kebutuhan cairan terpenuhi, tanda-tanda vital dalam batas normal

Kesimpulan Saran:

Asuhan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis yang perlu diperhatikan adalah kebutuhan cairan dan tanda tanda dehidrasi

Keyword: Asuhan keperawatan anak, Gastroenteritis.

Daftar Pustaka: 16 (2010 s.d 2020)

Name : Fidyah Arshidarafah
Student ID Number : 201701029
Majors : Diploma III Keperawatan
The Tittle of Scentific: Nursing care to children with Gastroenteritis in
Gladiola Room Mitra Keluarga West Bekasi
Hospital.
Pages : xiii+ 76 pages + 1 tabel + 1 Attachments
Supervisor : Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An

ABSTRACT

Background:

Gastroenteritis is a liquid stool more than three times in a day with lots alot of fluids. In Indonesia, diarrhea is a the most common diseases in children. Acording to *World Health Organization* (WHO) data in 2017 in Indonesia stated nearly 1,7 bilion cases of diarrhea occur in children with a mortality rate of a round 525.000 in a toddler every year

Purpose:

In making this case report obtains a clear picture of nursing care for childern with gastroentrititis through a comprehensive nursing process alroach

Writing method:

In preparing this case report using a descriptive method with case studies, literature, and dow mentation that diaplays facts in accordance with the data obtained.

Result:

The results of the assessment were obtained with five nursing diagnoses, namely lack of fluid volume, diarrhea, hyperthermia, risk of lack nitrition less than body requirements related and impact of hospitalization. Priority nursing problem is lack of fluid volume associated with exessive gastrointestinal loss through feces, interventions in priority diagnoses are monitor and record urine fluid. Input and discharge, feces, observation of vital signs (temperature and pulse) for each shift, observation of dry skin, dry mocus membranes and decreased skin turgor, monitor infusion droplets, encourage the patient to drink. Collaborative measures administering KA-EN 3B. After evaluation it was found that the goal was reached liquid balance, no sign of dehydration. Fluid needs are met, vital signs are within normal limits.

Conclusion and suggestion:

Nursing care in children with gastroenteritis that needs attention is the need for fluid dehydrations

Keyword: Nursing care of children, gastroenteritis.

Bibliography: 16 (2010 s.d 2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan Karuniyanya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Gastroenteritis Di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak luput dari kekurangan. Penulis menemukan banyak kesulitan, tetapi berkat adanya bantuan, bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak, maka makalah ini dapat dengan baik. Oleh sebab itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Dr. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga dan penguji I yang telah memberikan motivasi dan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ini.
2. Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.An selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah dan penguji II yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan arahan, bimbingan, motivasi, saran dan dukungan yang sangat bermanfaat selama pembuatan makalah ini.
3. Ns. Renta Sianturi., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing akademik yang telah meluangkan waktunya untuk selalu memberikan motivasi dan semangat selama proses perkuliahan selama 3 tahun ini.
4. Ns. Devi Susanti, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku koordinator Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang selalu memberikan arahan dan dukungan kepada penulis selama proses perkuliahan.
5. An. M beserta keluarga yang bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan informasi kepada penulis serta memberikan asuhan keperawatan kepada An. M sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini.
6. Seluruh staf akademik dan non akademik yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.

7. Manajer Keperawatan Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat, Kepala Ruangan, dan Staf Perawat Ruang Perawatan Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga yang telah banyak membantu dan membimbing penulis dalam memberikan asuhan keperawatan.
8. Keluarga besar Mbah Taryo terkhusus kedua orangtua saya, ayah saya Sri Haryanto, ibu saya Mudayanah dan adik saya tercinta Kartika Zura Arifah yang selalu memberikan do'a, semangat, motivasi serta dukungan dalam menyelesaikan pendidikan saya dan penyusunan makalah ilmiah ini.
9. Teman spesial saya yaitu Farhan Mubina yang selalu memberikan do'a, semangat, motivasi, dan dukungan selama saya melakukan penyusunan makalah ini.
10. Teman-teman Monyet Berug: Siti Rismaya Umayiroh, Pita Evi Utami, Bella Nurkholifah, Nisma Ajeng Virianti dan Cut Vinny yang telah memberikan semangat dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
11. Teman-teman seperjuangan Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Anak: Ninda Rahma Wijaya, Hesty Apriyani, Ratna Sari dan Ajeng Handaru yang selalu kompak dan memberikan bantuan dalam pembuatan makalah ilmiah ini.
12. Sahabat terdekat saya: Tiara Aisyah yang telah memberikan semangat dan doa dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
13. Teman rumah saya Wina dan Rindi yang telah memberikan semangat serta dukungan dalam penyusunan tugas akhir ini
14. Kaka tingkat: Apriani Oktaviana, Sukmana Intan, dan Aryani yang telah memberikan semangat dan bantuan dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
15. Teman-teman seperjuangan saya di Angkatan VII Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Mitra Keluarga Bekasi yang saya sayangi dan selalu memberikan semangat antar satu sama lain.
16. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah mendukung penulis dalam menuliskan makalah ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengharapkan kritik dan

saran untuk perbaikan penulisan ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ini disusun, semoga dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan pembaca lainnya.

Bekasi, 24 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
D. Metode Penulisan.....	3
C. Ruang Lingkup.....	4
E. Sistematika Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian.....	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi	7
1. Proses perjalanan penyakit	7
2. Manifestasi Klinis.....	9
3. Klasifikasi.....	9
E. Komplikasi	10
F. Penatalaksanaa	11
G. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Pra Sekolah (4 – 6 Tahun)	12
H. Konsep Hospitalisasi Anak Usia Pra Sekolah (4 – 6 Tahun).....	16
I. Pengkajian Keperawatan.....	16
J. Diagnosa Keperawatan.....	21
K. Perencanaan Keperawatan	22
L. Pelaksanaan Keperawatan.....	26

M. Evaluasi Keperawatan.....	27
BAB III TINJAUAN KASUS.....	28
A. Pengkajian Keperawatan.....	28
B. Diagnosa Keperawatan.....	44
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan.....	44
BAB IV PEMBAHASAN.....	66
A. Pengkajian Keperawatan.....	66
B. Diagnosa Keperawatan.....	68
C. Perencanaan Keperawatan	69
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	70
E. Evaluasi Keperawatan.....	72
BAB V PENUTUP.....	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Table 3.1 analisa data	42
------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Lampiran 1: Patoflowdiagram

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gastroenteritis adalah adanya inflamasi pada membran mukosa saluran pencernaan dan ditandai dengan diare dan muntah yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, atau parasit (Chow, 2010)

Diare didefinisikan sebagai feses cair lebih dari tiga kali dalam sehari disertai dengan kehilangan banyak cairan dan elektrolit melalui feses. Secara *epidemiologic*, biasanya diare didefinisikan dengan keluarnya feses lunak atau cair tiga kali lebih dalam satu hari, namun para ibu mungkin menggunakan istilah yang berbeda untuk menggambarkan diare, lebih praktis mendefinisikan diare sebagai meningkatnya frekuensi feses atau konsistensinya menjadi lebih lunak sehingga dianggap *abnormal* oleh ibunya (Sodikin, 2011)

Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2017 di Indonesia menyatakan, hampir 1,7 miliar kasus diare terjadi pada anak dengan angka kematian sekitar 525.000 pada anak balita tiap tahunnya. Menurut Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018, diare merupakan penyakit yang dapat tersebar di semua kelompok umur dengan *pravelensi* mencapai 8,0 % di Indonesia, di Jawa Barat sendiri terdapat 14,4% kejadian diare. *Pravelensi* tertinggi terdeteksi pada anak balita (1-4 tahun) yaitu 12,8%. Sedangkan menurut jenis kelamin angka kejadian diare pada laki-laki 7,6%, dan pada perempuan 8,3% (Latifah, 2018)

Di Indonesia, diare merupakan penyakit yang paling sering terjadi pada anak-anak. Khususnya pada provinsi Jawa Barat. Anak yang menderita diare pada tahun 2018 yaitu sebanyak 756 anak yang sudah ditangani atau sebesar 4,76%.

Menurut data *Medical Record* dari Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat periode bulan Januari 2019 sampai Desember 2019 didapatkan jumlah anak yang dirawat di Ruang Gladiola yaitu sebanyak 199 anak.

Apabila diare pada anak tidak segera ditangani maka dampak atau komplikasi lanjutan yang akan timbul adalah dehidrasi, hipernatremia, hiponatremia, hypokalemia, syok hipovolemik bahkan dapat berakibat kematian pada anak.

Berdasarkan tingginya angka kematian akibat diare di dunia ataupun di Indonesia, maka dibutuhkan peran perawat untuk mencegah komplikasi atau keadaan yang lebih lanjut sehingga peran perawat seperti preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif sangatlah penting. Peran preventif yang dapat dilakukan adalah cara menjaga kebersihan lingkungan rumah maupun fisik. Peran promotif yang dapat diberikan kepada keluarga adalah memberi penyuluhan kesehatan tentang penyakit diare dan penanggulangannya. Peran kuratif yang dapat dilakukan adalah memenuhi cairan tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien dan memantau intake dan output cairan pasien. Peran rehabilitatif yang dapat dilakukan adalah menganjurkan orang tua pasien membawa kerumah sakit untuk memulihkan kondisi pasien dan menghindari komplikasi.

Berdasarkan angka kejadian diatas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan pada anak dengan Gastroenteritis di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat diperolehnya pengalaman dalam membuat dan menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada anak dengan gastroenteritis
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada anak dengan gastroenteritis
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada anak dengan gastroenteritis
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis

C. Metode Penulisan

Metode penulisan makalah ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian 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 secara langsung, dengan mengadakan pemeriksaan fisik pada pasien,

wawancara dengan keluarga pasien dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

2. Studi literature

Yaitu dengan menggunakan media kepustakaan seperti buku-buku yang berkaitan dengan masalah pasien dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Studi dokumentasi

Yaitu dengan mengumpulkan data atau mencari informasi melalui rekam medis pasien yang terdiri dari hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi serta catatan keperawatan yang berhubungan dengan masalah pasien.

D. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ilmiah ini merupakan pembahasan Asuhan Keperawatan pada Pasien An. M dengan Gastroenteritis di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan selama 3 hari pada tanggal 10 Februari sampai dengan tanggal 12 Februari 2020.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis sebagai berikut:

BAB I pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teori, terdiri dari definisi, etiologi, patofisiologi yang terdiri atas proses perjalanan penyakit, patoflowdiagram, manifestasi klinis, klasifikasi, lalu komplikasi, penatalaksanaan medis, konsep tumbuh kembang anak usia prasekolah, konsep hospitalisasi pada anak usia prasekolah, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB III tinjauan kasus, yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV pembahasan, yang akan membahas kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB V Penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Gastroenteritis adalah adanya inflamasi pada membran mukosa saluran pencernaan dan ditandai dengan diare dan muntah yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, atau parasit (Chow, 2010)

Diare didefinisikan sebagai feses cair lebih dari tiga kali dalam sehari disertai dengan kehilangan banyak cairan dan elektrolit melalui feses. Secara *epidemiologic*, biasanya diare didefinisikan dengan keluarnya feses lunak atau cair tiga kali lebih dalam satu hari, namun para ibu mungkin menggunakan istilah yang berbeda untuk menggambarkan diare, lebih praktis mendefinisikan diare sebagai meningkatnya frekuensi feses atau konsistensinya menjadi lebih lunak sehingga dianggap *abnormal* oleh ibunya (Sodikin, 2011)

B. Etiologi

Diare memiliki banyak penyebab yang berbeda. Infeksi merupakan penyebab yang umum pada anak dan dapat disebabkan oleh bakteri, virus, atau parasit. Penyebab utama diare akibat virus adalah rotavirus. Banyak organisme yang menyebabkan diare akibat bakteri, yaitu *Campylobacter*; *Yersinia*, *Shigella*, *Salmonella*, *Staphylococcus aureus*, dan *Escherichia coli*. Salah satu agen parasit yang paling sering menyebabkan diare pada anak adalah *Giardia lamblia*. Penyebab diare lainnya adalah intoleransi makanan, seperti alergi terhadap susu; memakan zat yang toksik, seperti timbal; intoleransi obat, seperti intoleransi antibiotik; penyakit usus, seperti penyakit *Hirschsprung*; defisiensi disakarida, seperti defisiensi laktase; faktor psikogenik, seperti stres emosional; malabsorpsi, seperti fibrosis kistik; dan infeksi terlokalisasi, seperti infeksi saluran napas dan saluran kemih (Muttaqin, 2011)

Menurut Juffrie dan Mulyani (2011) faktor resiko yang dapat meningkatkan penularan enteropatogen antara lain: tidak memberikan ASI secara penuh untuk 4-6 bulan pertama kehidupan bayi, tidak memadainya penyediaan air bersih, pencemaran air oleh tinja, kurangnya sarana kebersihan (MCK), kebersihan lingkungan dan pribadi yang buruk, penyiapan dan penyimpanan makanan yang tidak higienis dan cara penyapihan yang tidak baik. Selain hal-hal tersebut beberapa faktor pada penderita dapat meningkatkan kecenderungan untuk dijangkiti diare antara lain gizi buruk, imunodefisiensi, berkurangnya keasaman lambung, menurunnya motilitas usus,

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Diare terjadi saat isi saluran cerna didorong melalui usus dengan sangat cepat, dengan sedikit waktu untuk absorpsi makanan yang dicerna, air, dan elektrolit. Feses yang dihasilkan menjadi encer, biasanya hijau, dan berisi lemak yang tidak dicerna, karbohidrat yang tidak dicerna, dan sejumlah protein yang tidak dicerna. Kehilangan air dapat terjadi hingga sepuluh kali dari kecepatan normal kehilangan air. Ketidakseimbangan elektrolit dapat terjadi bersama kehilangan natrium, klorida, bikarbonat, dan kalium. Diare yang menyebabkan dehidrasi akhirnya dapat menyebabkan syok hipovolemik dan dapat mengancam jiwa pada bayi dan anak yang masih kecil.

Usia, kesehatan secara umum, iklim, dan lingkungan merupakan faktor yang dapat memengaruhi predisposisi individual terhadap diare. Anak yang masih kecil dan anak yang kekurangan gizi lebih rentan mengalami diare dibandingkan anak lainnya. Cuaca yang panas cenderung memperburuk dehidrasi dan beberapa organisme yang menyebabkan diare lebih sering ditemukan pada cuaca yang lebih panas. Diare juga lebih sering terjadi saat sanitasi dan pendinginan

menjadi masalah dan dalam keadaan tempat tinggal yang padat dan di bawah standar. Kebiasaan defekasi sangat bervariasi di antara individu dan harus dipertimbangkan saat mendiagnosis diare. Diare berat paling sering terjadi pada bayi dan biasanya membutuhkan hospitalisasi. Kategorisasi diare dapat dihubungkan dengan lokasi terjadinya diare di sepanjang saluran cerna. Inflamasi lambung dan usus disebut *gastroenteritis*; inflamasi usus halus disebut *enteritis*; inflamasi usus halus dan kolon disebut enterokolitis; dan inflamasi kolon disebut kolitis.

