

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK Ny.Y DENGAN
GASTROENTERITIS DISERTAI BRONKOPNEUMONIA DAN
An. F DENGAN GASTROENTERITIS DI RUANG MELATI
RSUD dr.CHASBULLAH ABDULMAJID KOTA BEKASI**

TAHUN 2022



Muhammad Aldi Wijayanto, S.Kep

NPM 22.156.03.11.057

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA

INDONESIA

BEKASI 2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK Ny.Y DENGAN
GASTROENTERITIS DISERTAI BRONKOPNEUMONIA DAN
An. F DENGAN GASTROENTERITIS DI RUANG MELATI
RSUD dr.CHASBULLAH ABDULMAJID KOTA BEKASI**

TAHUN 2022

KARYA ILMIAH AKHIR Ners

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar

Ners



Muhammad Aldi Wijayanto, S.Kep

NPM 22.156.03.11.057

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA

INDONESIA

BEKASI 2022

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Muhammad Aldi Wijayanto, S.Kep

NPM : 211560311057

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Asuhan Keperawatan Pada Anak Ny.Y Dengan Gastroenteritis Disertai Bronkopneumonia Dan An.F Dengan Gastroenteritis Di Ruang Melati RSUD dr.Chasbullah AbdulMajid Kota Bekasi Tahun 2022. Adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pertnyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 26 Januari 2023

Bekasi, 26 Januari 2023

Muhammad Aldi Wijayanto, S. Kep

LEMBAR PERSETUJUAN
Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor
dua Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil

Bekasi, 26 Januari 2023

Penguji I



Nurti Y.K., Gta, Ns., M.Kep., Sp.Kep.A
NIDN. 0326067902

Penguji II



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (SI)
dan Pendidikan Profesi Ners



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Muhammad Aldi Wijayanto, S.Kep
NPM : 22.156.03.11.057
Program Studi : Profesi Ners

Judul Tugas Akhir Asuhan Keperawatan Pada Anak Ny.Y Dengan Gastroenteritis Disertai Bronkopneumonia Dan An.F Dengan Gastroenteritis Di Ruang Melati RSUD dr.Chasbullah AbdulMajid Kota Bekasi Tahun 2022. Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 26 Januari 2023

Penguji I

Nurti Y.K. Ges.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A
NIDN. 0326067902

Penguji II

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik
Keperawatan
STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan
Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0309049001

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Simit, SST.,M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Ny.Y Dengan Gastroenteritis Disertai Bronkopneumonia Dan An.F Dengan Gastroenteritis Di Ruang Melati RSUD dr.Chasbullah AbdulMajid Kota Bekasi Tahun 2022.” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Tuhan Yang Maha Esa dengan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Penelitian ini.
2. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
3. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
4. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
5. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
6. Farida Banjarnahor, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
7. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
8. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia
9. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku Koordinator Mata Kuliah Skripsi

10. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
11. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An ,selaku Dosen Pembimbing Akademik Ners
12. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
13. Bapak / Ibu dosen dan Sfaff STIKes Medistra Indonesia
14. Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
15. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan X STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
A. Gastroenteritis.....	4
1. Pengertian	4
2. Etiologi.....	4
3. Patofisiologi	5
4. Pathways	10
5. Manifestasi Klinis.....	11
6. Penatalaksanaan	13
7. Pemeriksaan penunjang.....	15
8. Komplikasi.....	17
9. Diagnosa Keperawatan	17
10. Intervensi Keperawatan.....	18
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN	27
BAB IV PEMBAHASAN	71
A. Pengkajian	71
B. Diagnosa Keperawatan.....	72
C. Intervensi Keperawatan	73
D. Implementasi Keperawatan	75
E. Evaluasi Keperawatan.....	76
BAB V KESIMPULAN	80
A. Kesimpulan.....	80
B. Saran	81
DAFTAR PUSTAKA.....	82

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit diare merupakan salah satu penyakit yang sudah tidak asing lagi bagi manusia, karena semua orang pasti pernah mengalaminya. Penyakit diare menyerang semua golongan umur, terutama pada bayi dan anak-anak. Meskipun penyakit diare bukan hal yang asing lagi, akan tetapi diare harus segera mendapatkan penanganan yang tepat dan dan cepat supaya diare yang diderita tidak bertambah parah dan tidak menyebabkan kematian (Kemenkes.RI 2018). Dalam negara berkembang penyakit diare pada balita menjadi penyebab kedua angka sakit dan kematian ¹.

Diare adalah buang air besar yang terjadi pada bayi dan anak yang sebelumnya tampak sehat, dengan frekuensi dalam satu hari lebih dari 3 kali disertai dengan perubahan bentuk tinja yang padat menjadi cair, dengan atau tanpa lendir dan darah. Apabila diare pengeluaran cairan sangat melebihi pemasukan maka akan terjadi gangguan defisit cairan tubuh, terjadi dehidrasi. Berdasarkan derajat dehidrasi maka diare dapat dibagi menjadi diare tanpa dehidrasi, dehidrasi ringan, sedang, dan berat. Pada dehidrasi berat terjadi defisit cairan sama dengan atau lebih dari 10 % berat badan. Anak dan terutama pada bayi memiliki resiko yang lebih besar untuk menderita dehidrasi dibandingkan orang dewasa ¹.

Penyakit diare merupakan penyakit endemis potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) yang sering disertai dengan kematian di Indonesia. Kelompok umur dengan prevalensi diare (berdasarkan diagnosis tenaga Kesehatan) tertinggi yaitu kelompok umur 1-4 tahun sebesar 11,5% dan pada bayi sebesar 9% ².

Menurut data (WHO, 2019) diare merupakan penyakit yang berbasis lingkungan dan terjadi hampir di seluruh daerah geografis di dunia. Setiap tahunnya ada sekitar 1.7 miliar kasus diare dengan angka kematian 760.000 anak di bawah 5 tahun. Pada negara berkembang, anak-anak usia di bawah 3 tahun rata-rata mengalami 3 episode diare pertahun. Berdasarkan profil

kesehatan di Indonesia tahun 2019 menunjukkan jumlah penderita diare di Indonesia sebanyak 2.549 orang dan angka Case Fatality Rate (CFR) sebesar 1.14%, menurut karakteristik umur, kejadian diare tertinggi di Indonesia terjadi pada balita (7.0%). Proporsi terbesar penderita diare pada balita dengan insiden tertinggi berada pada kelompok 6-11 bulan yaitu sebesar (21,56%). Lalu kelompok umur 12-17 bulan sebesar (14.43%), kelompok umur 24-29 bulan sebesar (12.37%). Penyakit yang menjadi penyebab utama kematian balita antara lain pneumonia, diare, malaria, campak, dan kondisi yang diperberat oleh masalah gizi. Diare masih merupakan masalah kesehatan utama pada anak, terutama di negara berkembang seperti Indonesia (Kemenkes.RI, 2019).

Menurut (Kemenkes RI, 2020). Jumlah rekapitulasi kejadian luar biasa (KLB) diare balita di Indonesia pada tahun 2018 dengan persentase 1.14%, tahun 2019 dengan persentase 2.47%, tahun 2020 dengan persentase 4.00%. bahwa cakupan penemuan diare pada daerah Kota Bekasi tahun 2020 yaitu sebanyak 14.293 atau baru sebesar 20.8% yang ditangani dari target penemuan kasus diare tahun 2020 sebanyak 65.679% kasus. Dari jumlah ini, sebanyak 4.821 kasus merupakan kelompok umur Balita sebanyak 33.73% dari total kasus diare di Kota Bekasi³.

Pada klien yang menderita gastroenteritis diagnosa yang sering muncul adalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan yang ditandai dengan dehidrasi, muntah dan diare, defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang ditandai dengan berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, hipertermi berhubungan dengan dehidrasi proses penyakit, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Masalah keperawatan pada pasien gastroenteritis jika tidak diatasi dapat berdampak sangat buruk bagi penderitanya salah satunya adalah kematian yang disebabkan karena asupan nutrisi kurang dari jumlah pengeluaran.

Berdasarkan penjelasan diatas penulis tertarik ingin mengetahui pelaksanaan proses asuhan keperawatan yang dilakukan peneliti pada kasus pasien gastroenteritis yang dirawat di ruang rawat inap Melati RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Anak pada pasien dengan Gastroenteritis dalam penerapan langsung di ruang rawat inap Melati RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap Melati RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi.
- b. Dapat menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gastroenteritis di ruang rawat inap Melati, RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi.
- c. Dapat membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap Melati, RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi.
- d. Dapat mengaplikasikan implementasi non farmakologi pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi.
- e. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang inap Melati, RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi
- f. Dapat mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap Melati,RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gastroenteritis

1. Pengertian

Gastroenteritis akut adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan erosi pada bagian superfisial¹. Gastroenteritis akut ditandai dengan diare dan pada beberapa kasus muntah-muntah yang berakibat kehilangan cairan elektrolit yang menimbulkan dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit⁴

Diare akut adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3 kali perhari, disertai perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu. Pada bayi yang minum ASI sering frekuensi buang air besarnya lebih dari 3-4 kali per hari, keadaan ini tidak dapat disebut diare, tetapi masih bersifat fisiologis atau normal. Selama berat badan bayi meningkat normal, hal tersebut juga tidak tergolong diare, tetapi merupakan intoleransi laktosa sementara pertumbuhan sistem pencernaannya belum sempurna⁵.

Untuk bayi yang minum ASI secara eksklusif definisi diare yang praktis adalah meningkatnya frekuensi buang air besar atau konsistensinya menjadi cair yang menurut pendapat ibunya adalah bentuk bab yang tidak normal yang seperti biasanya. Terkadang pada seorang anak yang buang air besar kurang dari 3 kali perhari, tetapi konsistensinya cair, keadaan ini sudah disebut sebagai diare.

2. Etiologi

Pada saat ini, kemajuan dibidang teknik laboratorium sudah sangat maju untuk kuman patogen sangat mudah di indentifikasi oleh penderita diare sekitar 80% pada kasus yang datang disarana kesehatan dan sekitar 50% kasus ringan dimasyarakat. Pada saat ini telah mudah di indentifikasi tidak kurang dari 25 jenis mikroorganisme yang dapat

menyebabkan diare diare pada anak dan bayi. Penyebab utama dari diare di sebabkan oleh virus, bakteri dan parsit ⁶.

3. Patofisiologi

Ada beberapa faktor yang menyebabkan kerusakan mukosa lambung, meliputi : (a) kerusakan mukosa barrier yang menyebabkan difusi balik ion H⁺ meningkat, (b) perfusi mukosa lambung yang terganggu, (c) jumlah asam lambung tinggi ⁵.

Faktor tersebut biasanya tidak terdiri sendiri, contohnya stress fisik akan menyebabkan perfusi mukosa lambung terganggu sehingga timbul daerah infrak kevil, selain itu skresi lambung juga terpacu. Mucosal barrier pada pasien stress fisik biasanya tidak terganggu.

Gastroentritis akut akibat infeksi H.pylori biasanya bersifat asimtomatik. Bakteri yang masuk akan memproteksi dirinya dengan lapisan mukus. Proteksi lapisan ini akan menutupi mukosa lambung dan melindungi dari asam lambung. Penterasi atau daya tembus bakteri ke lapisan mukosa lambung yang menyebabkan terjadinya kontak dengan sel-sel epithelial lambung dan terjadi adhesi (pelengketan) sehingga menghasilkan respon peradangan melalui pengaktifan enzim untuk meningkatkan IL-8. Hal tersebut menyebabkan fungsi barrier lambung terganggu dan terjadilah gastroentritis akut ⁷.

Menurut ⁶ menjelaskan bahwa virus tersebar dengan cara fekal oral bersama makanan dan minuman, dari bebrapa ditularkan secara airborne yaitu norovirus, virus penyebab diare secara selektif menginfeksi dan merusak sel-sel di ujung jonjot yang rata disertai adanya sebukan sel radang mononuclear pada lamina propania sedang pada mukosa lambung tidak terdapat perubahan walaupun penyakit dikenal sebagai gastroentritis. Gambaran patologi tidak berlokasi dengan gejala klinik, dan terlihat perbaikan proses sebelum gejala klinik hilang.

Kerusakan akibat virus tersebut mengakibatkan adanya absorpsi air dan garam berkurang dan terjadi perubahan keseimbangan rasio sekresi

dan terjadilah malabsorpsi karbohidrat terutama laktosa. Faktor penyebab gastroenteritis virus lebih banyak mengenai bayi dibandingkan dengan anak besar dikarenakan fungsi usus yang berkurang, imunitas spesifik berkurang, serta menurunnya mekanisme pertahanan spesifik seperti asam lambung dan mukus. Enteritis virus juga meningkatkan permeabilitas terhadap makromolekul di dalam usus dan ini diperkirakan sebagai penyebab meningkatnya resiko terjadinya alergi makanan.

Secara umum diare disebabkan oleh 2 hal yaitu gangguan pada proses absorpsi atau sekresi. Beberapa macam pembagian diare :

- a. Pembagian diare menurut etiologi
- b. Pembagian diare menurut mekanismenya yaitu gangguan :
 1. Absorpsi
 2. Gangguan sekresi
- c. Pembagian diare menurut durasi diare :
 1. Diare akut yang berlangsung kurang dari 14 hari
 2. Diare kronik yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan etiologi non infeksi
 3. Diare persisten yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan etiologi infeksi

Kejadian diare secara umum terjadi dari satu atau beberapa mekanisme yang saling tumpang tindih. Menurut mekanisme diare maka dikenal, diare akibat gangguan absorpsi yaitu volume cairan yang berada dikolon lebih besar daripada kapasitas absorpsi. Disini diare dapat terjadi akibat kelainan di usus halus, mengakibatkan absorpsi menurun atau sekresi yang bertambah. Apabila fungsi usus halus normal, diare dapat terjadi akibat absorpsi di kolon menurun atau sekresi dikolon meningkat.

Diare juga dikaitkan dengan gangguan motilitas, inflamasi dan imunologi.

1) Gangguan absorpsi atau diare osmotik, secara umum terjadi penurunan fungsi absorpsi oleh berbagai sebab seperti celiac sprue, atau karena :

- a. mengkonsumsi magnesium hidroksida.
- b. Defisiensi sukrase-isomat adanya laktase defisiensi pada anak yang lebih besar.
- c. Adanya bahan yang tidak diserap, menyebabkan bahan intraluminal pada usus halus bagian proksimal tersebut bersifat hipertonis dan menyebabkan hiperosmolaritas. Akibat perbedaan tekanan osmose antara lumen usus dan darah maka pada segmen usus jejunum yang bersifat permeabel, air akan mengalir ke arah lumen jejunum, sehingga air akan banyak terkumpul di dalam lumen usus. Na akan mengikuti masuk ke dalam lumen , dengan demikian akan terkumpul cairan intraluminal yang besar dengan kadar Na yang normal. Sebagian kecil cairan ini akan diabsorpsi kembali, akan tetapi lainnya akan tetap tinggal di lumen oleh karena ada bahan yang tidak dapat di serap seperti Mg, Glukose, Sukrose, laktose, maltose di segmen illeum dan melebihi kemampuan absorpsi kolon, sehingga terjadi diare. Bahan-bahan seperti karbohidrat dari jus buah, atau bahan yang mengandung sorbital dalam jumlah berlebihan, akan memberikan dampak yang sama.

2) Malabsorpsi umum.

Keadaan seperti *short bowel syndrom*, celiac, protein, peptida, tepung, asam amino dan monosakrida mempunyai peran pada gerakan osmotik pada lumen usus. Kerusakan sel (yang secara normal akan menyerap Na dan air) yang dapat disebabkan oleh virus atau kuman, seperti *Salmonella* atau *Campylobacter*. Sel tersebut juga dapat rusak karena inflammatory bowel disase idiopatik, akibat toksin atau obat-obat tertentu. Gsmbaran

karakteristik penyakit yang menyebabkan malabsorpsi usus halus adalah atrofi villi.

Gangguan atau kegagalan sekresi pankreas menyebabkan kegagalan pemecahan kompleks protein, karbohidrat, trigliserid, selanjutnya menyebabkan maldigesti dan akhirnya menyebabkan diare osmotik. Steatorrhe berbeda dengan malabsorpsi protein dan karbohidrat dengan asam lemak rantai panjang intraluminal, tidak hanya menyebabkan diare osmotik tetapi juga menyebabkan paku sekresi Cl, sehingga diare tersebut dapat disebabkan malabsorpsi karbohidrat oleh karena kerusakan difusi mukosa usus, defisiensi sukrosa, isomaltosa dan defisiensi congenital laktase, pemberian obat pencahar. Laktose, pemberian Mg hydroxide (misalnya susu Mg). malabsorpsi karbohidrat yang berlebihan pada hipermotilitas pada kolon iriabel. Mendapat cairan hipertonis dalam jumlah besar dan cepat, menyebabkan kekambuhan diare.