Pada *gastroenteritis* infeksi akut, terdapat inflamasi pada lapisan lambung dan usus karena infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme: virus, bakteri, atau parasit. Transmisi organisme ini dapat terjadi melalui kontak langsung individu-ke-individu (seperti pada *Shigella*; *Giardia*, yang paling sering terjadi pada *todler*), dan *rotavirus*, yang paling sering terjadi pada bayi), melalui makanan atau air yang terkontaminasi (seperti pada *Salmonella*, *Eschericia coli*, dan *Campylobacter*), atau melalui kontak dengan hewan peliharaan keluarga (seperti pada *Yersinia enterocolitica* dan *Salmonella*). Ketidakseimbangan flora normal pada saluran gastrointestinal juga dapat menyebabkan gastroenteritis (seperti pada *C. Difficile*). Diare pelancong (*traveler's diarrhea*) paling sering disebabkan oleh *Eschericia coli* enterotoksigenik. Infeksi virus menghancurkan dan merusak Sel epitel yang melapisi saluran usus. Infeksi bakteri dapat merusak mukosa usus melalui salah satu dan tiga cara: (1) organisme berkembang biak dan menempel pada mukosa, yang memproduksi enterotoksin yang berinteraksi dengan mukosa usus dan menyebabkan sekresi aktif air dan elektrolit; (2) melalui proses inflamasi, organisme menginvasi sel pada epitelium; atau (3) organisme berkembang biak dalam sel dan menembus dinding usus. Perkembangbiakan patogen dapat menyebabkan produksi toksin yang menyebabkan perpindahan cairan dan elektrolit. Penurunan absorpsi disertai peningkatan sekresi ke

dalam usus terjadi sekunder akibat edema pada mukosa usus. Hal ini menyebabkan diare dan dehidrasi (Muttaqin, 2011)

2. Manifestasi Klinis

Ditandai dengan meningkatnya kandungan cairan dalam feses, pasien terlihat sangat lemas, kesadaran menurun, kram perut, demam, muntah, gemuruh usus (*borborigimus*), anoreksia, dan haus. Kontraksi spasmodik yang nyeri dan peregangan yang tidak efektif pada anus, dapat terjadi setiap defekasi. Perubahan tanda-tanda vital seperti nadi dan respirasi cepat, tekanan darah turun, serta denyut jantung cepat. Pada kondisi lanjut akan didapatkan tanda dan gejala dehidrasi, meliputi: Turgor kulit menurun <3 detik, pada anak-anak ubun-ubun dan mata cekung, membran mukosa kering, dan di sertai penurunan berat badan akut, keluar keringat dingin (Muttaqin, 2011)

3. Klasifikasi

Menurut Sodikin (2011) secara klinik diare dibedakan menjadi tiga macam sindrom, masing masing mencerminkan patogenesis berbeda dan memerlukan pendekatan yang berlainan dalam pengobatannya.

a. Diare akut (Gastroenteritis)

Diare akut adalah diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat. Diare berlangsung kurang dari 14 hari (bahkan kebanyakan kurang dari tujuh hari) dengan disertai pengeluaran feses cair atau lunak, sering tanpa darah, mungkin disertai muntah dan panas. Diare akut (berlangsung kurang dari tiga minggu, penyebabnya infeksi dan bukti penyebabnya harus dicari (perjalanan keluar negeri, makan makanan mentah, diare serentak dalam anggota keluarga dan kontak dekat)

Diare akut lebih sering terjadi pada bayi dari pada anak yang lebih besar. Penyebab terpenting diare akut pada anak anak di Negara

berkembang adalah *rotavirus*, *Eschericia coli*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, dan *Crystoporiduu*. Penyakit diare akut dapat ditularkan dengan cara fekal oral melalui makanan dan minuman yang tercemar. Peluang untuk mengalami diare akut anatar anak laki-laki dan perempuan hampir sama. Diare cair akut menyebabkan dehidrasi dan bila masukan makanan berkurang, juga mengakibatkan kurang gizi, bahkan kematian yang disebabkan oleh dehidrasi.

b. Disentri

Disentri didefinisikan dengan diare yang ddisertai darah dalam feses., menyebabkan anoreksia, penurunan berat badan dnegan cepat, dan kerusakan mukosa usus karena bakteri invasive. Penyebab utama disentri akut yaitu *Shigella*, penyebab lain adalah *Campylobacter jejuni* dan penyebab yang jarang ditemukan adalah *E.coli enteroinvasif* atau *salmonela*. Pada orang dewasa muda disentri yang serius disebabkan oleh *Entamoeba histolytica*, tetapi jarang menjadi penyebab disentri pada anak anak.

c. Diare persisten

Diare persisten adalah diare yang pada mulanya bersifat akut tetapi berlangsung lebih dari 14 hari. Kejadian dapat dimulai sebagai diare cair atau disentri. Diare jenis ini mengakibatkan kehilangan berat badan yang nyata., dengan volume feses dalam jumlah yang banyak sehingga beresiko mengalami dehidrasi. Diare persisten tidak disebabkan oleh penyebab mikroba tunggal, *E. coli enteoaggreratife*, *Shigella*, dan *Cryptosporidium*, mungkin penyebab lain berperan lebih besar. Diare persisten tidak boleh dikacaukan dengan diare kronik, yaitu diare intermitten atau diare yang hilang timbul. Atau berlangsung lama dengan penyebab noninfeksi seperti penyakit sensitive terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun. Menurut Carman (2015) berdasarkan banyaknya cairan yang hilang, dapat dibagi menjadi:

- a. Dehidrasi ringan: kehilangan cairan sebesar 5% (50 ml/kg) pada bayi dan 3% (30ml/kg) pada anak besar

- b. Dehidrasi sedang: kehilangan cairan sebesar 5-10% (50-100 ml/kg) pada bayi dan 6% (60ml/kg) pada anak besar
- c. Dehidrasi berat: kehilangan cairan sebesar 10-15% (100-150 ml/kg) pada bayi dan 9% (90ml/kg) pada anak besar

D. Komplikasi

Menurut Aryani (2016) komplikasi yang dapat terjadi pada anak dengan gastroenteritis antara lain:

1. Dehidrasi

Dehidrasi meliputi dehidrasi ringan, sedang dan berat. Dehidrasi ringan terdapat tanda atau lebih dari keadaan umumnya baik, mata terlihat normal, rasa hausnya normal, minum biasa dan turgor kulit kembali cepat. Dehidrasi sedang keadaan umumnya terlihat gelisah dan rewel, mata terlihat cekung, haus dan merasa ingin minum banyak dan turgor kulitnya kembali lambat. Sedangkan dehidrasi berat keadaan umumnya terlihat lesu, lunglai atau tidak sadar, mata terlihat cekung, dan turgor kulitnya kembali sangat lambat > 2 detik.

2. Hipernatremia

Hipernatremia biasanya terjadi pada diare yang disertai muntah. Dikemukakan bahwa 10,3% anak yang menderita diare akut dengan dehidrasi berat mengalami hipernatremia.

3. Hiponatremia

Hiponatremia terjadi pada anak yang hanya minum air putih saja atau hanya mengandung sedikit garam, ini sering terjadi pada anak yang mengalami infeksi shigella dan malnutrisi berat dengan edema

4. Hipokalemia

Hipokalemia terjadi karena kurangnya kalium (K) selama rehidrasi yang menyebabkan terjadinya hipokalemia ditandai dengan kelemahan otot, peristaltik usus berkurang, gangguan fungsi ginjal, dan aritmia.

E. Penatalaksanaan Medis

Menurut Rekawati, dkk (2013) Penatalaksanaan medis pada anak dengan diare adalah

1. Diare cair membutuhkan penggantian cairan dan elektrolit tanpa melihat etiologinya. Jumlah cairan yang diberi harus sama dengan jumlah cairan yang telah hilang melalui diare atau muntah, ditambah dengan banyaknya cairan yang hilang melalui keringat, urin, dan pernapasan. Jumlah ini tergantung pada derajat dehidrasi, berat badan anak dan golongan umur.
2. Makanan harus diteruskan bahkan ditingkatkan selama diare untuk menghindari efek buruk pada status gizi.
3. Antibiotik dan antiparasit tidak boleh digunakan secara rutin, tidak ada manfaatnya untuk kebanyakan kasus termasuk diare berat dan diare dengan panas, kecuali pada disentri, suspek kolera dengan dehidrasi berat dan diare persisten.
4. Obat-obatan antidiare meliputi anti motilitas dan antimuntah. Tidak satupun obat-obat ini terbukti mempunyai efek yang nyata untuk diare akut dan beberapa malahan mempunyai efek yang membahayakan. Obat-obat ini tidak boleh diberikan pada anak <5 tahun.

F. Tumbuh Kembang Anak Usia Pra Sekolah (4-6 Tahun)

Menurut Oktawani Anisa, dkk (2015) Anak usia pra sekolah adalah anak yang berusia antara nol sampai enam tahun. Mereka biasanya mengikuti program preschool. Di Indonesia untuk usia 4-6 tahun biasanya mengikuti program Taman Kanak-kanak. Menurut Snowman, mengemukakan ciri ciri anak usia pra sekolah meliputi aspek fisik, sosial, emosi dan kognitif anak.

Berikut adalah tahapan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia prasekolah

1. Pertumbuhan

Menurut Cahyaningsih Sulisty Dwi (2011) pertumbuhan fisik pada anak usia pra sekolah dapat mengalami pertambahan tinggi badan rata rata 6,25 sampai 7,5 cm/tahun (tinggi badan sekitar 103-110 cm) dan mengalami berat badan rata rata 2,3 kg/tahun (berat badan per tahun sekitar 16,7-18.7 kg). Pada anak usia pra sekolah juga mulai terjadi erupsi gigi permanen.

2. Perkembangan

Tahapan tahapan perkembangan pada anak pra sekolah antara lain sebagai berikut:

a. Perkembangan Kognitif (Menurut Piaget)

Perkembangan kognitif anak usia prasekolah menurut Piaget masih masuk pada tahap pra-operasional. Tahap ini ditandai oleh adanya pemakaian kata-kata lebih awal dan memanipulasi simbol-simbol yang menggambarkan objek atau benda dan keterikatan atau hubungan diantara mereka Tahap praoperasional ini juga ditandai oleh beberapa hal, antara lain: *egosentrisme*, ketidakmatangan pikiran/ ide/gagasan tentang sebab-sebab dunia di fisik. kebingungan antara simbol dan objek yang mereka wakili, kemampuan untuk fokus pada satu dimensi pada satu waktu dan kebingungan tentang identitas orang dan objek.

b. Perkembangan Moral (Menurut Kohlberg)

Anak pra sekolah berada pada tahap pre konvensional pada tahap perkembangan moral yang berlangsung sampai usia 10 tahun. Pada fase ini, kesadaran timbul dan penekanannya pada kontrol eksternal. Standar moral anak berada pada orang lain dan ia mengobservasi mereka untuk menghindari hukuman dan mendapatkan ganjaran.

c. Perkembangan Motorik

Perkembangan motorik halus dan motorik kasar pada anak pra sekolah adalah sebagai berikut:

1) Perkembangan motorik halus

- a) Pada anak usia 3 tahun, anak dapat menyusun ke atas 9-10 balok, membentuk jembatan 3 balok dan membuat lingkaran dan silang
- b) Pada anak usia 4 tahun, anak dapat melepas sepatu, membuat segi empat dan menambahkan 3 bagian ke gambar slik
- c) Pada anak usia 5 tahun, anak dapat mengikat tali sepatu, menggunakan gunting dengan baik, menyalin wajik dan segitiga, menambahkan 7 sampai 9 bagian ke gambar stik, serta menuliskan beberapa huruf dan angka. dan nama pertamanya

2) Perkembangan motorik kasar

- a) Pada anak usia 3 tahun, anak dapat menaiki sepeda roda tiga, menaiki tangga menggunakan kakl bergantian, berdiri pada satu kaki selama beberapa detik, dan anak dapat melompat lauh
- b) Pada anak usia 4 tahun, anak dapat meloncat, menangkap bola dan menuruni tangga menggunakan kaki bergantian
- c) Pada usia 5 tahun, anak dapat meloncat, berjingkat dengan satu kaki, menendang dan menangkap bola, lompat tali dan menyeimbangkan kaki bergantian dengan mata tertutup

d. Perkembangan Psikososial (Menurut Erikson)

Menurut Erikson, anak usia pra sekolah berada pada tahap ke 3: inisiatif vs kesalahan. Tahap ini dialami pada anak saat usia 4-5 tahun (*preschool age*). Antara usia 3 dan 6 tahun, anak menghadapi krisis psikososial di mana Erikson mengistilahkanya sebagai inisiatif melawan rasa bersalah (*initiative versus guilt*). Pada usia ini, anak secara normal telah menguasai rasa otonomi dan memindahkan

untuk menguasai rasa inisiatif. Anak pra sekolah adalah seorang pembelajar yang energik, antusiasme dan pengganggu dengan imajinasi yang aktif. Perkembangan rasa bersalah terjadi pada waktu anak dibuat merasa bahwa imajinasi dan aktivitasnya tidak dapat diterima. Anak pra sekolah mulai menggunakan bahasa sederhana dan dapat bertoleransi terhadap keterlambatan pemusatan dalam periode yang lama.

e. Perkembangan Psikoseksual

Menurut Freud perkembangan psikoseksual pada usia pra sekolah termasuk pada fase falik, genitalia menjadi area yang menarik dan area tubuh yang sensitive. Anak usia pra sekolah disini mulai mempelajari adanya perbedaan jenis kelamin perempuan dan jenis kelamin laki laki, dengan mengetahui adanya perbedaan alat kelamin, pada fase ini anak sering meniru ibu/ayahnya. Misalnya dengan pakaian ayah atau ibunya secara psikologis pada fase ini mulai berkembang superego, yaitu anak mulai berkurang sifat egosentrisnya.

f. Perkembangan Bahasa

- 1) Anak usia 3 tahun dapat menyatakan 900 kata, menggunakan tiga sampai empat kalimat dan berbicara dengan tidak putus putusnya (ceriwis).
- 2) Anak usia 4 tahun dapat menyatakan 1500 kata, menceritakan cerita yang berlebihan dan menyanyikan lagu sederhana (ini merupakan usia puncak untuk pertanyaan 'mengapa').
- 3) Anak usia 5 tahun dapat mengatakan 2100 kata, mengetahui empat warna atau lebih, nama hari dalam seminggu dan nama bulan.

g. Perkembangan Sosial

Anak usia pra sekolah biasanya mudah bersosialisasi dengan orang disekitarnya. Biasanya mereka mempunyai sahabat yang berjenis kelamin sama. Kelompok bermainnya cenderung kecil dan tidak terlalu terorganisasi secara baik, oleh karena itu kelompok tersebut cepat berganti ganti. Anak menjadi sangat mandiri, agresif secara fisik dan verbal. bermain secara asosiatif, dan mulai mengeksplorasi seksualitas.

h. Perkembangan Emosional

Anak cenderung mengekspresikan emosinya dengan bebas dan terbuka. Sikap sering marah dan iri hati sering diperlihatkan.

G. Konsep Hospitalisasi Pada Anak Usia Prasekolah

Tahapan/fase hospitalisasi pada anak usia prasekolah adalah:

1. Reaksi anak

Secara umum, anak lebih rentan terhadap efek penyakit dan hospitalisasi karena kondisi ini merupakan perubahan dari status kesehatan dan rutinitas umum pada anak. Hospitalisasi menciptakan serangkaian peristiwa traumatik dan penuh kecemasan dalam iklim ketidakpastian bagi anak dan keluarganya, baik itu merupakan prosedur elektif yang telah direncanakan sebelumnya ataupun akan situasi darurat yang terjadi akibat trauma. Selain efek fisiologis masalah kesehatan terdapat juga efek psikologis penyakit dan hospitalisasi pada anak (Carman, 2015), yaitu sebagai berikut:

a. Ansietas dan kekuatan

Bagi banyak anak memasuki rumah sakit adalah seperti memasuki dunia asing, sehingga akibatnya terhadap ansietas dan kekuatan. Ansietas seringkali berasal dari cepatnya awalan penyakit dan cedera, terutama anak memiliki pengalaman terbatas terkait dengan penyakit dan cedera.

b. **Ansietas perpisahan**

Ansietas terhadap perpisahan merupakan kecemasan utama anak di usia tertentu. Kondisi ini terjadi pada usia sekitar 8 bulan dan berakhir pada usia 3 tahun.

c. **Kehilangan kontrol**

Ketika dihospitalisasi, anak mengalami kehilangan kontrol secara signifikan.

2. Reaksi orang tua

Melihat anak kesakitan merupakan hal yang sulit, terutama ketika orang tua membantu prosedur dengan cara memegang atau mengingatkan kepada anak. Orang tua akan merasa bersalah apabila tidak mencari perawatan yang lebih. Orang tua juga dapat memperlihatkan perasaan lain, seperti penyangkalan, marah, depresi dan kebingungan. Mereka dapat mengekspresikan rasa marah mereka terutama pada staf perawatan, anggota keluarga lain atau pada Tuhan, karena mereka kehilangan kontrol dalam merawat anak mereka.

3. Reaksi sibling

Reaksi saudara kandung terhadap anak yang sakit dan dirawat di rumah sakit adalah kesiapan, ketakutan, khawatir, marah, cemburu, benci, iri dan merasa bersalah. Orang tua sering kali memberikan perhatian yang lebih pada anak yang sakit dibandingkan dengan anak yang sehat. Hal tersebut menimbulkan perasaan cemburu pada anak yang sehat dan merasa ditolak (Nursalam, 2013)

H. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian menurut Wartinah (2015), merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini sangat penting dalam menentukan tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya

akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spiritual.

1. Identitas pasien atau biodata

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, asal suku bangsa, nama orangtua, pekerjaan orangtua, penghasilan. Untuk umur pada diare akut, sebagian besar adalah anak dibawah dua tahun. Insiden paling tinggi umur 6-11 bulan karena pada masa ini mulai diberikan makanan pendamping. Kejadian diare akut pada laki laki hamper sama dengan anak perempuan.

2. Keluhan utama

Buang Air Besar (BAB) lebih tiga kali sehari, BAB kurang dari empat kali dengan konsistensi cair (dehidrasi tanpa dehidrasi). BAB 4-10 kali dengan konsisten cair (dehidrasi berat). Bila diare berlangsung kurang dari 14 hari adalah diare akut. Bila berlangsung 14 hari atau lebih adalah diare persisten.

3. Riwayat penyakit sekarang

- a. Mula-mula bayi/anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemungkinan timbul diare.
- b. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
- c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet, karena sering defekasi dan sifatnya asam.
- d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare
- e. Bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak
- f. *Diuresis*, yaitu terjadinya *oliguria* (kurang 1 ml/kgBB/jam) bila terjadi dehidrasi. Urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang. Tidak ada urin dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat).

4. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat pemberian imunisasi terutama anak yang belum imunisasi campak
- b. Riwayat alergi terhadap makanan/obat-obatan (antibiotik)
- c. Riwayat penyakit yang sering pada anak dibawah 2 tahun biasanya batuk, panas, pilek, dan kejang yang terjadi sebelum, selama, atau setelah diare

5. Riwayat nutrisi

Riwayat pemberian makanan sebelum sakit diare meliputi hal sebagai berikut :

- a. Pemberian ASI penuh pada anak umur 4-6 bulan sangat mempengaruhi risiko diare dan infeksi yang serius
- b. Pemberian susu permula, apakah menggunakan air masak, diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah terjadi pencemaran. Perasaan haus. Anak diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa) pada dehidrasi ringan/sedang anak merasa haus, ingin minum banyak, sedangkan pada dehidrasi berat anak malas minum atau tidak bisa minum

6. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum
 - 1) Baik, sadar (tanpa dehidrasi)
 - 2) Gelisah, rewel (dehidrasi ringan atau sedang)
 - 3) Lesu, lunglai, atau tidak sadar (dehidrasi berat)

b. Berat badan

Anak yang menderita diare dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan sebagai berikut:

- 1) Dehidrasi ringan: pada bayi 5% (50 ml/kg) sedangkan pada anak besar 3% (30ml/kg)
- 2) Dehidrasi Sedang: pada bayi 5-10% (50-100 ml/kg) sedangkan pada anak besar 6% (60ml/kg)
- 3) Dehidrasi Berat pada bayi 10-15% (100-150 ml/kg) sedangkan pada anak besar 9% (90ml/kg)

c. Kulit

Untuk mengetahui elastisitas kulit turgor, kembali cepat kurang dari 2 detik berarti diare tanpa dehidrasi. Turgor kembali lambat bila cubitan kembali dalam 2 detik dan ini berarti diare dengan dehidrasi ringan/sedang, turgor kembali sangat lambat bila cubitan kembali lebih dari 2 detik dan ini termasuk diare dengan dehidrasi berat

d. Kepala

Anak dibawah dua tahun yang mengalami dehidrasi, ubun-ubunnya biasanya cekung.

e. Mata

Anak yang diare tanpa dehidrasi, bentuk kelopak mata normal. Bila dehidrasi ringan/sedang kelopak mata cekung (*cowong*). Sedangkan dehidrasi berat kelopak mata sangat cekung.

f. Mulut dan lidah

- 1) Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi)
- 2) Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan)
- 3) Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)

g. Abdomen kemungkinan distensi, kram, bising usus meningkat

h. Anus adakah iritasi pada kulitnya

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada anak dengan gastroenteritis dapat diperoleh dari hasil anamnesa, yaitu penjelasan tentang lama, variasi, berhubungan dengan gejala yang menyebabkan diare. (pertanyaan yang spesifik apakah demam, muntah, frekuensi dan karakter dari buang air besar, pengeluaran urine, kebiasaan makan dan pemasukan cairan). Beberapa pemeriksaan diagnostik yang dilakukan antara lain:

1. Kultur tinja atau feses: dilakukan bila terdapat darah atau lender, serta gejala yang berat
2. Pemeriksaan elisa: dilakukan jika penyebabnya *rotavirus* dan *c.difficile toxin*

3. Pemeriksaan elektrolit, BUN, creatinin dan glukosa: pengeluaran urine spesifik untuk menentukan dehidrasi, jumlah darah, serum, elektrolit, kreatinin dan BUN
4. Pemeriksaan tinja: Ph, leukosit, glukosa dan adanya darah. Jika feses kurang dari enam mungkin dicurigai adanya malabsorpsi karbohidrat dan defisiensi laktosa. Penilaian elektrolit feses bisa menolong untuk mengidentifikasi sekresi diare. (Maryunani, 2014)

I. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual ataupun risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan atau mencegah masalah kesehatan pasien yang ada pada tanggung jawabnya. Diagnosa keperawatan bersifat holistik yang menyangkut semua aspek manusia yang meliputi masalah fisik, psikososial, sosiokultural, perkembangan dan spiritual (Wartonah, 2015) Menurut Sodikin (2011) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan gastroenteritis antara lain sebagai berikut:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan dari traktus gastrointestinal dalam feses atau muntahan (emesis).
2. Gangguan pola eliminasi fekal: diare
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare, dan asupan cairan yang tidak adekuat.
4. Risiko menularkan infeksi berhubungan dengan mikroorganisme yang menginvasi traktus gastroenterik.
5. Nyeri berhubungan dengan distensi abdomen
6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair.
7. Ansietas (takut) berhubungan dengan perpisahan dengan orang tua, lingkungan tidak kenal, prosedur yang menimbulkan stress.

J. Perencanaan Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan gastroentestinal berlebihan melalui feses atau muntahan (emesis)

Tujuan:

Anak memiliki volume cairan yang adekuat

Kriteria hasil ;

- a. Tidak ada diare, mukus, pus, darah
- b. Aktivitas bising usus normal (satu kali setiap 10 sampai 30 detik)
- c. Membrane mukosa lembab
- d. Fontanel datar
- e. Kulit kembali ke bentuk semula dalam waktu cepat (kurang dari 2 sampai 3 detik)
- f. Tidak ada tanda atau gejala kekurangan volume cairan (seperti yang terdapat dalam pengkajian)
- g. Frekuensi jantung, tekanan darah dan frekuensi pernapasan dalam rentang yang dapat diterima (pernafasan 20 sampai 50 kali/menit)
- h. Bola mata cekung
- i. Suhu dalam batas normal ($36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$)

Intervensi Keperawatan:

- a. Kaji masukan dan haluaran, karakter dan jumlah feses, hitung intake dan output cairan
- b. Berikan dan pantau pemberian cairan infus sesuai program.
- c. Monitor TTV (tekanan darah, nadi, suhu, RR)
- d. Pantau berat jenis urine sesuai indikasi.
- e. Kaji turgor kulit, membran mukosa, dan status mental.
- f. Anjurkan pasien untuk banyak minum

2. Gangguan pola eliminasi fekal: diare

Tujuan:

Pola eliminasi kembali normal

Kriteria hasil :

- a. Penurunan frekuensi defekasi

- b. Konsistensi kembali normal

Intervensi Keperawatan :

- a. Observasi dan catat frekuensi, jumlah dan warna feses
- b. Tingkatkan tirah baring
- c. Identifikasi makanan atau cairan yang mencetuskan diare
- d. Berikan obat-obatan sesuai indikasi
- e. Lakukan pemeriksaan tinja

3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare, dan asupan cairan yang tidak adekuat.

Tujuan:

Pasien mengkonsumsi nutrisi yang adekuat untuk mempertahankan berat badan yang sesuai dengan usia

Kriteria hasil:

- a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.
- b. Berat badan sesuai dengan usia anak.
- c. Tidak ada tanda malnutrisi.
- d. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

Intervensi Keperawatan:

- a. Observasi dan catat respon anak terhadap pemberian makanan.
- b. Beri tahu keluarga untuk menerapkan diet yang tepat
- c. Monitor berat badan pasien sesuai indikasi.
- d. Ciptakan lingkungan nyaman
- e. Anjurkan orang tua untuk memberikan anak makan pada kondisi makanan yang hangat
- f. Kaji mual dan muntah
- g. Monitor hasil laboratorium hemoglobin
- h. Kolaborasi dengan medis untuk pemberian terapi sesuai indikasi

4. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan mikroorganisme yang menembus gastrointestinal / GI.

Tujuan:

Anak tidak menunjukkan tanda infeksi gastrointestinal

Kriteria hasil :

Infeksi tidak menyebar ke orang lain

Intervensi Keperawatan :

- a. Implementasikan kewaspadaan standar pengendalian infeksi lainnya dirumah sakit yang meliputi pembuangan feses serta penyisihan barang-barang cucian yang tepat dan penampungan specimen yang tepat
- b. Pertahankan kebiasaan mencuci tangan yang cermat
- c. Pasang popok dengan tepat dan rapat
- d. Gunakan popok disposibel yang superabsorbent
- e. Upayakan bayi dan anak kecil tidak meletakkan tangannya dan benda apapun pada daerah yang terkontaminasi.
- f. Bila mungkin ajarkan tindakan protektif kepada anak.
- g. Anjurkan pasien untuk meminum obat antibiotik sesuai program.
- h. Kolaborasi dengan medis untuk pemberian terapi sesuai indikasi dan pemeriksaan laboratorium

5. Nyeri berhubungan dengan distensi abdomen

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri berkurang

Kriteria hasil:

- c. Nyeri berkurang dengan skala (0-1)
- d. Ekspresi wajah rileks
- e. TTV dalam batas normal (TD, N, RR)

Intervensi Keperawatan:

- a. Kaji nyeri pasien
- b. Berikan posisi yang nyaman
- c. Observasi atau catat adanya distensi abdomen dan perubahan TTV

d. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesic

6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses cair.

Tujuan:

Kulit anak tetap utuh

Kriteria hasil:

Anak tidak mengalami bukti bukti kerusakan kulit

Intervensi Keperawatan:

- a. Ganti popok dengan sering
- b. Bersihkan bagian bokong secari hati-hati dengan sabun lunak non alkalis dan air.
- c. Oleskan salep seperti zink oksida.
- d. Bila mungkin biarkan kulit utuh yang berwarna agak merah terkena udara
- e. Hindari pemakaian tisu pembersih komersial yang mengandung alkohol pada kulit yang mengalami ekskoriasi

7. Ansietas (takut) berhubungan dengan keterpisahan anak dari orang tuanya, lingkungan tidak biasa, dan prosedur yang menimbulkan distress.

Tujuan:

Cemas anak dan orang tua berkurang

Kriteria hasil:

- f. Pasien tampak tenang
- g. Orang tua tampak tenang.
- h. Pasien dan orang tua tampak nyaman.
- i. Rasa cemas pada anak dan orang tua berkurang

Intervensi:

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Amati perilaku pasien (gelisah, rewel, menangis)
- c. Berikan lingkungan tenang dan istirahat

- d. Beri informasi yang cukup mengenai perawatan dan pengobatan yang dilakukan dan direncanakan untuk pasien
- e. Beri motivasi pada orang tua untuk mengekspresikan perasaan cemasnya

K. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (*independen*) dan tindakan kolaborasi (*interdependen*). (Wartolah, 2015)

Tindakan mandiri (*independen*) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi (*interdependen*) adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain

Ada 3 tahap dalam tindakan keperawatan, yaitu

1. Tahap: Persiapan

Persiapan ini meliputi kegiatan-kegiatan, yaitu *review* antisipasi tindakan keperawatan, menganalisis pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan, mengetahui yang mungkin timbul, mempersiapkan peralatan yang diperlukan, lingkungan yang kondusif, mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik.

2. Tahap: Intervensi

Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional, antara lain:

- a. *Independent* adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.
- b. *Interdependent* adalah kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli, gizi, fisioterapi, dan dokter.
- c. *Dependent* yaitu rencana tindakan medis.

3. Tahap: Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. (Wartolah, 2015)

L. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Setiadi, 2012) evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh rencana keperawatan dan pelaksanaan keperawatan telah dapat tercapai. Evaluasi sendiri terbagi kedalam dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilaksanakan pada saat tiap selesai tindakan yang berupa catatan perkembangan. Perumusan evaluasi formatif ini adalah SOAP yaitu Subjektif yang berisi keluhan pasien, Objektif yang berisi data hasil pemeriksaan, Analisis yang berisi perbandingan teori dengan data, dan Perencanaan.

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilaksanakan saat semua rekapan akhir yang berisi catatan naratif seperti kepulangan atau kepindahan pasien. Evaluasi sumatif dapat menggunakan metode wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan.