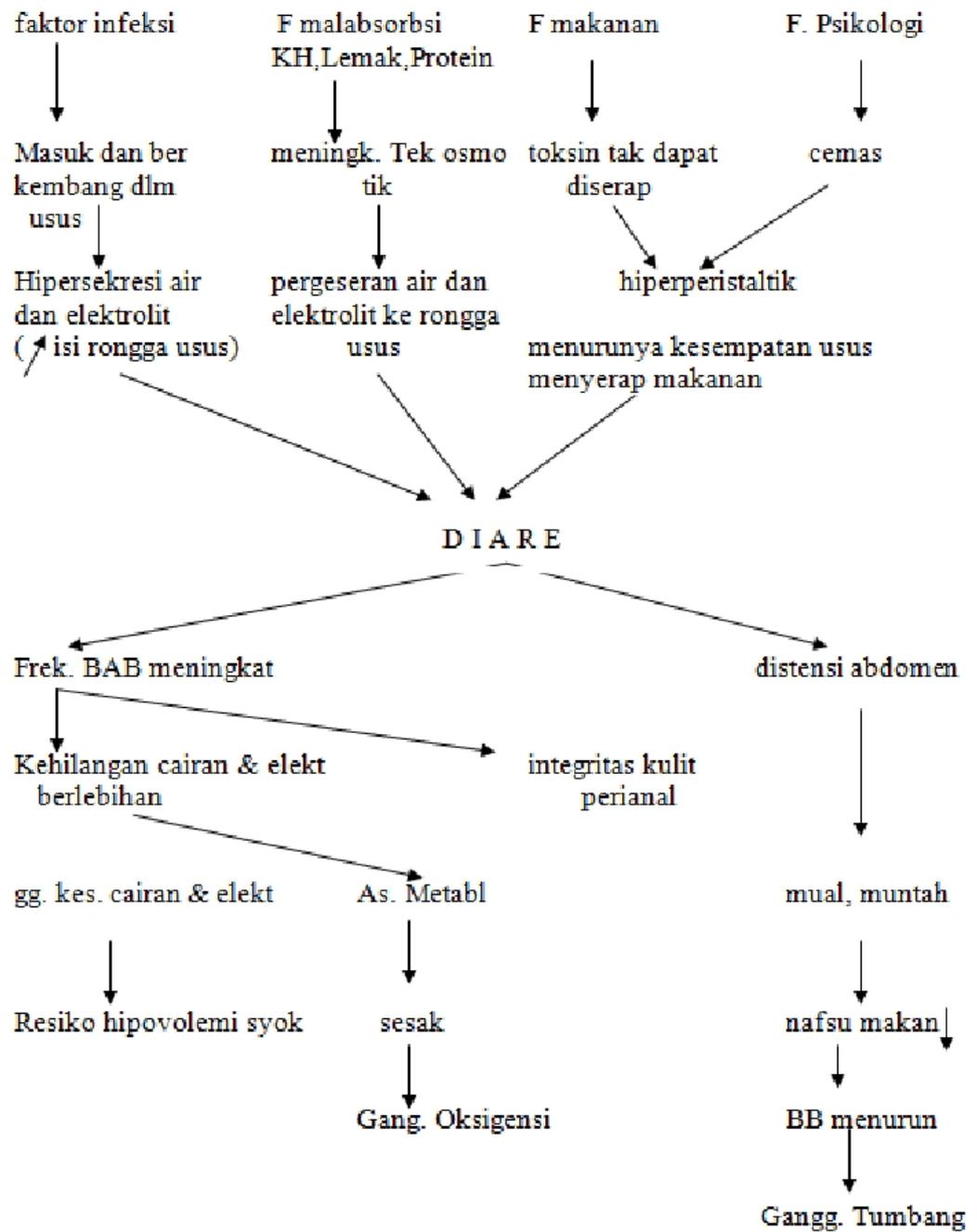
Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ada 3 macam yaitu:

- a. Gangguan osmotik, terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan dalam rongga yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.
- b. Gangguan sekresi, terjadi karena adanya rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
- c. Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makana sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri kambuh berlebihan, selanjutnya timbul diare pula. Dari ketiga mekanisme diatas menyebabkan :

- Kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik hipokalemia)
- Gangguan gizi akibat kelaparan (masukan kurang, pengeluaran bertambah)
- Hipoglikemia
- Gangguan sirkulasi darah

4. Pathways



5. Manifestasi Klinis

Menurut ⁸ tanda dan gejala gastroenteritis dapat berupa anak cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan menurun, mengalami diare, feses cair disertai dengan darah atau lendir, warna tinja berubah menjadi kehijauan karena tercampur empedu, anus dan sekitarnya menjadi lecet karena tinja menjadi asam, dehidrasi dan berat badan menurun.

Infeksi usus menimbulkan tanda dan gejala gastrointestinal serta gejala lainnya bila terjadi komplikasi ekstra intestinal termasuk manifestasi neurologik. Gejala gastrointestinal bisa berupa diare, kram perut dan muntah, sedangkan manifestasi sistematik bervariasi tergantung pada penyebabnya.

Penderita dengan diare yang cair mengeluarkan tinja yang mengandung sejumlah ion natrium, klorida, dan bikarbonat. Kehilangan air juga meningkat bila ada panas. Hal ini dapat menyebabkan dehidrasi, asidosis metabolik dan hipokalemia. Dehidrasi merupakan keadaan yang paling berbahaya karena dapat menyebabkan hipovolemia, kolaps kardiovaskuler dan kematian bila tidak diobati dengan tepat. Dehidrasi yang terjadi karena tonisitas plasma dapat berupa dehidrasi isotonik, dehidrasi hipertonik (hipernatremik) atau dehidrasi hipotonik. Menurut derajat dehidrasinya bisa tanpa dehidrasi, dehidrasi ringan, dehidrasi sedang atau berat.

Tabel 2.1 Derajat Dehidrasi Berdasarkan Persentase Kehilangan Air dari berat badan/

Derajat Dehidrasi	Dewasa	Bayi dan Anak
Ringan	4% dari berat badan	5% dari berat badan
Sedang	6% dari berat badan	10% dari berat badan
Berat	8% dari berat badan	15% dari berat badan

Tabel 2.2 Derajat Dehidrasi Berdasarkan Skor WHO

Yang di nilai	SKOR		
	A	B	C
Keadaan umum	Baik	Lesu/haus	Gelisah,lemas,mengantuk,syok
Mata	Baik	Cekung	Sangat cekung
Mulut	Baik	Kering	Snagat kering
Turgor	Baik	Kurang	Jelek

Ket.

- <2 Tanda di kolom B dan C : Tanpa Dehidrasi
- >2 Tanda di kolom B : Dehidrasi ringan-sedang
- ≥2 Tanda di kolom C : Dehidrasi berat

Tabel 2.3 Tanda Klinis Dehidrasi

	Ringan	Sedang	Berat
Defisit cairan	3-5%	6-8%	>10%
Hemodinamik	Takikardi dan nadi lemah	Takikardi, nadi sangat lemah, volume kolaps, hipotensi ortostatik	Takikardi, nadi tak teraba, akral dingin, sianosis
Jaringan	Lidah kering, turgor turun	Lidah keriput, turgor kurang	Atonia, turgor buruk
Urin	Pekat	Jumlah turun	Oliguria
SSP	Mengantuk	Apatis	koma

Infeksi ekstraintestinal yang berkaitan dengan bakteri enterik patogen antara lain : vulvovaginitis, infeksi saluran kemih, endokarditis, osteomielitis, meningitis, pneumonia, hepatitis, peritonitis dan sepsis tromboflebitis. Gejala neurologik dari infeksi

usus bisa berupa parasthesia (akibat makan ikan, kerang, monosium glutamat) hipotoni dan kelemahan otot (*C. botulinum*).

Manifestasi *immun mediated* ekstraintestinal biasanya terjadi setelah diarenya sembuh, contoh: Bila terdapat panas dimungkinkan karena proses peradangan atau akibat dehidrasi. Panas badan umum terjadi pada penderita dengan *inflammatory* diare. Nyeri perut yang lebih hebat dan tenesmus yang terjadi pada perut bagian bawah serta rektum menunjukkan terkenannya usus besar. Mual dan muntah adalah simptom yang non spesifik akan tetapi muntah mungkin disebabkan oleh karena organisme yang menginfeksi saluran cerna bagian atas seperti : enterik virus, bakteri yang memproduksi enterotoksin, *Giardia*, dan *Cryptosporidium*.

Muntah juga sering terjadi pada *non inflammatory* diare. Biasanya penderita tidak panas atau hanya subfebris, nyeri perut periumbilikal tidak berat, *watery diare*, menunjukkan bahwa saluran cerna bagian atas yang terkena. Oleh karena pasien *immunocompromise* memerlukan perhatian khusus, informasi tentang adanya imunodefisiensi atau penyakit kronis sangat penting.

6. Penatalaksanaan

Diare akut secara arbitrer didefinisikan sebagai keluarnya satu atau lebih tinja diare per hari selama kurang dari 14 hari. Sebagian besar penyakit diare pada anak disebabkan oleh infeksi. Pada sebagian kasus, tidak perlu melakukan identifikasi terhadap organisme penyebab karena proses penyakit dan pengobatan serupa apapun penyebabnya. Terapi utama adalah rehidrasi dan pemeliharaan hidrasi sampai diare mereda serta menghindari malnutrisi akibat kekurangan asupan nutrisi.