Kemungkinan yang dapat terjadi pada evaluasi adalah masalah teratasi sebagian, masalah dapat diatasi, masalah belum teratasi atau adanya masalah baru yang timbul.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 10 februari 2020 di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.

1. Data Biografi

Nama pasien An. M berusia 5 tahun 10 bulan, berjenis kelamin Laki-laki, lahir di Bekasi tanggal 20 Maret 2014, beragama islam, suku Jawa. Identitas kedua orang tua pasien yaitu Ibu pasien bernama Ny. L yang berusia 43 tahun, pendidikan Akademi, bekerja sebagai karyawan swasta, beragama Islam, dan bersuku Jawa. Sedangkan ayah pasien bernama Tn. A yang berusia 44 tahun, pendidikan terakhir S1, bekerja sebagai karyawan swasta, beragama Islam, dan bersuku Padang. Alamat rumah di Jl. Jati Asih, Bekasi.

2. Resume

An. M usia 5 tahun 10 bulan datang ke ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 09 februari 2020 pada pukul 13.00 WIB, An. M dikirim dari klinik spesialis Dr. Budi menggunakan kursi roda. Datang dengan keluhan sudah BAB $\pm 7X$ konsistensi cair, berlendir, dan berwarna kuning kecoklatan serta demam sudah 2 hari. Hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis. Pemeriksaan fisik TTV: Suhu: 37,9°C. RR: 25 x/menit. N: 116 x/menit, BB: 25 kg. Masalah keperawatan yang muncul yaitu: Diare dan hipertemi. Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan yaitu mengkaji suhu dan nadi, memberikan minum air putih hangat, observasi dan catat defekasi, jumlah, dan warna feses. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu pemberian obat tiroz 200 ml melalui IV dari tempra drops 5 ml melalui oral dan terapi infus kaen

3B 1500 /24 jam, apead 250 cc /24 jam. Evaluasi secara umum An. M masih diare dan demam.

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a. Riwayat kehamilan dan kelahiran

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mengalami gangguan pada masa kehamilan seperti hiperemesis gravidarum, perdarahan pervagina, anemia, penyakit infeksi, pre-eklamsi/eklamsi, ataupun gangguan kesehatan lainnya. Ibu mengatakan sewaktu hamil selalu rutin memeriksakan kandungannya 1 bulan sekali ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat. Hasil pemeriksaan dikatakan anaknya sehat dan baik-baik saja. An. M lahir di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada usia kehamilan 38 minggu dengan cara persalinan section caesaria atas Ketuban Pecah Dini (KPD). An. M lahir dengan berat badan lahir 3500 gram, panjang badan 50 cm, keadaan bayi saat lahir aktif dan menangis kuat. An. M tidak pernah mengalami cacat kongenital, ikterus, kejang, paralisis, perdarahan, trauma persalinan, dan penurunan BB. Pemberian ASI eksklusif dari usia 0 sampai 6 bulan.

b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pada saat lahir berat badan An. M 3.500 gram dan panjang badan 50 cm. Gigi berjumlah 20 sudah muncul semua. Perkembangan motorik kasar An. M sudah mampu melompat dengan satu kaki. Perkembangan motorik halus pada An. M yaitu An. M mampu menulis beberapa huruf dan angka serta nama pertamanya. Perkembangan bahasa pada An. M yaitu sudah mampu menyebutkan 4 warna (merah, biru, hijau dan kuning). Perkembangan sosialisasi atau kemandirian pada An. M yaitu sudah mampu menggunakan pakaian sendiri.

c. Riwayat Kesehatan

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah mempunyai riwayat penyakit apapun, hanya demam saja. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Ibu pasien mengatakan anaknya hanya mengonsumsi madu. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah dilakukan tindakan operasi. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mempunyai alergi seperti obat-obatan, makanan, minuman, debu, hewan dan sebagainya. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami kecelakaan. Ibu pasien mengatakan anaknya mendapatkan imunisasi lengkap yaitu Hep B0 diberikan pada saat baru lahir (tidak ada reaksi demam), BCG usia 1 bulan (tidak ada reaksi demam), polio usia 1, 2, 3, 4 bulan (tidak ada reaksi demam), DPT-HB-Hib saat usia 2, 3 dan 4 bulan, serta campak usia 9 bulan (tidak ada reaksi demam).

d. Kebiasaan Sehari-hari (keadaan sebelum dirawat)

1) Pola Pemenuhan Nutrisi

Ibu pasien mengatakan An. M diberi ASI eksklusif dari usia 0-6 bulan. Ibu pasien mengatakan waktu pemberian ASI kepada anaknya setiap hari tetapi tidak menentu. Ibu pasien mengatakan An. M diberikan susu formula pada saat usia anaknya lebih dari 6 bulan. Ibu pasien mengatakan An. M tidak mengonsumsi jenis vitamin apapun. Ibu mengatakan frekuensi makan An. M sebanyak 4x sehari dengan jenis makanan keluarga seperti daging, sayur, dan telur. An. M mengatakan makanan yang disenangi yaitu ayam, kerang dan telur. Ibu pasien mengatakan An. M tidak mempunyai alergi makanan. Ibu pasien mengatakan kebiasaan saat makan biasanya An. M makan sendiri, tetapi kadang disuapi oleh mamahnya. Ibu pasien mengatakan waktu makan An. M pada pagi hari yaitu

pukul 07.00 WIB, siang hari pukul 12.00 WIB, sore hari pukul 15.00 WIB dan malam hari pada pukul 19.00 WIB. Ibu mengatakan anaknya minum sebanyak ± 1000 cc dan tidak memiliki kebiasaan minum kopi atau es.

2) Pola Tidur

Ibu pasien mengatakan An.M tidur siang ± 2 jam dan lamanya tidur malam ± 9 jam. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak memiliki gangguan waktu tidur. Kebiasaan anaknya sebelum tidur yaitu nonton youtube dan mengerjakan PR jika ada PR.

3) Pola Aktivitas/ latihan/ OR/ bermain/ hoby

Pasien mengatakan suka bermain mobil mobilan bersama temannya dan hoby bermain bola tending atau sepak bola.

4) Pola Kebersihan Diri

Ibu pasien mengatakan An. M biasanya mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun dan dibantu oleh mamahnya, kadang mandi sendiri. Ibu pasien mengatakan An. M sikat gigi 3 kali sehari yaitu pagi hari, sore hari dan malam hari dengan menggunakan pasta gigi, biasanya keramas rambut setiap kali mandi dengan menggunakan shampoo, sudah bisa menggunakan pakaiannya secara mandiri.

5) Pola Eliminasi

Ibu mengatakan An. M BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning kecokelatan, bau feses khas, waktu BAB pada siang hari dan ibu mengatakan anaknya tidak menggunakan obat pencahar, tidak ada keluhan saat BAB. Ibu mengatakan anaknya BAK ± 7 x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK dan tidak ada kebiasaan mengompol.

6) Kebiasaan lain

Ibu pasien mengatakan An. M tidak memiliki kebiasaan seperti menggigit jari, menggigit kuku, menghisap jari, dan mempermainkan genital serta tidak mudah marah.

7) Pola Asuh

Ibu pasien mengatakan An. M diasuh oleh neneknya karena kedua orang tua bekerja.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dikeluarga tidak ada yang mengalami penyakit pada sistem gastrointestinal. Penyakit yang diderita oleh ayahnya adalah hipertensi. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga tidak ada. Ibu mengatakan koping keluarga bila ada anggota keluarga yang sakit maka diberikan obat terlebih dahulu kemudian jika dua hari tidak sembuh akan langsung dibawa ke Rumah Sakit. Sistem nilai dalam keluarga tidak ada nilai budaya yang bertentangan dengan kesehatan. Ibu selalu sholat dan berdoa kepada Tuhan YME untuk kesembuhan anaknya.

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Ibu pasien mengatakan rumahnya jauh dari jalan raya sehingga tidak mempunyai resiko yang menyebabkan terjadinya kecelakaan. Lingkungan rumahnya tidak terdapat genangan air, terbiasa menggantungkan pakaian-pakaiannya dirumah, selokan di sekitar rumah cukup bersih, sampah diambil oleh petugas sekali seminggu, ibu mengatakan rumahnya bersih dengan ventilasi yang selalu dibuka setiap pagi dan cahaya dapat masuk kedalam rumah, serta dilingkungan rumah tidak terdapat tidak terdapat tangga.

6. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu pasien mengatakan anaknya mulai sakit sejak 1 hari yang lalu yaitu semenjak hari minggu, dengan keluhan BAB 2x, konsistensi

cair, warna kuning kecoklatan dan ada lendir disertai dengan demam sejak 2 hari lalu, diare yang dialami muncul secara tiba-tiba, ibu mengatakan faktor yang mencetuskan penyakit anaknya yaitu karna makan indomie yang sebelumnya tidak pernah makan dan suka jajan sembarangan. Upaya untuk mengurangi memberikan obat demam. Lalu ibu pasien langsung membawa anaknya ke RSMK Bekasi Barat melalui poliklinik spesialis dan dianjurkan dokter untuk rawat inap.

b. Pengkajian Fisik Secara Fungsional

1) Data Klinik

Data klinik yang terdapat pada pasien adalah kesadaran composmentis, suhu 38°C, nadi 104x/menit, pernafasan 24x/menit,

2) Nutrisi dan Metabolisme

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya kutang, makan 3x/hari dan menghabiskan 1/2 porsi makannya, terjadi penurunan berat badan 1 kg. Ibu mengatakan anaknya mual tetapi tidak muntah, dan tidak ada kesulitan menelan. Ibu mengatakan anaknya minum 200 cc.

Data Objektif:

Saat dilakukan saat pengkajian ditemukan mukosa mulut An. M kering, berwarna merah muda, tidak tampak lesi, serta tidak terdapat kelainan palatum. Bibir dan gusi berwarna merah muda, serta lidah tampak bersih. Kelengkapan gigi An. M saat ini gigi graham baru ada 2, tidak ada karies gigi. Integritas kulit utuh, baik dan turgor kulit elastis dengan tekstur lembut, kenyal dan kulit An. M berwarna kuning langsung. Pasien tidak terpasang NGT.

3) Respirasi/Sirkulasi

Data Subjektif:

Ibu mengatakan anaknya tidak tampak sesak, ibu mengatakan anaknya tidak ada batuk dan tidak terdapat sputum.

Data Objektif:

Pada saat diauskultasi suara nafas pasien terdengar ronkhi dikedua lapang paru kanan kiri atas anterior, RR: 24x/menit dengan irama teratur. Pasien tidak ada batuk, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak menggunakan pernafasan cuping hidung. Pasien tidak tampak ada masalah sirkulasi seperti ikterus, sianosis, edema, palpitasi, CRT <3 detik, Suhu: 38°C.

4) Eliminasi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada nyeri perut, tidak ada kembung. Ibu mengatakan anaknya BAB 5 kali dengan konsistensi cair, ada lendir, berwarna kuning kecoklatan dengan bau yang khas. Ibu mengatakan jumlah BAK ±700cc dengan frekuensi BAK ±3 kali, tidak ada keluhan saat BAK.

Data Objektif:

Saat dilakukan pengkajian abdomen pasien tampak supel, tidak tampak tegang dan kaku, bising usus 36x/menit dan lingkaran perut 65 cm. BAB 5 kali dengan konsistensi cair, ada lendir, berwarna kuning kecoklatan dengan bau yang khas. BAK berwarna kuning jernih, bau khas, tidak terpasang kateter, tidak ada keluhan saat BAK.

5) Aktivitas/ Latihan

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan anaknya mampu berdiri lama dan bermain dengan anak sakit yang lainnya yang berada di bed sebelahnya. Ibu mengatakan anaknya terkadang dalam kegiatan

sehari-hari masih dibantu. Ibu juga mengatakan tidak ada kekakuan sendi dan tidak rasa nyeri sendi.

Data Objektif:

Saat dilakukan pengkajian anak mampu berjalan sendiri dan berjalan lama, dan kekuatan untuk menggenggam kuat. Bentuk kaki tidak mengalami kelainan, otot kaki, kelemahan tidak ada dan pasien tidak sedang kejang.

6) Sensori Persepsi

Data Subjektif:

Ibu mengatakan anaknya memiliki pendengaran yang normal seperti An. M menoleh saat dipanggil namanya. Ibu mengatakan penglihatan anaknya normal dan tidak menggunakan kacamata karena mampu menatap atau melakukan kontak mata dengan perawat. Ibu mengatakan penciuman anaknya baik karena mampu mencium bau makanan. Ibu mengatakan perabaan anaknya baik karena mampu meraba benda disekitarnya dengan baik. Ibu mengatakan pengecapan anaknya baik karena mampu merasakan manis dan pahitnya obat yang diminum.

Data Objektif:

Anak tampak bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan, orientasi pasien baik karena pasien mengerti sedang ada dirumah sakit dan sedang sakit, pupil pasien isokor, konjungtiva ananemis, lalu pendengaran dan penglihatan normal.

7) Konsep Diri

Data Subjektif:

An. M mengatakan ingin pulang ingin main dengan teman-teman dan ingin sekolah. Menurut ibu pasien, penyakit ini sangat mempengaruhi pasien karena pasien jadi tidak bisa mengikuti pembelajaran di sekolah.

Data Objektif:

Saat perawat melakukan pengkajian, An. M menatap atau melakukan kontak mata perawat dengan baik, pasien tampak kooperatif dan selalu menjawab jika ditanya, serta postur tubuh pasien baik.

8) Tidur/Istirahat

Data Subjektif:

Ibu mengatakan anaknya biasa tidur siang saat di rumah sakit selama ± 1 jam perhari dari pukul 14.00 - 15.00 WIB dan tidur malam selama 7 jam perhari dari pukul 22.00 - 05.00 WIB

Data Objektif:

Saat dilakukan pengkajian tidak ada tanda-tanda kurang tidur pada An. M.

c. Dampak Hospitalisasi

Data Subjektif:

Ibu mengatakan khawatir dengan penyakit anaknya, ibu mengatakan anaknya menjadi banyak diam setelah masuk rumah sakit, An. M mengatakan ingin pulang dan ingin bermain dengan teman-temannya dan ingin bersekolah.

Data Objektif:

Ibu tampak khawatir dan cemas, ibu tampak selalu menemani anaknya di rumah sakit, An. M tampak bosan dan tidak betah di rumah sakit, An. M tampak banyak diam.

d. Tingkat pertumbuhan dan perkembangan dan perkembangan saat ini

1) Pertumbuhan

Berat badan An. M saat ini 25 kg, dengan tinggi badan 100 cm, lingkaran kepala 30 cm, lingkaran lengan 20 cm. Pertumbuhan gigi An. M lengkap kecuali gigi geraham kanan dan kiri.

2) Perkembangan

Pada usianya saat ini (5 tahun 10 bulan) An. M mampu melompat dengan satu kaki (motorik kasar). Lalu saat ini An. M juga bisa menulis beberapa huruf dan angka, serta dapat menulis namanya sendiri (motorik halus). Untuk kemampuan bahasa, An. M mampu menyebutkan 4 warna saat ditanya, yaitu warna merah, kuning, hijau, dan biru. Untuk sosialisasi atau kemandirian, An. M mampu menggunakan pakaiannya sendiri.