Namun pada beberapa keadaan identifikasi patogen akan mengubah pengobatan sehingga perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium. Apabila tinja mengandung leukosit atau darah makroskopik atau anak tampak toksik, kemungkinan infeksi bakteri invasif meningkat dan

harus dilakukan biakan tinja. Demikian juga pada anak dengan gangguan kekebalan atau yang dirawat inap memerlukan evaluasi yang lebih intensif karena resiko infeksi oportunistik. Bayi yang berusia kurang dari 2 bulan dengan diare merupakan kategori khusus. Infeksi bakteri sering dan lebih parah pada kelompok usia ini, selain itu virus atau bakteri entropogen dapat menimbulkan enteropatipasca enteritis yang memerlukan pemantauan nutrisi yang teliti.

Pada kelompok usia ini lebih sering terjadi intoleransi laktosa persisten yang memerlukan perubahan temporer susu formula. Karena kemungkinan sekali anak perlu diperiksa untuk mengukur hidrasi dan nutrisi secara objektif (mis. Berat badan anak) serta dipantau selama perjalanan penyakitnya. Pada neonatus dengan diare diperlukan (pikiran terbuka) mengenai kemungkinan kasus non infeksi dan diagnosis penyakit diare kongenital, termasuk gangguan malabsorpsi primer, kelainan transfusi dan defek di strukur membran brush broder, harus dipertimbangkan.

- 1) Rehidrasi oral

Penggunaan terapi rehidrasi oral (TRO) telah semakin luas diterima diseluruh dunia karena merupakan terapi yang cepat, aman, efektif dan murah untuk penyakit diare. Larutan rehidrasi oral efektif dalam mengobati anak apapun penyebab diare atau beberapa punkadar natrium serum anak saat awitan terapi. Larutan rehidrasi oral yang optimal harus dapat menggantikan air, natrium, kalium dan bikarbonat dan larutan tersebut juga harus isotonik atau hipotonik. Penambahan glukosa kedalam larutan meningkatkan penyerapan natrium dengan memanfaatkan kontrtransportasi natrium yang digabungkan dengan glukosa yang maksimal apabila konsentrasi glukosa tidak lebih daripada 110-140 mmol/L (2,0-2,5 g/L).

- 2) Asi eksklusif

- 3) Obat antidiare

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium lengkap pada diare akut pada umumnya tidak diperlukan, hanya pada keadaan tertentu mungkin diperlukan misalnya penyebab dasarnya tidak diketahui atau ada sebab-sebab lain selain diare akut atau pada penderita dengan dehidrasi berat. Contoh : pemeriksaan darah lengkap, kultur urin dan tinja pada sepsis atau infeksi saluran kemih. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan pada diare akut antara lain adalah:

- a. Darah : darah lengkap, serum elektrolit, analisis gas darah, glukosa darah, kultur dan tes kepekaan terhadap antibiotik
- b. Urin : urine lengkap, kultur dan tes kepekaan terhadap antibiotik
- c. Tinja :

- Pemeriksaan makroskopik

Pemeriksaan makroskopik tinja perlu dilakukan pada semua penderita diare meskipun pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan. Tinja yang watery dan tanpa mukus atau darah biasanya disebabkan oleh enterotoksin virus, protozoa atau disebabkan oleh infeksi diluar saluran gastrointestinal.

Tinja yang mengandung darah atau mukus bisa disebabkan infeksi bakteri yang menghasilkan sitotoksin, bakteri enteroinvasif yang menyebabkan peradangan mukosa atau parasit usus seperti : *E. histolytica*, *B. coli*, dan *T. trichiura*. Apabila terdapat darah biasanya bercampur dalam tinja kecuali pada infeksi dengan *E. Histolytica* darah sering terdapat pada permukaan tinja dan pada infeksi EHEC terdapat garis-garis darah pada tinja. Tinja yang berbau busuk didapatkan pada infeksi dengan *Salmonella*, *Giardia*, *Cryptosporidium* dan *Strongyloides*.

- Pemeriksaan mikroskopik

Pemeriksaan mikroskopik untuk mencari adanya leukosit dapat memberikan informasi tentang penyebab diare,

letak anatomis serta adanya proses peradangan mukosa. Lekosit dalam tinja diproduksi sebagai respon terhadap bakteri yang menyerang mukosa kolon. Lekosit yang positif pada pemeriksaan tinja menunjukkan adanya kuman invasif atau kuman yang memproduksi sitokosin seperti *Shigella*, *Salmonella*, *C. jejuni*, *EIEC*, *C. difficile*, *Y. enterocolitica*, *V. parahaemolyticus* dan kemungkinan *Aeromonas* atau *P. shigelloides*.

Lekosit yang ditemukan pada umumnya adalah lekosit PMN, kecuali *S. typhi* lekosit mononuklear. Tidak semua penderita kolitis terdapat lekosit pada tinjanya, pasien yang terinfeksi dengan *E. histolytica* pada umumnya lekosit pada tinja minimal.

Parasit yang menyebabkan diare pada umumnya tidak memproduksi lekosit dalam jumlah banyak. Normalnya tidak diperlukan pemeriksaan untuk mencari telur atau parasit kecuali terdapat riwayat baru saja berpergian ke daerah resiko tinggi, kultur tinja negatif untuk enteropatogen, diare lebih dari 1 minggu atau pada pasien immunocompromised. Pasien yang dicurigai menderita diare yang disebabkan giardiasis, cryptosporidiosis, isoporiasis dan strongloidiasis dimana pemeriksaan tinja negatif, aspirasi atau biopsi duodenum atau yeyunum bagain atas mungkin diperlukan. Karena organisme ini hidup di saluran cerna bagian atas, prosedur ini lebih tepat daripada pemeriksaan spesimen tinja. Biopsi duodenum adalah metode yang spesifik dan sensitif untuk diagnosis giardiasis, strongyloidiasis dan protozoa yang membentuk spora, *E. histolytica* dapat didiagnosis dengan pemeriksaan mikroskopik tinja segar.

8. Komplikasi

- a. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik atau hipertonik)
- b. Renjatan hipovolemik
- c. Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardi, perubahan elektrokardiogram)
- d. Hipoglikemia
- e. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktosa
- f. Kejang yang terjadi pada dehidrasi hipertonik
- g. Malnutrisi energi protein akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik.

9. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada kasus pneumonia, yaitu:

- a. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)
- b. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangan cairan (D.0037)
- c. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan (D.0019)
- d. Hipertermia b.d dehidrasi, proses penyakit (D.0130)
- e. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi hiperpristaltik (D.0077)

10. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif	<p>Pemantuan Cairan (I.03121)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi dan kekuatan nadi - Monitor frekuensi napas - Monitor tekanan darah - Monitor berat badan - Monitor waktu pengisian kapiler - Monitor elastisitas atau turgor kulit - Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine - Monitor kadar albumin dan protein total - Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas, hematokrit, natrium, kalium, BUN) - Monitor intake dan output cairan - Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)

		<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda-tanda hipervolemis (mis, dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) - Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis, prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, perangan prankeas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval waktu pemantuan sesuai dengan kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantuan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantuan - Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> <p>Pemantuan Nutrisi (I.03123)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi (mis, pengetahuan, ketersediaan makanan, agama/kepercayaan, budaya, mengunyah tidak adekuat,
--	--	--

		<p>gangguan menelan, penggunaan obat-obatan atau pascaoperasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi berat badan - Identifikasi kelainan pada kulit (mis, memar yang berlebihan, luka yang sulit sembuh, dan pendarahan) - Identifikasi kelainan rambut (mis, kering, tipis, kasar, dan mudah patah) - Identifikasi pola makan (mis, kesukaan/ketidaksukaan makanan, konsumsi makanan cepat saji, makan terburu-buru) - Identifikasi kelainan pada kuku (mis, berbentuk sendok, retak, mudah patah, dan bergerigi) - Identifikasi kemampuan menelan (mis, fungsi motorik wajah, refleks menelan, dan refleks gag) - Identifikasi kelainan rongga mulut (mis, peradangan gusi berdarah, bibir kering dan retak, luka) - Identifikasi kelainan eliminasi (mis, diare, darah, lendir, dan eliminasi yang tidak teratur) - Monitor mual dan muntah - Monitor asupan oral - Monitor warna kongjungtiva - Monitor hasil laboratorium (mis, kadar kolesterol, albumin serum,
--	--	---