7. Pengetahuan dan Pemahaman Keluarga tentang Penyakit dan Perawatan Anak

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan pendidikan terakhirnya adalah Akademik. ibu mengatakan diare adalah BAB lebih dari 5 kali sehari dengan konsistensi cair, ibu mengatakan penyebab diare adalah karena makanan yang tidak bersih atau makan makanan sembarangan, ibu mengatakan penanganan dari diare adalah diberi minum banyak, ibu mengatakan pencegahan dari diare adalah mencegah makan jajanan sembarangan atau yang tidak bersih, ibu mengatakan diare kalau tidak ditangani akan dehidrasi.

Data Objektif:

Ibu pasien tampak kooperatif saat ditanya

8. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10 Februari 2020 yaitu **Hematologi:** Hemoglobin 10,9 g/dl (nilai normal 11,5 – 14,5), LED 30 mm/jam (nilai normal 0 – 10 mm/jam), Leukosit 11,270 /ul (nilai normal 4.000 – 12.000/ul), Hematokrit 32 vol% (nilai normal 33 – 43 vol%), Trombosit 225.000/ul (nilai normal 150.000 – 450.000/ul), Eritrosit 4,17 juta/ul (nilai normal 4,00 – 5,30 juta/ul).

Hitung jenis: Basofil 0% (nilai normal 0 – 1 %), Eosinofil 0% (nilai normal 0 – 5 %), Batang 0% (nilai normal 3 – 6 %), Segmen 65% (nilai normal 25 – 60 %), Limfosit 19% (nilai normal 25 – 50 %), Monosit 16% (nilai normal 1 – 6 %).

Mikroskopis: Epitel (+), Serat Tumbuhan (-), Amilum (+), Lemak (-), Telur Cacing (-), Amuba (-), *Yeast* (+)

Tinja : Darah Samar (-)

9. Penatalaksanaan

Pasien diberikan terapi injeksi narfoz 2 x 2 ml melalui IV, tempra 3 x 5 ml melalui oral, liprolac 3 x 1 sachet melalui oral. Mendapatkan terapi diit lunak rendah serat dan mendapatkan terapi cairan Kaen 3B 1500 ml/ 24 jam.

Data Fokus

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, tanda tanda vital: Suhu: 38 °C, Nadi: 104 x/menit, RR: 24 x/menit

a. Kebutuhan Oksigenasi

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan An. M tidak ada keluhan sesak nafas dan batuk

Data Objektif:

RR: 24 x/menit, pengisian kapiler <3 detik, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan pernafasan cuping hidung, irama teratur dan tidak ada sianosis HB: 10,9 g/dl

b. Kebutuhan Cairan

Data Subjektif:

Ibu pasien mengatakan An. M sudah minum ±200cc, Ibu pasien mengatakan sudah pipis 1x, urine kuning jernih, Ibu pasien mengatakan An.M diare sudah 2x, konsistensi cair, warna kuning kecoklatan, dan ada lendir.

Data Objektif:

Integritas kulit An. M baik, turgor kulit elastis, CRT <3 detik, tekstur kulit lembab dan mukos bibir kering, Hasil lab Hematokrit pada tanggal 10 Februari 2020 adalah 32 vol%

Balance Cairan/24 jam adalah

Intake: minum 550 cc + infus 1500 cc = 2050 cc/24 jam

Output: urine + BAB 5x: 1500 cc, IWL + kenaikan suhu 0,5°C: 662,5 = 2162,5 cc

Jadi, Balance Cairan: Intake – Output (-112,5/24 jam).

c. Kebutuhan Nutrisi

Data Subjektif:

Ibu mengatakan An. M ada mual tetapi tidak ada muntah, ibu mengatakan An. M BB sebelum sakit 26 kg, ibu mengatakan makan 5 sendok nasi.

Data Objektif:

BB saat ini 25 kg, porsi makan 1/2 porsi, terjadi penurunan BB 1 kg, HB 10,9 g/dl

d. Kebutuhan Eliminasi

Data Subjektif:

Ibu mengatakan An. M pipis 1x, warna kuning jernih, ibu mengatakan An. M sudah diare 2x konsistensi cair berwarna kuning kecoklatan dan ada lendir.

Data Objektif:

Bising usus 36 x/menit, urine + BAB 2x = ± 750 cc, nadi 104 x/menit
Pemeriksaan lab: Hematologi HB 10,9 g/dl

e. Kebutuhan Rasa Aman

Data Subjektif:

Ibu mengatakan anak demam sudah 2 hari yang lalu sebelum masuk Rumah Sakit masih demam

Data Objektif:

Suhu 38°C, nadi 104 x/menit, akral teraba hangat, leukosit 11.270/ul, LED: 30 mm/jam

f. Dampak Hospitalisasi

Data Subjektif:

Ibu mengatakan khawatir dengan penyakit anaknya, ibu mengatakan anaknya menjadi banyak diam setelah masuk rumah sakit, An. M mengatakan ingin pulang dan ingin bermain dengan teman-temannya dan ingin bersekolah.

Data Objektif:

Ibu tampak khawatir dan cemas, ibu tampak selalu menemani anaknya di rumah sakit, An. M tampak bosan dan tidak betah di rumah sakit, An. M tampak banyak diam.

Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif: Ibu pasien mengatakan - An. M sudah minum ± 200cc - sudah pipis 1x, urine kuning jernih, - An. M diare sudah 2x, konsistensi cair, berwarna kuning kecoklatan, dan ada lendir. Data Objektif : - Integritas kulit An. M baik, - turgor kulit elastis, CRT <3 detik, tekstur kulit lembab dan mukosa bibir	Kekurangan volume cairan	kehilangan Gastrointestinal berlebihan melalui feses.

	kering, c. Hasil laboratorium Hematokrit pada tanggal 10 Februari 2020 adalah 32 vol% d. Balance Cairan/24 jam adalah Intake: minum 550 cc + infus 1500 cc = 2050 cc/24 jam Output: urine + BAB 5x: 1500 cc, IWL + kenaikan suhu 0,5c: 662,5 = 2162,5 cc Jadi, Balance Cairan: Intake – Output (-112,5/24 jam).		
2.	Data Subjektif : Ibu mengatakan: An. M diare sudah 2x, konsistensi cair, berwarna kuning kecoklatan, dan ada lendir Data Objektif : a. Bising usus: 72 x/menit b. TTV: N: 104 x/menit	Diare	Malabsorpsi

	c. Pemeriksaan lab tanggal 10 februari 2020: Epitel (+) Amilum (+) Yeast (+)		
3.	Data Subjektif: Ibu mengatakan: An.M demam sudah 2 hari yang lalu sebelum masuk RS Data Objektif: a. TTV: Suhu: 38°C N: 104 x/menit b. Akral merata hangat c. Pemeriksaan lam: Leukosit: 11,270/ul LED: 30 mm/jam	Hipertermi	proses infeksi.
4.	Data Subjektif: Ibu mengatakan: a. An.M ada mual tetapi tidak ada muntah b. An.M makan 5 sendok nasi Data Objektif: a. Bising usus 12 x/menit b. BB saat ini 25 kg c. Terjadi penurunan	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	intake tidak adekuat

	BB $\pm$ 1kg d. HB : 10,9 /dl		
5.	Data Subjektif: Ibu mengatakan: a. Khawatir dengan penyakit anaknya b. anaknya menjadi banyak diam setelah masuk rumah sakit, c. An. M mengatakan ingin pulang dan ingin bermain dengan teman-temannya dan ingin bersekolah. Data Objektif: a. Ibu tampak khawatir dan cemas b. Ibu tampak selalu menemani anaknya di rumah sakit c. An. M tampak bosan dan tidak betah di rumah sakit d. An. M tampak banyak diam.	Ansietas pada anak dan orangtua	dampak hospitalisasi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan Gastrointestinal berlebihan melalui feses.
Ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : 12 februari 2020
2. Diare berhubungan dengan Malabsorpsi.
Ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : 12 Februasi 2020
3. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.
Ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : 11 Februari 2020
4. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat
Diitemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : belum teratasi
5. Ansietas pada anak dan orangtua berhubungan dengan dampak hospitalisasi
Ditemukan : 10 Februari 2020
Tanggal teratasi : 12 Februari 2020

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan Gastrointestinal berlebihan melalui feses.

Data Subjektif:

Ibu mengatakan anaknya:

- a. Sudah minum 200 cc sejak siang
- b. Sudah BAK 1x, urine kuning jernih pukul 10.00
- c. Diare sudah 2x, konsistensi cair, berwarna kuning kecoklatan dan ada lender

Data Objektif:

- a. Integritas kulit An. M baik
- b. Turgor kulit elastis
- c. CRT <3 detik
- d. Tekstur kulit lembab dan mukos bibir kering,
- e. Hasil laboratorium Hematokrit pada tanggal 10 Februari 2020 adalah 32 vol%
- f. Balance Cairan/24 jam adalah
 Intake: minum 550 cc + infus 1500 cc = 2050 cc/24 jam
 Output: urine + BAB 5x: 1500 cc, IWL + kenaikan suhu 0,5°C:
 $662,5 = 2162,5$ cc
 Jadi, Balance Cairan: Intake – Output (-112,5/24 jam).

Tujuan:

Setelah dilakukan keperawatan 3×24 jam diharapkan volume cairan adekuat

Kriteria Hasil:

Tugor kulit elastis, Mukosa mulut lembab, TTV dalam batas normal (S: 36,5°C - 37,5°C, N: 120 - 140 x/menit), Kebutuhan cairan pasien terpenuhi 1500 ml + 20 ml (25-20) , 1520 + 100 = 1600/hari tanpa kenaikan suhu $1600 \times 6\% = 96$, 1600 + 96 = 1696 ml/ hari kenaikan suhu tubuh 0,5°C

Balance cairan seimbang (Intake- output = 0)

Rencana Tindakan :**Tindakan Mandiri**

- a. Monitor dan catat masukan dan pengeluaran cairan urine, fases (jumlah, konsistensi, dan warna)
- b. Observasi tanda tanda vital (suhu dan nadi) setiap shift
- c. Observasi adanya kulit kering, membrane mukosa kering dan penurunan turgor kulit
- d. Monitor tetesan infus (20-21 tpm)
- e. Anjurkan pasien untuk banyak minum ± 1600 ml/hari jika tidak demam dan ± 1696 ml/hari jikademam

Tindakan Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian terapi cairan infus Kaen 3B 1500 ml/ 24jam

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2020

Pada pukul 09.00 WIB memonitor dan mencatat masukan dan pengeluaran urine, feses (jumlah, konsistensi, warna) **dengan hasil:**

ibu mengatakan An. M sudah minum $\pm$ 100 cc dan BAB cair 3 kali.

Pukul 10.00 WIB mengobservasi adanya kulit kering, membran mukosa kering dan penurunan turgor kulit. **Dengan Hasil:** kulit

lembab, mukosa bibir kering, turgor elastis. **Pada pukul 12.00 WIB**

memonitor tetesan infus. **Dengan hasil:** tetesan infus berjalan dengan lancar 20-21 pm/24 jam. **Pada pukul 14.00 WIB** mengobservasi TTV

(S, N). **Dengan hasil:** S: 37,7°C, N: 128/menit. **Pada pukul 14.30**

WIB menganjurkan pasien untuk banyak minum $\pm$ 1600/hari. **Dengan**

hasil: pasien sudah minum sebanyak 200 cc sampai dengan pukul 15.00 WIB. **Pada pukul 16.00 WIB** memonitor tetesan infus. **Dengan**

hasil: tetesan infus berjalan dengan lancar 20-21 pm/24 jam (perawat

ruangan). **Pada pukul 19.30 WIB** mengobservasi TTV (S, N) **Dengan**

hasil: S: 37,9°C, N: 120/menit (perawat ruangan). **Pukul 21.00 WIB**

mengobservasi adanya kulit kering, membran mukosa kering dan penurunan turgor kulit. **Hasil:** kulit lembab, mukosa bibir kering,

turgor elastis (perawat ruangan). **Pada pukul 04.00 WIB** memonitor

tetesan infus. **Dengan hasil:** tetesan infus berjalan dengan lancar 20-21

pm/24 jam (perawat ruangan). **Pada pukul 06.00 WIB** mengobservasi

cairan infus pasien. **Dengan hasil:** cairan infus masuk sebanyak 1500

cc (perawat ruangan). **Pada pukul 06.30 WIB** mencatat intake dan

output/24 jam dengan hasil input. **Dengan hasil:** intake: minum: 400cc

+ Infuse: 1500cc = 1900cc / hari, output: urine + BAB (3x) = 1300cc,

IWL dengan kenaikan suhu 0,4°C = 670,75.cc =1970, Balance cairan -

70 cc (perawat ruangan)

Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 09.20 WIB mengobservasi adanya kulit kering, membran mukosa kering dan penurunan turgor kulit. **Dengan Hasil:** kulit lembab, mukosa bibir lembab, turgor elastis. **Pukul 11.00 WIB** memonitor dan mencatat masukan dan pengeluaran urine, feses (jumlah, konsistensi, warna) **dengan hasil:** ibu mengatakan An. M sudah BAB cair 2 kali. **Pada pukul 12.00 WIB** memonitor tetesan infus. **Dengan hasil:** tetesan infus berjalan dengan lancar 20-21 pm/24 jam. **Pada pukul 14.00 WIB** mengobservasi TTV (S, N). **Dengan hasil:** S: 36,6°C, N: 125/menit. **Pada pukul 15.00 WIB** perawat ruangan memonitor tetesan infus. **Dengan hasil:** tetesan infus berjalan dengan lancar 20-21 pm/24 jam (perawat ruangan). **Pada pukul 19.30 WIB** mengobservasi TTV (S, N) **Dengan hasil:** S: 37°C, N: 122/menit (perawat ruangan). **Pukul 21.00 WIB** mengobservasi adanya kulit kering, membran mukosa kering dan penurunan turgor kulit. **Hasil:** kulit lembab, mukosa bibir lembab, turgor elastis (perawat ruangan). **Pada pukul 04.00 WIB** memonitor tetesan infus. **Dengan hasil:** tetesan infus berjalan dengan lancar 20-21 pm/24 jam (perawat ruangan). **Pada pukul 06.00 WIB** mengobservasi cairan infus pasien. **Dengan hasil:** cairan infus masuk sebanyak 1500 cc (perawat ruangan). **Pada pukul 06.30 WIB** mencatat intake dan output/24 jam dengan hasil input. **Dengan hasil:** intake: minum: 700cc + Infuse: 1500cc = 2200cc / hari, output: urine + BAB (2x) = 1400cc, IWL = 625cc = 2025, Balance cairan +180 cc (perawat ruangan)

Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 09.00 WIB memonitor dan mencatat masukan dan pengeluaran urine, feses (jumlah, konsistensi, warna) **dengan hasil:** ibu mengatakan An. M sudah BAB 1 kali dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan. **Pukul 10.00 WIB** mengobservasi adanya kulit kering, membran mukosa kering dan penurunan turgor kulit. **Dengan Hasil:** kulit lembab, mukosa bibir kering, turgor elastis. **Pada**

pukul 11.00 WIB memonitor tetesan infus. **Dengan hasil:** tetesan infus berjalan dengan lancar 20-21 pm/24 jam. **Pada pukul 13.00 WIB** mengobservasi TTV (S, N). **Dengan hasil:** S: 36,8°C, N: 123/menit. **Pada pukul 14.00 WIB** mengobservasi cairan infus pasien. **Dengan hasil:** cairan infus masuk sebanyak 550 cc. **Pada pukul 15.00 WIB** mencatat intake dan output/24 jam dengan hasil input. **Dengan hasil:** intake: minum: 850cc + Infuse: 1500cc = 2350cc / hari, output: urine + BAB (1x) = 1450cc, IWL = 625cc = 2075, Balance cairan +275cc