		<p>transferrin, kreatinin, hemoglobin, hematokrit, dan elektrolit darah)</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timbang berat badan - Ukur antropometrik komposisi tubuh (mis, indeks masa tubuh, pengukuran pinggng, dan ukuran lipatan kulit) - Hitung perubahan berat badan - Atur interval waktu pemantuan sesuai dengan kondisi pasien - Dokumentasi hasil pemantuan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantuan - Informasikan hasil pemantuan, <i>jika perlu</i>
2	<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d</p> <p>ketidakseimbangan cairan</p>	<p>Manajemen Cairan (I.03098)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hidrasi (mis, frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulir, tekanan darah) - Monitor berat badan harian - Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis, hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN)

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hemodinamik (mis, MAP, CVP, PAP, PCWP, <i>jika tersedia</i>) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam - Berikan asupan cairan, <i>sesuai kebutuhan</i> - Berikan cairan intravena, <i>jika perlu</i> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik, <i>jika perlu</i>
3	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Obervasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi nutrisi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan, <i>jika perlu</i> - Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan)

		<ul style="list-style-type: none"> - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i> - Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk, <i>jika perlu</i> - Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antilemetik), <i>jika perlu</i> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>
4	Hipertermia b.d dehidrasi, proses penyakit	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Obervasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermia (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) - Monitor suhu tubuh - Monitor kadar eletrolit - Monitor haluaran urine

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Basahi dan kipasi permukaan tubuh - Berikan cairan oral - Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) - Lakukan pendinginan eksternal (mis, selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) - Hindari pemberian antipetrik atau aspirin - Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i>
5	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi hiperpristaltik	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal

		<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri- Jelaskan strategi meredakan nyeri- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat- Anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
--	--	---

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

PENGAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Muhammad Aldi Wijayanto
Tempat : Ruang Melati, RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota
Bekasi
Tanggal Pengkajian : 21-12-2022

A. PENGAJIAN DATA DASAR

I. Identitas Pasien dan Orang tua

Nama Anak	: An. Ny.Y	Usia Ayah/Ibu	: 25/22 Tahun
Usia	: 11 Bulan	Agama	: Islam
Jenis kelamin	: Perempuan	Suku Bangsa	: Indonesia
Anak ke	: 1	Alamat	: Pondok Gede
Tanggal Masuk	: 20/12/2022	Pendidikan Ayah/Ibu	: SMA
Diagnosa Medik	: GEA+BP		
Pekerjaan Ayah/Ibu	: Karyawan swasta/IRT		

II. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak, sesak napas, muntah-muntah, 4-6 kali dalam sehari saat diberi makan atau minum susu.

III. Keadaan Sakit Saat ini

Ibu klien mengatakan anaknya mengalami batuk berdahak, demam selama 2 hari, BAB cair selama 1 hari yang lalu di rumah, BAB sebanyak 4-6x sehari, ibu klien mengatakan saat diberikan makan atau susu anaknya akan muntah sehingga anaknya tampak lemas.

IV. Riwayat kehamilan dan Persalinan

1. Prenatal : ibu klien mengatakan selama hamil tidak ada keluhan dan rajin kontrol ke dokter atau bidan
2. Intranatal : ibu klien mengatakan melahirkan normal di bidan terdekat,

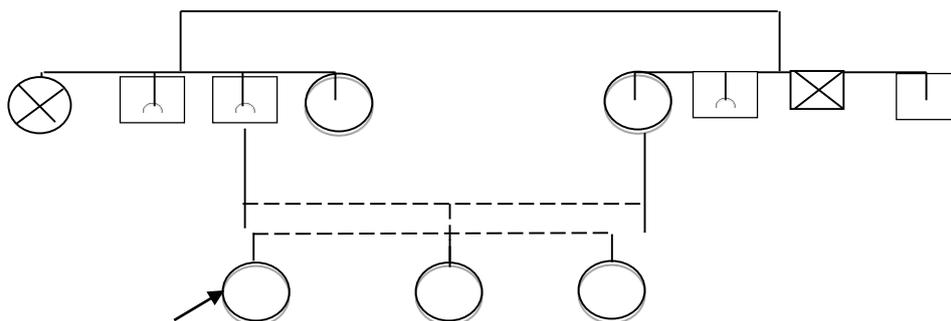
lama persalinan ibu mengatakan lupa tapi dia ingat bahwa persalinannya tidak terlalu lama dengan persalinan normal pada umumnya

3. Posnatal : ibu klien mengatakan keadaan bayi ketika lahir normal dengan berat badan 3000 gr dan panjang 57 cm

B. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1. Penyakit masa kanak-kanak : ibu klien mengatakan bahwa anaknya tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya
2. Pernah di rawat Rs : ibu klien mengatakan bahwa anaknya belum pernah di rawat di RS
3. Obat-obatan yang digunakan : ibu klien mengatakan bahwa tidak ada obat-obatan yang digunakan sebelumnya
4. Tindakan operasi : ibu klien mengatakan bahwa anaknya tidak pernah dilakukan tindakan operasi
5. Alergi : ibu klien mengatakan anaknya tidak memiliki alergi baik makanan dan susu
6. Kecelakaan : ibu klien mengatakan bahwa tidak pernah kecelakaan dalam bentuk apapun itu

V. Riwayat Keluarga (disertai Genogram)



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Klien (pr)

- : Garis perkawinan
- | : Garis keturunan
- ⊠ : Meninggal (Laki)
- ⊙ : Meninggal (Pr)

VI. Riwayat Sosial

1. Yang mengasuh : ibu klien mengatakan yang mengasuh adalah mereka berdua yaitu ayah dan ibu
2. Hubungan dengan anggota keluarga : ibu klien mengatakan hubungan anggota keluarga sangat baik
3. Hubungan dengan teman sebaya : tidak terkaji
4. Pembawaan secara umum : ibu klien mengatakan tidak ada pembawaan secara umum
5. Lingkungan rumah : ibu klien mengatakan lingkungan rumah bersih dan nyaman

VII. Kebutuhan Dasar

1. Nutrisi :
 - a. Sebelum sakit : ibu klien mengatakan makan 3x sehari dengan bubur saring dan susu
 - b. Sesudah sakit : ibu klien mengatakan makan 3x sehari dengan ½ porsi bubur saring dan susu
2. Pola istirahat dan tidur :
 - a. Sebelum sakit : ibu klien mengatakan untuk tidur siang 2 jam/hari dan tidur malam 8-9 jam/perhari.
 - b. Sesudah sakit : ibu klien mengatakan untuk tidur siang 1 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam/hari.
3. Eliminasi :
 - a. Sebelum sakit :
 - BAB : 1-2x sehari ada ampas, 2 kali ganti dalam 12 jam, warna coklat dan bau khas
 - BAK : 3-4x sehari, warna kuning, 4 kali ganti dalam 6 jam, bau Khas

- b. Sesudah sakit :
 - BAB : 4-6x sehari, konsistensi cair, 4 kali ganti dalam 8 jam, warna kuning, bau khas
 - BAK : 3-4x sehari, 4 kali ganti dalam 8 jam, warna kuning, bau Khas

- 4. Aktivitas :
 - a. Sebelum sakit : ibu klien mengatakan anaknya cukup aktif
 - b. Sesudah sakit : ibu klien mengatakan ketika di rawat anaknya hanya tiduran saja, lemas, dan aktivitas semuanya dibantu oleh keluarga

VIII. Pemeriksaan Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan

- 1. Pemeriksaan fisik : ibu klien mengatakan pertumbuhan anaknya baik
- 2. Perkembangan motorik kasar : perkembangan motorik kasar normal
75-100%
- 3. Perkembangan motorik halus : perkembangan motorik halus normal
75-100%
- 4. Tidur : ibu klien mengatakan tidurnya terganggu dikarena selalu BAB
- 5. Perkembangan bahasa : klien belum bisa berbicara dengan normal
- 6. Perkembangan sosial : tidak terkaji, dikarenakan klien masih bayi
- 7. Perkembangan kognitif : tidak terkaji, dikarenakan klien masih bayi

IX. Tinjauan sistem

1. Keadaan umum dan Tanda-Tanda Vital

- a. Keadaan umum : sedang
- b. BB sebelum dan sesudah sakit : 7,5 Kg dan 6,8 Kg
- c. Lingkar kepala : 35 cm
- d. Lingkar lengan : 10 cm
- e. Suhu : 37,6°C
- f. Nadi : 90x/menit
- g. Pernafasan : 42 x/menit
- h. Tekanan darah : -