Evaluasi Keperawatan

10 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M sudah minum ± 100 cc BAB 3 kali cair, urine kuning keruh

Objektif:

- TTV: S: 37,9°C, N: 120 x/menit
- Kulit lembab, membran mukosa kuning, tugor kulit elastis.
- Intake: minum: 400cc + Infus: 1500cc = 1900cc / hari
Output: urine + BAB (3x) = 1300cc
IWL dengan kenaikan suhu 0,4°C = 670,75.cc = 1970cc
Balance cairan - 70 cc

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f,

Evaluasi Keperawatan

11 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M BAB 2 kali cair dan ada lendir, urine kuning jernih

Objektif:

- a. TTV: S : 37°C, N : 122 x/menit
- b. Kulit lembab, membran mukosa lembab, tugor kulit elastis.
- c. Intake: minum : 700cc + Infus: 1500cc = 2200cc / hari
 Output : urine + BAB (2x) = 1400cc
 IWL: 625cc
 Balance cairan +180 cc

Analisa:

Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai,

Planning:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f,

Evaluasi Keperawatan

12 Februari 2020 Pukul 14.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M BAB 1 kali cair, urine kuning jernih

Objektif:

- a. TTV: S: 36,8°C, N : 120 x/menit
- b. Kulit lembab, membran mukosa lembab, tugor kulit elastis.
- c. Intake: minum : 850cc + Infuse: 1500cc = 2350cc / hari
 Output: urine + BAB (1x) = 1450cc
 IWL = 625cc = 2350cc
 Balance cairan +275 cc

Analisa:

Masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning:

Hentikan intervensi

2. Diare berhubungan dengan Malabsorpsi

Data Subjektif:

Ibu mengatakan An. M diare sudah 2x, konsistensi cair, berwarna kuning kecoklatan dan ada lendir

Data Objektif:

- a. Bising usus 12 x/menit
- b. TTV: N: 104 x/menit
- c. Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10 Februari 2020: Epitel (+), Amilum (+), Yeast (+)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×24 jam diharapkan diare teratasi

Kriteria Hasil:

- a. Frekuensi kembali normal (defekasi 1x / hari)
- b. Konsistensi feses kembali normal (padat)
- c. Pemeriksaan lab kembali normal Epitel (-), Amilum (-), Yeast (-)

Rencana Tindakan:

Tindakan Mandiri

- a. Observasi dan catat frekuensi, jumlah dan warna feses.
- b. Tingkatkan tirah baring
- c. Identifikasi makanan atau cairan yang mencetuskan diare

Tindakan Kolaborasi:

- d. Berikan obat liprolac 3x 1 sachet (oral)
- e. Kolaborasi dengan tim medis pemberian terapi obat steroid
- f. Pantau pemeriksaan lab feses

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2020

Pada pukul 09.30 WIB mengobservasi dan mencatat frekuensi, jumlah dan warna feses. **Dengan hasil:** ibu mengatakan An. M BAB 3x cair warna kuning kecoklatan dan ada lendirnya. **Pukul 10.30 WIB** mengidentifikasi makanan atau cairan yang muncul seakan diare.

Dengan hasil: Ibu mengatakan An.M hanya minum air mineral. **Pukul 11.30 WIB** Meningkatkan tirah boring. **Dengan hasil:** tampak tertidur setelah makan. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet melalui oral. **Dengan hasil:** obat liprolac berhasil diberikan melalui oral. **Pukul 14.00 WIB** membantu periksa feses. **Dengan hasil:** pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Februari 2020, leukosit 11, 270 /ul, epitel, yeast dan amilum positif. **Pada pukul 16.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet. **Dengan hasil:** Obat liprolac berhasil diberikan melalui oral (perawat ruangan). **Pada pukul 20.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet. **Dengan hasil:** Obat liprolac berhasil diberikan melalui oral (perawat ruangan).

Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 09.00 WIB memberikan obat liprolac 1 sachet. **Dengan hasil:** Obat liprolac berhasil diberikan melalui oral. **Pukul 11.00 WIB** mengobservasi dan mencatat frekuensi, jumlah dan warna feses. **Dengan hasil:** Ibu mengatakan An. M sudah BAB 2x pada pukul 08.00 WIB dan 10.45 WIB, warnanya coklat dan ada lendirnya. **Pukul 13.00 WIB** meningkatkan tirah baring. **Dengan hasil:** An. M tampak tenang dan duduk ditempat tidur. **Pukul 14.00 WIB** mengidentifikasi makanan atau cairan yang menceetuskan diare. **Dengan hasil:** Ibu mengatakan An.M hanya minum air mineral. **Pukul 14.10 WIB** memantau pemeriksaan laboratorium hematologi dan feses. **Dengan hasil:** belum dilakukan pemeriksaan ulang, pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Februari 2020, leukosit 11, 270 /ul, epitel, yeast dan amilum positif. **Pada pukul 16.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet. **Dengan hasil:** Obat liprolac berhasil diberikan melalui oral (perawat ruangan). **Pada pukul 21.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet. **Dengan hasil:** Obat liprolac berhasil diberikan melalui oral (perawat ruangan).

Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 09.00 WIB memberikan obat liprolac 1 sachet. **Dengan hasil:** Obat liprolac berhasil diberikan melalui oral. **Pukul 11.00 WIB** mengobservasi dan mencatat frekuensi, jumlah dan warna feses. **Dengan hasil:** Ibu mengatakan An. M sudah BAB 1 kali padat, warnanya coklat dan tidak ada lendirnya **Pukul 11.20 WIB** meningkatkan tirah baring. **Dengan hasil:** An. M tampak tenang dan duduk ditempat tidur. **Pukul 11.25 WIB** mengidentifikasi makanan atau cairan yang mencetuskan diare. **Dengan hasil:** Ibu mengatakan An.M hanya minum air mineral. **Pada pukul 16.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet. **Dengan hasil:** Obat liprolac berhasil diberikan melalui oral (perawat ruangan). **Pada pukul 21.00 WIB** memberikan obat liprolac 1 sachet. **Dengan hasil:** Obat liprolac berhasil diberikan melalui oral (perawat ruangan).

Evaluasi Keperawatan

10 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M BAB 3x cair, warna kuning kecoklatan dan ada lendirnya.

Objektif:

- a. Frekuensi BAB 3x, konsistensi cair
- b. Pemeriksaan fases: Epitel (+), amilum (+), yeast (+)

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai,

Planning:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f,

Evaluasi Keperawatan

11 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M BAB 2x cair, warna kuning kecoklatan dan ada lendirnya.

Objektif:

- c. BAB 2x konsistensi cair
- d. Belum dilakukan pemeriksaan lagi, Pemeriksaan Mikroskopis pada tanggal 10 Februari 2020: Epitel (+), amilum (+), yeast (+)

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai,

Planning:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f,

Evaluasi Keperawatan

12 Februari 2020 Pukul 14.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M baru BAB 1x konsistensi padat, warna kuning kecoklatan dan tidak ada lendirnya.

Objektif:

BAB 1x konsistensi padat, tidak ada lendir

Analisa:

Masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning:

Hentikan intervensi

3. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi

Data Subjektif:

Ibu mengatakan anak demam sudah 2 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit masih demam

Data Objektif:

- a. Suhu 38°C, nadi 104 x/menit,
- b. Akral teraba hangat,
- c. Leukosit 11.270/ul
- d. LED: 30 mm/jam

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipertermi teratasi

Kriteria Hasil:

- a. Akral tidak teraba hangat
- b. Tanda tanda vital dalam batas normal
 - Suhu: 36,5 °c – 36,5°C
 - Nadi: 120-140 x/menit
 - RR: 20-50 x/menit
- c. Pemeriksaan laboratorium dalam batas normal
 - leukosit: 6000 – 14000/ul

Rencana Tindakan:

Tindakan Mandiri

- a. Monitor TTV (N, S, RR) setiap shift
- b. Berikan kompres air biasa (pada lipatan axila, lipatan paha) pada saat suhu tubuh meningkat
- c. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis
- d. Anjurkan pasien untuk banyak istirahat (libatkan keluarga)
- e. Observasi keadaan umum pasien
- f. Pantau pemeriksaan lab hematologi (leukosit dan LED)

Tindakan Kolaborasi

- g. Berikan tempra 5 ml × 3 / oral.

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2020

Pada pukul 08.00 WIB memberikan obat tempra 5 ml melalui oral.

Dengan hasil: obat tempra 5 ml berhasil diberikan melalui oral dan tidak dimuntahkan. **Pukul 08.10 WIB** mengobservasi keadaan umum

pasien. **Dengan hasil:** pasien tampak sakit sedang. **Pukul 08.30 WIB** menganjurkan pasien untuk banyak istirahat (libatkan keluarga). **Dengan hasil:** ibu mengatakan akan menidurkan An. M. **Pukul 12.00 WIB** memonitor TTV (N, RR, S). **Dengan hasil:** N: 124 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37,8°C. **Pukul 12.10 WIB** memberikan kompres air biasa (pada lipatan axilla dan lipatan paha). **Dengan hasil:** An. M sudah dikompres pada lipatan axila dengan ibunya. **Pukul 12.20 WIB** menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis (libatkan keluarga). **Dengan hasil:** ibu An. M sudah memakaikan baju tipis. **Pukul 14.00 WIB** memantau pemeriksaan laboratorium hematologi. **Dengan hasil:** pemeriksaan ulang belum dilakukan, pemeriksaan terakhir tanggal 10 Februari dengan hasil leukosit: 11, 270 /ul, LED: 30 mm/jam **Pada pukul 16.00 WIB** memberikan obat tempra 5 ml melalui oral. **Dengan hasil:** obat tempra 5 ml berhasil diberikan melalui oral dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 17.00 WIB** memonitor TTV (N, RR, S). **Dengan hasil:** N: 125 x/menit, RR: 23 x/menit, S: 37,7°C (perawat ruangan). **Pukul 19.00 WIB** mengobservasi keadaan umum pasien. **Dengan hasil:** pasien tampak sakit sedang (perawat ruangan). **Pada pukul 20.00 WIB** memberikan obat tempra 5 ml melalui oral. **Dengan hasil:** obat tempra 5 ml berhasil diberikan melalui oral dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 06.00 WIB** memonitor TTV (N, RR, S) (perawat ruangan). **Dengan hasil:** N: 122 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 37,9°C (akral teraba hangat, badan teraba hangat), ibu mengatakan An. M masih demam (perawat ruangan).

Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 08.00 WIB memberikan obat tempra 5 ml melalui oral. **Dengan hasil:** obat tempra 5 ml berhasil diberikan melalui oral dan tidak dimuntahkan. **Pukul 08.10 WIB** mengobservasi keadaan umum pasien. **Dengan hasil:** pasien tampak sakit sedang. **Pukul 08.30 WIB** menganjurkan pasien untuk banyak istirahat (libatkan keluarga).

Dengan hasil: ibu mengatakan akan menidurkan An. M. **Pukul 12.00 WIB** memonitor TTV (N, RR, S). **Dengan hasil:** N: 126 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37,5°C. **Pukul 12.10 WIB** memberikan kompres air biasa (pada lipatan axilla dan lipatan paha). **Dengan hasil:** An. M sudah dikompres pada lipatan axila dengan ibunya. **Pukul 13.40 WIB** menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis (libatkan keluarga). **Dengan hasil:** ibu An. M sudah memakaikan baju tipis. **Pada pukul 16.00 WIB** memberikan obat tempra 5 ml melalui oral. **Dengan hasil:** obat tempra 5 ml berhasil diberikan melalui oral dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 17.00 WIB** memonitor TTV (N, RR, S). **Dengan hasil:** N: 125 x/menit, RR: 23 x/menit, S: 36,9°C (perawat ruangan). **Pukul 19.00 WIB** mengobservasi keadaan umum pasien. **Dengan hasil:** pasien tampak sakit sedang. **Pada pukul 20.00 WIB** memberikan obat tempra 5 ml melalui oral. **Dengan hasil:** obat tempra 5 ml berhasil diberikan melalui oral dan tidak dimuntahkan (perawat ruangan). **Pukul 06.00 WIB** memonitor TTV (N, RR, S). **Dengan hasil:** N: 121 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,6°C (akral tidak teraba hangat, badan tidak teraba hangat), ibu mengatakan An. M sudah tidak demam (perawat ruangan)

Evaluasi Keperawatan

10 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M masih demam dan rewel

Objektif:

- a. N: 122 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 37,9°C
- b. Akral teraba hangat, badan teraba hangat
- c. Pemeriksaan laboratorium tanggal 10 Februari dengan hasil leukosit: 11, 270 /ul, LED: 30 mm/jam

Analisa:

Tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi.

Planning:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f

Evaluasi Keperawatan

11 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M sudah tidak demam

Objektif:

- a. N: 121 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,6°C
- b. Akral tidak teraba hangat, badan tidak teraba hangat

Analisa:

Masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning:

Hentikan intervensi

4. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat

Data Subjektif:

- a. Ibu mengatakan An.M ada mual tetapi ada muntah
- b. Ibu mengatakan An.M sebelum sakit BB nya 26 kg

Data Objektif:

- a. Bising usus 12 x/menit
- b. BB saat ini 25 Kg
- c. Terjadi penurunan BB 1 Kg
- d. An. M hanya makan 5 sendok bubur
- e. Kojungtiva ananemis
- f. HB : 10,9 g/dl

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam diharapkan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi

Kriteria Hasil:

- a. BB ideal / normal ($5,5 \times 2 + 8 = 19$)
- b. Tidak ada mual
- c. Makan habis 1 porsi/ hari
- d. Bising usus normal (5-15 x/menit)
- e. Nafsu makan meningkat

Rencana Tindakan:

Tindakan Mandiri:

- a. Timbang BB
- b. Kaji mual dan muntah
- c. Monitor warna konjungtiva
- d. Ciptakan lingkungan nyaman
- e. Berikan makanan diit TKTP rendah serat
- f. Anjurkan orangtua untuk memberikan anak makan pada kondisi makanan yang hangat
- g. Monitor hasil lab hemoglobin

Tindakan kolaborasi

- h. Berikan obat narfoz 2×2 mg (IV)

Pelaksanaan Keperawatan**Tanggal 10 Februari 2020**

Pada pukul 08.15 WIB menimbang BB **dengan hasil:** BB 25 kg, **Pukul 09.20 WIB** ciptakan lingkungan nyaman. **Dengan hasil:** lingkungan pasien tenang dan tidak berisik. **Pukul 10.20 WIB** mengkaji adanya mual dan muntah. **Dengan hasil:** pasien mengatakan ada mual tetapi tidak ada muntah. **Pukul 11.50 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan anak makan pada kondisi makanan yang hangat. **Dengan hasil:** ibu pasien memahami yang perawat anjurkan dan akan memberikan makan anak dalam kondisi hangat. **Pukul 12.10 WIB** memberikan makanan diit TKTP rendah serat. **Dengan hasil:** bu mengatakan An. M menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi. **Pukul 13.10 WIB** memberikan obat narfoz 2 mg (IV). **Dengan hasil:** obat berhasil

diberikan. **Pukul 14.00 WIB** memonitor hasil lab hemoglobin dengan hasil nilai hemoglobin 10,9 g/dl. **Pukul 20.00 WIB** memberikan obat narfoz 2 mg (IV). **Dengan hasil:** obat berhasil diberikan (perawat ruangan)

Tanggal 11 Februari 2020

Pada pukul 08.15 WIB menimbang BB **dengan hasil:** BB 25 kg, **Pukul 09.20 WIB** ciptakan lingkungan nyaman. **Dengan hasil:** lingkungan pasien tenang dan tidak berisik, anak tampak kooperatif. . **Pukul 10.20 WIB** mengkaji adanya mual dan muntah. **Dengan hasil:** pasien mengatakan masih ada mual tetapi tidak ada muntah. **Pukul 11.50 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan anak makan pada kondisi makanan yang hangat. **Dengan hasil:** ibu pasien memahami yang perawat anjurkan dan akan memberikan makan anak dalam kondisi hangat. **Pukul 12.10 WIB** memberikan makanan diit TKTP rendah serat. **Dengan hasil:** bu mengatakan An. M menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat narfoz 2 mg (IV). **Pukul 13.45 WIB** memonitor hasil lab hemoglobin dengan hasil nilai hemoglobin 10,9 g/dl **Dengan hasil:** obat berhasil diberikan. **Pukul 20.00 WIB** memberikan obat narfoz 2 mg (IV). **Dengan hasil:** obat berhasil diberikan (perawat ruangan).

Tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 08.15 WIB menimbang BB **dengan hasil:** BB 25 kg, **Pukul 09.20 WIB** ciptakan lingkungan nyaman. **Dengan hasil:** lingkungan pasien tenang dan tidak berisik, anak tampak kooperatif. **Pukul 11.50 WIB** menganjurkan orangtua untuk memberikan anak makan pada kondisi makanan yang hangat. **Dengan hasil:** ibu pasien memahami yang perawat anjurkan dan akan memberikan makan anak dalam kondisi hangat. **Pukul 12.10 WIB** memberikan makanan diit TKTP rendah serat. **Dengan hasil:** bu mengatakan An. M masih kurang nafsu makan. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat narfoz 2 mg (IV). **Dengan hasil:** obat berhasil diberikan. **Pukul 20.00 WIB**

memberikan obat narfoz 2 mg (IV). **Dengan hasil:** obat berhasil diberikan (perawat ruangan)

Evaluasi Keperawatan

10 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M hanya makan $\frac{1}{2}$ porsi, pasien mengatakan ada mual tetapi tidak ada muntah

Objektif:

An. M menghabiskan $\frac{1}{2}$ sendok makan, ada mual tidak ada muntah, BB 25 kg, Pemeriksaan laboratorium hemoglobin tanggal 10 februari 2020, HB = 10,9 g/dl

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f,

Evaluasi Keperawatan

12 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subjektif:

Ibu mengatakan An. M makan $\frac{1}{2}$ porsi, pasien mengatakan masih mual tetapi tidak ada muntah

Objektif:

An. M menghabiskan $\frac{1}{2}$ sendok makan, ada mual tidak ada muntah, BB 25 kg, Pemeriksaan laboratorium hemoglobin tanggal 10 februari 2020, hemoglobin = 10,9 g/dl

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning:

Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f,

Evaluasi Keperawatan**12 Februari 2020 Pukul 14.00 WIB****Subjektif:**

Ibu mengatakan An. M masih tidak nafsu makan, ibu mengatakan An. M makan hanya $\frac{1}{2}$ porsi

Objektif:

An. M mengatakan masih mual tetapi tidak ada muntah, BB 25 kg, Pemeriksaan laboratorium hemoglobin tanggal 10 februari 2020, HB = 10,9 g/dl

Analisa:

Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning:

Hentikan intervensi

5. Ansietas pada orang tua dan anak berhubungan dengan dampak hospitalisasi

Data Subjektif:

- a. Ibu mengatakan khawatir dengan penyakit anaknya
- b. ibu mengatakan anaknya menjadi banyak diam setelah masuk rumah sakit
- c. An. M mengatakan ingin pulang dan ingin bermain dengan teman-temannya dan ingin bersekolah.

Data Objektif:

- a. Ibu tampak khawatir dan cemas
- b. Ibu tampak selalu menemani anaknya di rumah sakit
- c. An. M tampak bosan dan tidak betah di rumah sakit
- d. An. M tampak banyak diam.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan cemas berkurang.

Kriteria Hasil: cemas pada pasien dan orangtua berkurang sampai hilang, orangtua tampak tenang, orang tua terlibat dalam tindakan yang dilakukan

Perencanaan Keperawatan:

- a. Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga
- b. Libatkan orang tua dalam tindakan yang akan dilakukan
- c. Amati perilaku pasien (gelisah, rewel, menangis)
- d. Berikan lingkungan tenang dan istirahat
- e. Beri informasi yang cukup mengenai perawatan dan pengobatan yang dilakukan dan direncanakan untuk pasien

Pelaksanaan Keperawatan

Tanggal 10 Februari 2020

Pukul 10.30 WIB membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga. **Dengan hasil:** pasien dan keluarga kooperatif dan terbuka kepada perawat. **Pukul 11.15 WIB** mengamati perilaku pasien (gelisah, rewel, menangis). **Dengan hasil:** An. M tampak gelisah ketika ada perawat datang menghampirinya. **Pukul 11.45 WIB** memberikan lingkungan tenang dan istirahat. **Dengan hasil:** lingkungan pasien tenang dan tidak berisik. **Pukul 12.30 WIB** memberi penjelasan kepada orangtua untuk memberi obat. **Dengan hasil:** ibu tampak kooperatif saat diberi penjelasan. **Pukul 15.00 WIB** melibatkan orang tua dalam tindakan pemberian obat yang akan dilakukan. **Dengan hasil:** orangtua ikut terlibat dalam pemberian obat kepada pasien. **Pukul 16.00 WIB** mengkaji perasaan cemas pada orang tua dan anak. **Dengan hasil:** ibu mengatakan merasa cemas dan khawatir dengan kesehatan anaknya. **Pukul 17.00 WIB** melibatkan orang tua dalam tindakan pemberian makan. **Dengan hasil:** orangtua ikut terlibat dalam pemberian makan kepada pasien.

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 10.30 WIB membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga. **Dengan hasil:** pasien dan keluarga kooperatif dan terbuka kepada perawat. **Pukul 11.15 WIB** mengamati perilaku pasien (gelisah, rewel, menangis). **Dengan hasil:** An. M tampak gelisah ketika ada perawat dating menghampirinya. **Pukul 11.45 WIB** memberikan lingkungan tenang dan istirahat. **Dengan hasil:** lingkungan pasien tenang dan tidak berisik. **Pukul 12.30 WIB** memberi penjelasan kepada orangtua untuk memberi obat. **Dengan hasil:** ibu tampak kooperatif saat diberi penjelasan. **Pukul 15.00 WIB** melibatkan orang tua dalam tindakan pemberian obat yang akan dilakukan. **Dengan hasil:** orangtua ikut terlibat dalam pemberian obat kepada pasien. **Pukul 16.00 WIB** mengkaji perasaan cemas pada orang tua dan anak. **Dengan hasil:** ibu mengatakan merasa cemas dan khawatir dengan kesehatan anaknya. **Pukul 17.00 WIB** melibatkan orang tua dalam tindakan pemberian makan. **Dengan hasil:** orangtua ikut terlibat dalam pemberian makan kepada pasien.

Tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga. **Dengan hasil:** pasien dan keluarga kooperatif dan terbuka kepada perawat. **Pukul 11.15 WIB** mengamati perilaku pasien (gelisah, rewel, menangis). **Dengan hasil:** An. M tampak tenang. **Pukul 11.45 WIB** memberikan lingkungan tenang dan istirahat. **Dengan hasil:** lingkungan pasien tenang dan tidak berisik. **Pukul 12.30 WIB** memberi penjelasan kepada orangtua untuk memberi obat. **Dengan hasil:** ibu tampak kooperatif saat diberi penjelasan. **Pukul 13.00 WIB** melibatkan orang tua dalam tindakan pemberian obat yang akan dilakukan. **Dengan hasil:** orangtua ikut terlibat dalam pemberian obat kepada pasien. **Pukul 14.00 WIB** mengkaji perasaan cemas pada orang tua dan anak. **Dengan hasil:** ibu mengatakansudah tidak cemas dan khawatir kepada anaknya karena

dokter mengatakan kondisi anaknya sudah sedikit membaik dan besok sudah boleh pulang. **Pukul 15.00 WIB** melibatkan orang tua dalam tindakan pemberian makan. **Dengan hasil:** orangtua ikut terlibat dalam pemberian makan kepada pasien

Evaluasi Keperawatan

11 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subyektif:

Ibu mengatakan masih merasa cemas dan khawatir dengan kesehatan An. M

Obyektif:

Pasien dan keluarga kooperatif dan terbuka kepada perawat, orangtua ikut terlibat dalam pemberian obat kepada pasien, orangtua ikut terlibat dalam pemberian makan kepada pasien

Analisa:

Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning:

Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 dan 5

Evaluasi Keperawatan

12 Februari 2020 Pukul 07.00 WIB

Subyektif:

Ibu mengatakan masih merasa cemas dan khawatir dengan kondisi kesehatan anaknya.

Obyektif:

Pasien dan keluarga tampak kooperatif dan terbuka dengan perawat, orangtua ikut terlibat dalam pemberian obat kepada pasien, orangtua ikut terlibat dalam pemberian makan kepada pasien

Analisa:

Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning:

Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5

Evaluasi Keperawatan**12 Februari 2020 Pukul 14.00 WIB****Subyektif:**

Ibu mengatakan sudah tidak cemas dan khawatir karena dokter mengatakan kondisi anaknya sudah sedikit membaik dan besok akan segera pulang.

Obyektif:

An. M tampak tenang dan sudah mulai aktif

Analisa:

Masalah teratasi, tujuan tercapai

BAB IV

PEMBAHASAN

Didalam BAB ini akan membahas kesenjangan yang terdapat pada teori dengan kasus An. M dengan diagnosa Gastroenteritis di Ruang Gladiola Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat. Penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus, faktor pendukung, faktor penghambat serta menarik solusi sebagai pemecahan masalah. Penulis akan menjelaskan pembahasan dari mulai pengkajian sampai evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Muttaqin (2011) etiologi gastroenteritis pada anak dapat disebabkan oleh bakteri, virus, atau parasit. Sedangkan yang terdapat pada kasus An. M yang menyebabkan gastroenteritis adalah jamur hal ini dibuktikan karena hasil pemeriksaan laboratorium yeast (+). Sedangkan faktor predisposisi yang terdapat pada kasus adalah faktor *hygiene* atau kebersihan yaitu anak suka jajan atau makan sembarangan.

Pada manifestasi klinis terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada teori menyebutkan bahwa manifestasi klinis yang terjadi pada gastroenteritis yaitu lemas, kesadaran menurun, kram perut, demam, muntah, gemuruh usus (*borborigimus*), anoreksia, dan haus. Kontraksi spasmodik yang nyeri dan peregangan yang tidak efektif pada anus, dapat terjadi setiap defekasi. Perubahan tanda-tanda vital seperti nadi dan respirasi cepat, tekanan darah turun, serta denyut jantung cepat. Turgor kulit menurun <3 detik, pada anak-anak ubun-ubun dan mata cekung membran mukosa kering dan di sertai penurunan berat badan akut, keluar keringat dingin (Muttaqin, 2011). Sedangkan pada kasus hanya terdapat demam, perubahan tanda-tanda vital yaitu nadi. Dibuktikan dengan hasil pengkajian nadi 104 x/menit dan suhu 38°C. ibu juga mengatakan ada mual tetapi tidak ada muntah, mukosa bibir kering, dan terdapat penurunan berat badan 1 kg. pada kasus tidak

terjadi penurunan kesadaran, keram perut, nyeri, turgor kulit tidak menurun, tidak keluar keringat dingin dan mata tidak cekung, dibuktikan dari hasil pengkajian, kesadaran pasien composmentis, tidak ada keram perut dan tidak ada nyeri ketika di palpasi, turgor kulit elastis.

Menurut Maryunani (2014) penatalaksanaan medis yang dilakukan membutuhkan penggantian cairan dan elektrolit, antibiotik dan antiparasit serta obat-obatan antidiare meliputi anti motilitas dan antimuntah. Sedangkan pada kasus terapi cairan yang diberikan yaitu KA-EN 3B 1500 cc/24 jam untuk menjaga keseimbangan cairan, dan mendapatkan obat tempura 3 x 5 ml/oral sebagai antipiretik penurunan panas, liprolac 3 x 1 sachet/oral untuk diare, dan narfoz 2 x 2 mg/IV untuk mengurangi mual. Serta mendapat diet lunak rendah serat

Pemeriksaan penunjang pada teori dan kasus terdapat kesenjangan. Menurut Maryunani (2014) pemeriksaan diagnostik yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa adalah pemeriksaan feses, pemeriksaan elisa, pemeriksaan elektrolit atau BUN, creatinin dan glukosa, serta pemeriksaan tinja. Menurut Rosyida Avicennianing Tyas, dkk (2018) pemeriksaan elektrolit umumnya hanya dilakukan pada anak yang mengalami dehidrasi berat. Dehidrasi diklasifikasikan menjadi berat jika volume cairan yang hilang lebih dari 10% cairan tubuh total. Pada pasien hanya mengalami derajat dehidrasi ringan yaitu 3,8%. Sedangkan pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan elektrolit, hanya dilakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap, pemeriksaan tinja, dan pemeriksaan feses untuk membantu mengetahui penyebab dari gastroenteritis (seperti dari parasit, virus, jamur atau bakteri) dengan hasil *Yeast* (+) pada tanggal 10 Februari 2020 yang berarti disebabkan oleh jamur.

Faktor pendukung pengkajian keperawatan yaitu orang tua yang sangat kooperatif dalam memberikan informasi terkait anaknya dan data dapat diperoleh dengan mudah dari rekam medis. Faktor penghambat pada pengkajian adalah anak suka rewel dan anak tampak diam saat perawat mengkaji anaknya.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan, menurut Sodikin (2011) terdapat 7 diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori, tetapi pada kasus hanya ada 4 diagnosa yang sama dengan kasus An. M. Diagnosa yang terdapat pada teori yang sama dengan kasus adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan gastrointestinal berlebihan melalui feses, diare berhubungan dengan malabsorpsi, ansietas pada anak dan orangtua berhubungan dengan dampak hospitalisasi serta perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat.

Diagnosa yang tidak terdapat pada kasus resiko infeksi berhubungan dengan mikroorganisme yang menginvasi traktus gastrointestinal tidak diangkat karena hal ini dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium leukosit yang menunjukkan normal yaitu 11,270/ul dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada pasien seperti tumor, dolor, calor, rubor dan fungsio laesa. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair tidak diangkat karena hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan fisik tidak terdapat luka atau inflamasi pada kulit pasien, sehingga penulis tidak dapat mengangkat 2 diagnosa tersebut. Nyeri berhubungan dengan distensi abdomen tidak diangkat karena hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan fisik saat palpasi dan inspeksi pasien tidak mengeluh nyeri dan tidak tampak meringis, orang tua pasien juga mengatakan anaknya tidak ada keluhan nyeri.