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : ukuran kepala microsefal dengan bentuk wajah simetris, warna rambut hitam merata dan tidak mudah rontok
- b. Telinga : bentuk simetris, tidak terdapat kotoran telinga, tidak terdapat gangguan pendengaran
- c. Mata : simetris, mata cekung, tidak ada konjungtiva, pupil mata isokor, ada reflek cahaya, sklera tidak anemis, konjungtiva tidak ikterus
- d. Hidung : bentuk simetris, terdapat pernafasan cuping hidung
- e. Mulut dan gigi : bibir kering dan pucat, tidak mengalami stomatis, gigi tidak mengalami caries
- f. Pemeriksaan leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid
- g. Dada : **inspeksi** : tidak terdapat retraksi dada, terlihat penggunaan otot pernafasan tambahan
Palpasi : tidak terdapat massa dan tidak terdapat nyeri tekan
perkusi : tidak terdapat pembesaran jantung
auskultasi : terdapat suara ronchi dan terdengar suara grok-grok
- h. Jantung : tidak ada jejas, CRT <3 detik
- i. Pemeriksaan pencernaan : bentuk abdomen cembung, tidak terdapat massa saat di palpasi, tidak terdapat nyeri tekan pada area abdomen, saat di perkusi terdengar timpani, peristaltik usus 4
- j. Genitalia : kebersihan di area genitalia bersih dan tidak ada lesi
- k. Anus dan rektum : bersih
- l. Muskuloskeletal dan integumen : turgor kulit pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, kekuatan otot $\frac{5}{5}$ | $\frac{5}{5}$

3. Terapi farmakologi

Nama obat	Dosis	Rute
Ceftriaxone	1x425 mg	IV
KAEN	20 tpm	IV
Salbutamol	0,8 mg	Oral
Ambroxol ¼ tab	3x1	Oral
Ventolin+Nacl	2,5 cc	Nebulizer
Donperidone	3x1/4	Oral
Cotrimoxazole	2x1 gr	Oral
Sanpicilin	4x250 mg	IV
Paracetamol	3x250 gr	IV
Ringer Lakta	500 ml/11 tpm	IV

4. Pemeriksaan laboratorium dan Penunjang

Tanggal 20/12/2022

Nama test	Hasil	Unit	Nilai rujukan
Lekosit	7.4	ribu/uL	5-10
Hemoglobin	11,9	g/dL	12-14.5
Hematokrit	37.6	%	40-54
Trombosit	353.000	mm ³	4000.000
Albumin	4.72	g/dL	3.5-4.5
Glukosa darah sewaktu	105	mg/dL	60-100
Natrium (Na)	136	mmol/L	135-145
Kalium (K)	4.9	mmol/L	3.5-5.0
Clordia (Cl)	101	mmol/L	94-111
Leukosit	13.200	mm ³	14.000-16.000

Rontgen : foto Rontgen Thorax tanggal 20 Desember 2022

Kesan : Bronchitis ditandai dengan Bronchopneumonia dan Cor normal

Tanggal 21/12/2022

Nama test	Hasil	Unit	Nilai rujukan
Lekosit	7.6	ribu/uL	5-10
Hemoglobin	12.4	g/dL	11-14.5
Hematokrit	38.5	%	40-54
Trombosit	299	ribu/uL	150-400
Albumin	4.73	g/dL	3.5-4.5
Glukosa darah sewaktu	103	mg/dL	60-100
Natrium (Na)	136	mmol/L	135-145
Kalium (K)	4.9	mmol/L	3.5-5.0
Clordia (Cl)	101	mmol/L	94-111
Berat jenis	1.010		1.005-1.030
PH	6.5		
Glukosa	-		-
Bilirubin	-		-
Keton	+		-
Darah	+++		-
Protein	-		-
Urobilirubin	0.2		0.1-1.0
Nitrit	-		-
Leukosit esterase	-		-
Eritrosit	20	Sel/LPB	30-49
Epitel	2	Sel/LPB	1-4
Bakteri	+	-	Negatif
Kristal	-	-	Negatif
silinder	-	-	Negatif

5. Analisa Data

NO	DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1	Ds : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak selama 2 hari • Ibu klien mengatakan anaknya masih sesak nafas Do : <ul style="list-style-type: none"> • Terdengar suara nafas ronki pada kedua lapang paru • Pernafasan cepat dan dangkal • Anak tidak mampu mengeluarkan dahaknya secara mandiri • Terdapat penggunaan Otot bantu pernafasan dada • Terdapat cuping hidung • Frekuensi nafas 46x/menit 	Bersihan jalan nafas	Peningkatan produksi sputum
2	Ds : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan anaknya BAB 6x sehari cair Do : <ul style="list-style-type: none"> • Nadi 90x/menit 	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	Diare

	<ul style="list-style-type: none"> • Nadi teraba kuat • Turgor kulit >3 detik (normal >2 detik) • Membran mukosa kering • Hematokrit 37,6% (normal hematokrit anak : 40-52%) • Derajat dehidrasi 9% (kategori dehidrasi sedang) • Akral hangat 		
3	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan anaknya mual saat diberikan makan dan susu • Ibu klien mengatakan anaknya hanya mau makan 3 sedok makan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • BB sebelum sakit : 7,5 Kg • Bb sesudah sakit : 6,8 Kg 	Defisit nutrisi	Nafsu makan menurun

	<ul style="list-style-type: none"> • TB/panjang badan: 58 cm • Lk: 43 cm • LILA 18 • Biokimia : <ul style="list-style-type: none"> - Hb : 11,9 mg/dl - Hematokrit: 37,6% - Leukosit: 13.200/mm³ - Trombosit: 353.000/mm³ • Clinis : <ul style="list-style-type: none"> - Mata cekung dan berair - Mukosa mulut kering - Asupan makanan bubur sering 3 sendok makan - Penurunan berat badan 0,7Kg • Terapi diit: bubur saring 		
4	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan anaknya umur 11 bulan <p>Do : -</p>	Resiko jatuh	Usia < 2 tahun

6. Diagnosa Keperawatan

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF
1	21/12/2022	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d peningkatan produksi sputum (D.0149)	
2	21/12/2022	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare (D.0037)	
3	21/12/2022	Defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun (D.0019)	
4	21/12/2022	Resiko jatuh b.d usia < 2 tahun (D.0143)	

7. Perencanaan Keperawatan

HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
Rabu 21/12/2022	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d peningkatan produksi sputum (D.0149)	<p>Bersihan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas teratasi dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suara napas bersih, tidak ada dyspnoe, dan tanda-tanda sianosis 2. Jalan napas bersih 3. Irama napas teratur, frekuensi napas dalam rentang normal(20-30x/menit) 	<p>Manajemen jalan nafas (I.01011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status oksigen klien 2. Monitor status respirasi (frekuensi, irama napas) 3. Auskultasi suara napas catat jika ada suara napas tambahan 4. Atur posisi klien untuk memaksimalkan ventilasi 5. Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 6. Ajarkan teknik batuk efektif untuk mengeluarkan secret 7. Kolaborasi dengan pemberian O2 8. Kolaborasi pemberian nebulizer 9. Kolaborasi pemberian antibiotik
Rabu 21/12/2022	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare (D.0037)	<p>Keseimbangan cairan (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko ketidakseimbangan</p>	<p>Manajemen cairan (I.03098)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi kuat), <i>jika di perlukan</i> 2. Monitor vital sign

		<p>elektrolit tertasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 2. Frekuensi muntah dan mual berkurang 3. Tidak ada tanda dehidrasi 4. Tekanan nadi dan suhu tubuh dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori 4. Monitor status nutrisi 5. Dorongan masukan oral 6. Kolaborasi pemberian cairan IV 7. Kolaborasi dengan dokter dalam kemungkinan transfusi
Rabu 21/12/2022	Defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun (D.0019)	<p>Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan berat badan ideal 2. Berat badan sesuai dengan usia anak 3. Tidak ada tanda malnutrisi 4. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi alergi 2. Identifikasi status nutrisi 3. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan 4. Beri diet tinggi serat untuk mengurangi konstipasi 5. Monitor tanda-tanda vital 6. Kaji kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai 7. Monitor adanya muntah dan mual
Rabu 21/12/2022	Resiko jatuh b.d usia < 2 tahun (D.0143)	<p>Tingkat Jauh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lingkungan yang aman untuk klien

		<p>masalah resiko jatuh dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anak terhindar dari resiko jatuh 2. Orangtua mampu menjelaskan dan untuk mencegah terjadinya jatuh 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi kebutuhan keamanan klien sesuai dengan kondisi fisik 3. Menghindari lingkungan yang berbahaya (mis. membirakan pagar/rest rain terbuka) 4. Memasang pagar/rest rain tempat tidur 5. Menyediakan lingkungan tempat tidur yang nyaman dan aman 6. Membatasi jumlah pengunjung 7. Memindahkan barang yang berbahaya dan yang tidak diperlukan
--	--	---	---