Diagnosa yang tidak muncul pada teori tetapi muncul pada kasus adalah Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi dibuktikan dengan hasil pemeriksaan tanda tanda vital suhu 38°C, pemeriksaan fisik akral teraba hangat serta ibu mengatakan An. M demam sejak 2 hari yang lalu dan hasil pemeriksaan laboratorium LED 30 mm/jam.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan adalah referensi dari buku-buku yang digunakan untuk menegakkan diagnosa keperawatan karena mudah dalam mengakses referensi. Sedangkan untuk faktor penghambat dalam menegakkan diagnosa tidak ada karena data mudah diperoleh dari orang tua, anak dan rekam medis.

C. Perencanaan Keperawatan

Pada perencanaan keperawatan, yang menjadi diagnosa prioritas baik di teori maupun dikasus adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan gastrointestinal berlebihan melalui feses. Pada tahap perencanaan terdapat kesenjangan antara kasus dan teori untuk mengenai waktu yang digunakan pada saat menentukan tujuan, akan tetapi pada teori tidak dicantumkan berapa waktu yang dibutuhkan. Tetapi pada kasus dicantumkan 3 x 24 jam sebagai batasan waktu. Kemudian, kriteria hasil sudah disusun dengan *Specific, Measurable, Acceptance, Rasional, Time* (SMART).

Diagnosa pertama yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan gastrointestinal berlebihan melalui feses, diagnosa kedua yaitu diare berhubungan dengan malabsorpsi, diagnosa keperawatan ke empat yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat dan diagnose keperawatan terakhir ansietas pada anak dan orangtua berhubungan

dengan dampak hospitalisasi tidak terdapat kesenjangan dalam teori maupun kasus.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi terdapat kesenjangan karena pada diagnosa dan rencana yang ada dikasus tidak terdapat pada teori.

Faktor pendukung dalam penyusunan perencanaan ialah tersedianya buku buku referensi yang dapat digunakan untuk menyusun rencana. Sedangkan faktor penghambat dalam menyusun rencana tidak ditemukan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah disusun sehingga tidak ditemukannya kesenjangan pada kasus. Pada diagnosa pertama kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan gastrointestinal berlebihan melalui feses, pelaksanaan tindakan mandiri yaitu monitor dan catat masukan dan pengeluaran cairan urine, feses (jumlah, konsistensi, dan warna), Observasi tanda tanda vital (suhu dan nadi) setiap shift, Observasi adanya kulit kering, membrane mukosa kering dan penurunan turgor kulit, Monitor tetesan infus (20-21 tpm), Anjurkan pasien untuk banyak minum ± 1600 ml/hari jika tidak demam dan ± 1696 ml/hari jika demam. Tindakan Kolaborasi yaitu pemberian terapi cairan infus kaen 3B 1500 ml/ 24 jam

Diagnosa kedua Diare berhubungan dengan malabsorpsi. Pelaksanaan tindakan mandiri yaitu Observasi dan catat frekuensi, jumlah dan warna feses, tingkatkan tirah baring, identifikasi makanan atau cairan yang mencetuskan diare. tindakan kolaborasi yaitu berikan obat

liprolac 3x 1 sachet (oral), pemberian terapi obat steroid, pantau pemeriksaan lab fases

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi pelaksanaan tindakan mandiri yaitu monitor TTV (N, S, RR) setiap shift, berikan kompres air biasa (pada lipatan axila, lipatan paha) pada saat suhu tubuh meningkat, anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis, anjurkan pasien untuk banyak istirahat (libatkan keluarga), observasi keadaan umum pasien, pantau pemeriksaan lab hematologi (leukosit). Tindakan Kolaborasi yaitu pemberian tempra 5 ml $\times$ 3 / oral.

Diagnosa keperawatan ke empat yaitu resiko kekurangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat pelaksanaan tindakan mandiri yaitu timbang BB setiap hari, ciptakan lingkungan nyaman, berikan makanan diit TKTP rendah serat, kaji mual dan muntah, observasi dan catat respon terhadap pemeriksaan makan, anjurkan orangtua untuk memberikan anak makan pada kondisi makanan yang hangat, monitor hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin. Tindakan kolaborasi yaitu pembeian obat narfoz 2 $\times$ 2ml (iv)

Diagnosa keperawatan terakhir ansietas pada anak dan orangtua berhubungan dengan dampak hospitalisasi pelaksanaan tindakan mandiri yaitu bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga, kaji perasaan cemas pada orang tua dan anak, beri penjelasan kepada orangtua untuk setiap prosedur yang akan dilakukan, libatkan orang tua dalam tindakan yang akan dilakukan dan anjurkan orang tua untuk selalu mendampingi anaknya

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan yaitu orang tua yang kooperatif untuk membantu jalannya pelaksanaan keperawatan

dengan baik. Faktor penghambat pada saat pelaksanaan keperawatan ketika ingin melakukan implementasi adalah anak yang tampak bosandan rewel. Solusi yang dilakukan adalah berikan terapi bermain pada anak dan ajak anak untuk bermain mainan edukasi.

E. Evaluasi Keperawatan

Dalam evaluasi keperawatan dilakukan selama 3x24 jam yaitu dari tanggal 10 Februari sampai 12 Februari 2020 ditemukan 1 diagnosa yang masalah belum teratasi namun tujuannya belum tercapai yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak ade kuat, hal tersebut dikarenakan pada hari ketiga implementasi pasien masih merasa mual, dan nafsu makan masih menurun, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan dan hasil pemeriksaan labroratorium pada tanggal 10 Februari 2020 Hemoglobin: 10,9 g/dl.

Pada diagnosa pertama yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan Gastrointestinal berlebihan melalui feses dengan masalah teratasi dan tujuan tercapai dibuktikan dengan balance cairan seimbang, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, kebutuhan cairan terpenuhi, dan tanda-tanda vital dalam batas normal

Diagnosa kedua yaitu diare berhubungan dengan malabsorpsi dengan tujuan tercapai dan masalah teratasi dibuktikan dengan frekuensi kembali normal 1 kali sehari dan konsistensi feses kembali normal (padat)

Diagnosa ketiga yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, tujuan tercapai dan masalah teratasi dibuktikan dengan tanda-tanda vital khususnya suhu dalam batas normal, dan akral tidak teraba hangat, badan tidak teraba hangat

Diagnosa terakhir yaitu cemas pada anak dan orang tua berhubungan dengan dampak hospitalisasi tujuan tercapai dan masalah teratasi hal ini dibuktikan Ibu mengatakan sudah tidak terlalu khawatir karena anaknya besok pulang dan An. M sudah mau aktif seperti sediakalada, An. M tampak senang karena besok akan pulang serta tampak kooperatif

Faktor pendukung pada tahap evaluasi keperawatan adalah adanya hasil implementasi yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang sudah dibuat dan juga waktu yang digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam. Faktor penghambat dalam melakukan implementasi yaitu tidak semua masalah klien dapat teratasi dalam waktu yang ditentukan.

BAB V

PENUTUP

Pada BAB ini, penulis akan menuliskan kesimpulan dan saran setelah dilakukan asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian sampai evaluasi pada An.M.

A. Kesimpulan

Pada tahap pengkajian ditemukan adanya kesenjangan pada etiologi, pada kasus An. M yang menyebabkan gastroenteritis adalah jamur hal ini dibuktikan karena hasil pemeriksaan laboratorium yeast (+). Sedangkan faktor predisposisi yang terdapat pada kasus adalah factor *hygiene* atau kebersihan yaitu anak suka jajan atau makan sembarangan. Pada manifestasi klinis terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada kasus hanya terdapat demam, perubahan tanda tanda vital yaitu nadi, mual, mukosa bibir kering, dan terdapat penurunan berat badan 1 kg. Pada pemeriksaan diagnostik yang dapat menunjang masalah adalah hasil pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan feses dan pemeriksaan tinja

Pada diagnosa keperawatan, terdapat 7 diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori, tetapi pada kasus hanya ada 4 diagnosa yang sama dengan kasus yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan gastrointestinal berlebihan melalui feses, diare berhubungan dengan malabsorpsi, hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat, ansietas pada anak dan orangtua berhubungan dengan dampak hospitalisasi.

Dalam penyusunan perencanaan keperawatan, sudah sesuai antara teori dan kasus untuk memprioritaskan diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan gastrointestinal berlebihan melalui feses sebagai diagnosa utama. Rencana keperawatan yang dilakukan oleh penulis juga sudah sesuai antara teori dan kasus. Kemudian, pada

pelaksanaan keperawatan sudah sesuai dengan yang direncanakan oleh penulis dan teori

Pada evaluasi keperawatan terdapat 4 diagnosa yang sudah teratasi dan tujuan sudah tercapai sedangkan terdapat 1 diagnosa yang belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan penulis bisa meningkatkan BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) dengan pasien dan keluarga, serta cara komunikasi dengan lebih baik sehingga anak dapat mengikuti pengkajian yang dilakukan oleh penulis supaya penulis dapat melakukan pengkajian dengan baik dan memperoleh data-data yang valid.

2. Bagi Perawat

Bagi perawat diharapkan dapat lebih teliti dalam menghitung *balance* cairan pada anak, baik yang mengalami kenaikan suhu dan yang tidak mengalami kenaikan suhu, agar cairan anak dapat terpenuhi sehingga tidak terjadi kesalahan dalam perhitungan *balance* cairan. Saat anak tampak bosan dan tidak kooperatif, maka solusi yang digunakan adalah berikan terapi bermain pada anak untuk bermain mainan edukasi sesuai dengan usia anak.

DAFTAR PUSTAKA

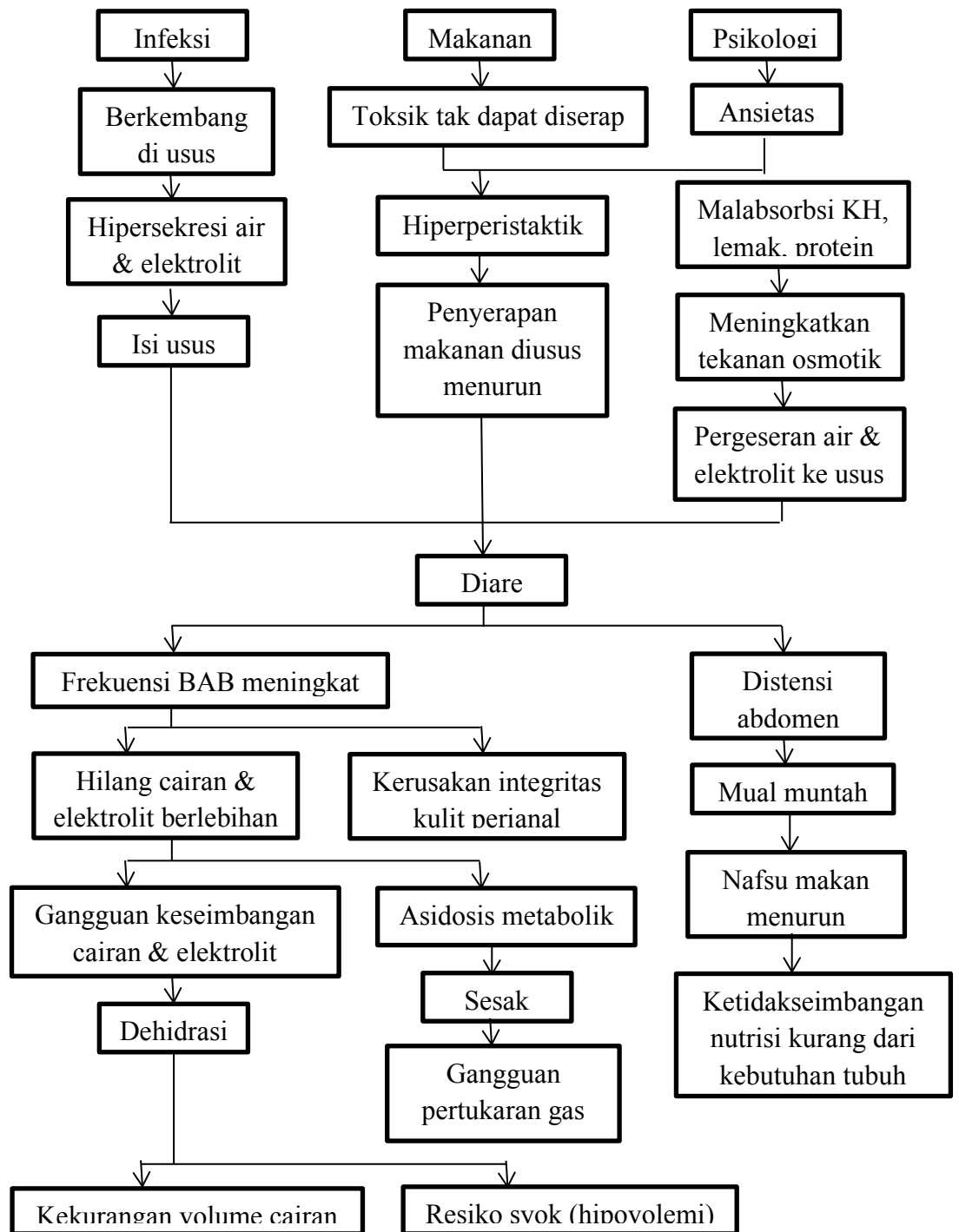
- Amin Huda Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC* (Jilid 1 ed.). Yogyakarta: Mediacion.
- Anisa Oktiawati, L. D. (2015). *Teori & Konsep Tumbuh Kembang Bayi, Toddler, Anak dan Usia Remaja*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Aryani. (2016). *Diare Pencegahan dan Pengobatan pada Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Cahyaningsih, D. S. (2011). *Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Carman, T. K. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri Edisi 2*. Buku Kedokteran EGC.
- Chow, L. H. (2010). *Acute Gastroenteritis: From Guideline to Real Life. Clinical and Experimental Gastroenterology*,3:97-112.
- Juffrie, &. M. (2011). *Buku Ajar Gastroenterologi Jilid 2*. Badan penerbit: IDAI.
- Latifah, H. (2018). Hubungan Faktor Lingkungan dan Sosiodemografi dengan Kejadian Diare pada Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kamar Kabupaten Padang Pariaman. *Universitas Andalas*, 92.
- Maryunani, A. (2014). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra Sekolah. Tumbuh Kembang, Kebutuhan Dasar dan Penanganan secara Umum Penyakit & Komplikasi Neonatus, Byi, dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta: IN MEDIA.
- Muttaqin, A. (2011). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba medika.
- Nursalam. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi Dan Anak (Untuk Perawat Dan Bidan) Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rekawati Susilaningrum, N. S. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rosyida Avicennianing Tyas, W. D. (2018). *Prevalensi gangguan Elektrolit Serum pada Pasien Diare dengan Dehidrasi Usia Kurang dari 5 Tahun*. Sari Pediatri

Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori & Praktik*. Yogyakarta: GRAHA ILMU.

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

Wartanah, T. &. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Lampiran 1: Patoflowdiagram



Sumber: (Amin Huda Nurarif, 2015)