8. Penatalaksanaan keperawatan

NO	TANGGAL/ JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	PARAF
1	21/12/22 08.00	1. Menghitung frekuensi napas dan memperhatikan irama napas	S : - O : • RR 26x/m • Irama nafas tidak teratur • Terdapat pernapasan cuping hidung • Ada otot bantu pernapasan dada	
	08.10	2. Mengukur status oksigen klien	S : - O : • SpO ₂ 98% • Terpasang nasal kanul 2 lpm	
	08.15	3. Mendengarkan bunyi napas	S : - O : Suara napas ronki pada kedua paru-paru	
	09.00	4. Mengukur suhu tubuh	S : ibu klien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari O : 38,1°C	
	09.10	5. Memberikan kompres hangat pada lipa axila An.Ny.Y	S : - O : kompres telah diberikan ketika anak tertidur	
	09.15	6. Menyelimuti klien	S : - O : selimut telah dipasang anak tertidur	
	09.20	7. Memberikan injection antibiotic Ceftriaxone 425 mg	S : - O : obat diberikan via IV dan tidak ada alergi terhadap obat yang diberikan	
	09.30	8. Melakukan kolaborasi dalam pemberian anti piretik	S : ibu klien mengatakan akan	

			diberikan ketika anaknya bangun O : anak diberi paracetamol 0,7 gram	
09.35	9. Mengkaji karakteristik lingkungan yang berpotensi memicu klien jatuh		S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Anak berada ditempat tidur orang dewasa • Posisi tempat tidur terlalu tinggi • Pagar pengaman (side rail) tidak terpasang 	
09.40	10. Edukasi keluarga klien tentang faktor resiko yang memicu jatuh		S : ibu klien mengatakan mengerti dan akan memperhatikan lebih waspada terhadap anaknya agar tidak jatuh	
09.45	11. Memasang pagar pengaman		S : - O : side rail/pagar pengaman telah terpasang	
09.50	12. Merendahkan posisi tempat tidur		S : - O : posisi tempat tidur sudah di rendahkan sesuai standar tempat tidur anak	
10.00	13. Memeriksa TTV		S : ibu klien mengatakan anaknya demam O : <ul style="list-style-type: none"> • Nadi : 98x/m • Suhu : 37,9°C • RR : 34x/m • SpO₂ : 99% 	
10.10	14. Memonitoring status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi kuat), <i>jika diperlukan</i>		S : - O : membran mukosa kering, nadi kuat	
10.20				

		15. Memonitoring status nutrisi	S : ibu klien mengatakan anaknya cuman mau makan 3 sendok makan O :	
	10.30		• Tampak anak hanya memakan 3 sendok makan, sudah minum susu 12 ml semalam	
		16. Memontring adanya muntah dan mual	S : ibu klien mengatakan anaknya muntah ketika di berikan makan banyak dan susu O : anak tampak mual ketika diberikan makan atau susu	
	10.40			
		17. Mengkaji status nutrisi	S : ibu klien mengatakan anak makan sedikit hanya 3 sendok makan bubur O : tampak klien hanya menghabiskan 3 sendok makan	
	14.00			
		18. Melakukan TTV	S : - O : • Nadi : 99x/m • Suhu : 37,8°C • RR : 34x/m • SpO ₂ : 97%	
2	22/12/22			
	08.10	1. Menghitung frekuensi napas dan memperhatikan irama napas	S : - O : • RR : 28x/m • Irama napas tidak teratur • Terdapat pernapasan cuping hidun • Terdapat otot bantu napas dada	
	08.20	2. Mengukur status oksigen klien	S : - O : • SpO ₂ : 98%	

	08.30	3. Mendengarkan bunyi napas	<ul style="list-style-type: none"> • Terpasang nasal kanul 2lpm <p>S : - O : suara napas ronki pada kedua paru</p>	
	08.40	4. Mengukur suhu tubuh klien	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya terkadang masih demam O : 37,7°C</p>	
	08.50	5. Memberikan kompres hangat pada area lipatan axila	<p>S : - O : kompres telah diberikan di area axila dan anak tampak tidur</p>	
	09.00	6. Memberikan terapi antibiotik Ceftriaxone 425 mg	<p>S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Diberikan via IV • Tidak ada tanda gejala ketika obat disuntikan </p>	
	09.10	7. Memberikan paracetamol	<p>S : - O : Pct diberikan via oral</p>	
	09.20	8. Mengkaji karakteristik lingkungan yang berpotensi memicu jatuh	<p>S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Anaknya ditempatkan ditempat tidur orang dewasa • Posisi tempat tidur terlalu tinggi </p>	
	09.30	9. Memasang pagar pengaman	<p>S : - O : Side rail telah terpasang</p>	
	09.40	10. Merendahkan posisi tempat tidur	<p>S : - O : posisi tempat tidur sudah diatur sesuai standar keamanan klien</p>	
	09.50	11. Menanyakan pola nutrisi klien	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya belum mau</p>	

	10.00	12. Menganjurkan keluarga klien untuk memberikan makanan yang sudah disediakan oleh ahli gizi	menghabiskan porsi makannya S : ibu klien mengatakan akan memberikan makanan yang telah disediakan oleh pihak RS O : -	
	10.10	13. Mengisi air oksigen	S ; - O : terpasang nassal kanul 2 lpm	
	10.20	14. Mengubah posisi tempat tidur klien	S : - O : memberikan posisi semi fowler	
	10.30	15. Menanyakan apakah anak ada mual dan muntah hari ini	S : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada muntah O : -	
	10.40	16. Mengecek turgor kulit	S : - O : turgor kulit baik	
	10.50	17. Melakukan TTV	S : - O : • Nadi : 96x/m • Suhu : 37,5°C • RR : 29x/m • SpO ₂ : 100%	
	11.00	18. Memonitoring status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi kuat), <i>jika diperlukan</i>	S : - O : membran mukosa kering, mata cekung dan berair, nadi kuat, akral teraba hangat	
	11.20	19. Memnitoring status nutrisi	S : - O : anak minum banyak 1200ml/hari sudah mau minum susu	
	12.00	20. Anjurkan meningkatkan intake cairan dan nutrisi	S : - O : anak sudah mau makan dan habis ½ porsi makan dan minum sedikit	
3	23/12/22			

	08.00	1. Monitor status oksigen klien	S : - O : SpO ₂ 99%	
	08.10	2. Auskultasi suara nafas	S : - O : suara nafas bersih tidak ada suara nafas tambahan	
	08.20	3. Mengukur suhu badan dan menghitung RR dan N	S : - O : • RR : 32x/m • N : 98x/m • S : 36,3°C	
	08.30	4. Mengukur kedalaman dan kemudahan klien dalam bernapas	S : - O : frekuensi napas 26x/m, irama napas klien teratur dan klien tampak tidak sesak	
	08.40	5. Monitor warna kulit, membran mukosa serta kuku klien	S : - O : • Warna kulit kemerahan • Mukosa bibir lembab • Tidak ada tanda sianosis	
	08.50	6. Memberikan antibiotik Ceftriaxone 425 mg	S : - O : klien tampak tenang dan tidak ada tanda reaksi negatif yang muncul	
	09.00	7. Menanyakan apakah anak ada muntah hari ini	S : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada muntah hari ini O : -	
	09.10	8. Mengecek turgor kulit klien	S : - O : turgor kulit baik	
	09.20	9. Memonitor pagar pengaman	S : ibu klien mengatakan pagar pengaman selalu terpasang	

	10.00	Melakukan TTV	<p>O : pagar pengaman dalam kondisi terpasang</p> <p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mulai membaik</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • N : 98x/m • Suhu : 36,5°C • RR : 32 x/m 	
	10.20	Memonitoring status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi kuat) jika diperlukan	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membran mukosa lembap • Nadi terasa normal • Anak tampak tenang 	
	10.30	Memonitoring status nutrisi	<p>S : -</p> <p>O : anak makan bubur saring habis satu porsi, susu 1200 ml/hari</p>	
	11.00	Memonitoring mual dan muntah	<p>S : -</p> <p>O : sudah tidak ada mual dan muntah</p>	
	13.00	Edukasi keluarga dan kesiapan klien pulang	<p>S : ibu klien mengatakan sudah memahami apa yang sudah disampaikan oleh perawat ruangan dan mahasiswa</p> <p>O : melakukan Aff infus pada anak Ny.Y yang terpasang ditangan kiri</p>	

9. Evaluasi Keperawatan

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
21/12/22 Hari Ke-1 14.00	Bersihkan jalan napas tidak efektif	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih sesak namun sudah berkurang - Ibu klien mengatakan anaknya masih batuk berdahak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi bunyi napas ronki pada kedua paru - RR : 46x/m - SpO₂ : 98% - Ada otot bantu pernapasan - Anak tidak bisa mengeluarkan dahak secara mandiri - Pernapasan cuping hidung - Napas cepat dan dangkal - Terpasang nasal kanul 2 lpm <p>A : Masalah Bersihkan jalan tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14.00	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih BAB cair 3x <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit 3 detik - Membran mukosa kering - Anak tampak lemas - Mata cekung dan berair - Akral hangat - Anak konsumsi minum susu 240 ml/8 jam dan 1200 ml/24 jam <p>A : Masalah Resiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
14.00	Defisit nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya hanya makan sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan berat badan 0,7 Kg - Anak makan 3 sendok makan - TB : 58 Cm - BB sesudah sakit 6,8 Kg - Lila: 10 cm - HB : 11,9 g/dL - HT : 37,6 % - Leukosit : 13.200/mm³ - Trombosit : 353.000/mm³ - Bibir tampak kering - Mata cekung dan berair 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Asupan makanan bubur saring 3 sendok makan - Penurunan berat badan 0,7Kg <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14.00	Resiko jatuh	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak usia 11 bulan - Terlihat lemas - Terpasang pengaman disisi tempat tidur klien - Tampak ibu selalu menemani klien diatas tempat tidur - Anak terpasang IVFD <p>A : Masalah Resiko jatuh teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi</p>	
22/12/22 Hari ke-2 14.00	Bersihkan jalan napas tidak efektif	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan sesak napas pada anaknya sudah berkurang - Ibu klien mengatakan batuk berdahak pada anaknya sudah mulai berkurang - Ibu klien sudah mau memiringkan anaknya ketika batuk - Ibu klien mengatakan anaknya sudah mau mengelurlan dahak batuknya ketika dalam posisi miring <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi bunyi napas ronki pada paru namun sudah mulai berkurang - RR : 40x/m - SpO₂ : 98% - Ada otot bantu pernapasan - Napas cepat dan dangkal - Pernapasan cuping hidung - Terpasang nasal kanul 2 lpm <p>A : Masalah Bersihan jalan napas belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14.00	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu klien mengatakan anaknya masih BAB cair 2x dengan ampas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku : Compos Mentis - Tampak anak masih lemas namun sudah tidak sering berbaring - Mata masih cekung dan berair - Akral hangat - Anak mengkonsumsi susu 240ml/8 jam <p>A : Masalah Resiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14.00	Defisit Nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah mau makan 	

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan berat badan 0,7kg - Anak makan habis setengah porsi bubur saring - Lila: 10 cm - BB: 6,8kg - BB: 58 cm - Hb: 11,9 g/dl - Ht: 37,6 % - Leukosit: 13.200/mm³ - Trombosit: 353.000/mm³ - Bibir kering - Mata cekung dan berair <p>A : Masalah Defisit nutrisi sudah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14.00	Resiko jatuh	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak usia 11 bulan - Terlihat lemas - Terpasang pengaman disisi tempat tidur klien - Ibu klien berada diatas kasur bersama klien <p>A : Masalah Resiko jatuh tertasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi</p>	
23/12/22 Hari Ke-3 14.00	Bersihan jalan napas tidak efektif	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak sesak lagi - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada batuk berdahak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi suara napas bersih tidak ada suara napas tambahan - Tidak ada pernapasan cuping hidung - Pola napas teratur - Tidak ada penarikan dinding dada yang berlebihan - Kesadaran composmentis <p>A : Masalah teratasi klien boleh pulang P : Intervensi dihentikan</p>	
14.00	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak BAB cair lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak segar - Anak sudah mau mengkonsumsi minum susu dengan jumlah 240 ml/8 jam <p>A : Masalah teratasi klien boleh pulang P : Intervensi dihentikan</p>	
14.00	Defisit nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah mulai makan seperti biasanya <p>O :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak klien sudah menghabiskan porsi bubur saring - BB : 7.0 Kg sekarang - Bibir lembap <p>A : Masalah teratasi klien boleh pulang P : Intervensi dihentikan</p>	
14.00	Resiko jatuh	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak usia 11 bulan - Tampak tenang dan segar - Terpasang pengaman disisi tempat tidur klien - Ibu klien berada diatas kasur bersama klien <p>A : Masalah teratasi klien boleh pulang P : Intervensi dihentikan</p>	

PENGAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Muhammad Aldi Wijayanto

Tempat : Ruang Melati, RSUD dr.Chasbullah Abdulmajid Kota
Bekasi

Tanggal Pengkajian : 21-12-2022

A. PENGAJIAN DATA DASAR

I. Identitas Pasien dan Orang tua

Nama Anak	: An. F	Usia Ayah/Ibu	: 26/24 Tahun
Usia	: 4 Tahun	Agama	: Islam
Jenis kelamin	: Laki-laki	Suku Bangsa	: Jawa
Anak ke	: 2	Alamat	: Margamulya
Tanggal Masuk	: 20/12/22	Pendidikan Ayah/Ibu	: S1/SMA
Diagnosa Medik	: GEA		
Pekerjaan Ayah/Ibu	: Karyawan swasta/IRT		

II. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya BAB 10x Cair dengan muntah-muntah 10x

III. Keadaan Sakit Saat ini

Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair kurang lebih 10x sejak satu hari yang lalu. Kemudian muntah 10x saat diberikan makan dan susu

IV. Riwayat kehamilan dan Persalinan

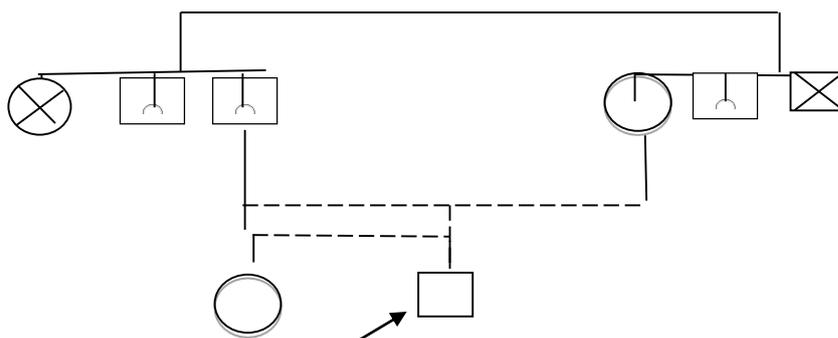
1. Prenatal : ibu klien mengatakan selama hamil tidak ada keluhan dan rajin kontrol ke dokter atau bidan
2. Intranatal : ibu klien mengatakan melahirkan secara caesarea di rumah sakit Mitra Keluarga
3. Posnatal : ibu klien mengatakan keadaan bayi ketika lahir normal dengan berat badan 2900 gr dan panjang 55 cm

B. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1. Penyakit masa kanak-kanak : ibu klien mengatakan bahwa anaknya tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya
2. Pernah di rawat Rs : ibu klien mengatakan bahwa anaknya belum

- pernah di rawat di RS
3. Obat-obatan yang digunakan : ibu klien mengatakan bahwa tidak ada obat-obatan yang digunakan sebelumnya
 4. Tindakan operasi : ibu klien mengatakan bahwa anaknya tidak pernah dilakukan tindakan operasi
 5. Alergi : ibu klien mengatakan anaknya tidak memiliki alergi baik makanan dan susu
 6. Kecelakaan : ibu klien mengatakan bahwa tidak pernah kecelakaan dalam bentuk apapun itu

V. Riwayat Keluarga (disertai Genogram)



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Klien (Lk)
-  : Garis perkawinan
-  : Garis keturunan
-  : Meninggal (Laki)
-  : Meninggal (Pr)

VI. Riwayat Sosial

1. Yang mengasuh : ibu klien mengatakan yang mengasuh adalah mereka berdua yaitu ayah dan ibu
2. Hubungan dengan anggota keluarga : ibu klien mengatakan hubungan anggota keluarga sangat baik

3. Hubungan dengan teman sebaya : ibu klien mengatakan hubungan dengan teman nya baik
4. Pembawaan secara umum : ibu klien mengatakan tidak ada pembawaan secara umum
5. Lingkungan rumah : ibu klien mengatakan lingkungan rumah bersih dan nyaman

VII. Kebutuhan Dasar

1. Nutrisi :
 - a. Sebelum sakit : ibu klien mengatakan makan 3x sehari dengan makanan biasa, seafood dan susu
 - b. Sesudah sakit : ibu klien mengatakan makan 3x sehari dengan ½ makanan biasa dan susu
2. Pola istirahat dan tidur :
 - a. Sebelum sakit : ibu klien mengatakan untuk tidur siang 2 jam/hari dan tidur malam 8-9 jam/perhari.
 - b. Sesudah sakit : ibu klien mengatakan untuk tidur siang 1 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam/hari.
3. Eliminasi :
 - a. Sebelum sakit :
 - BAB : 1-2x sehari ada ampas, 2 kali ganti dalam 8 jam, warna Kuning pekat dan bau khas
 - BAK : 3-4x sehari, warna kuning, 4 kali ganti dalam 8 jam, bau Khas
 - b. Sesudah sakit :
 - BAB : 10x sehari, konsistensi cair, 6 kali ganti dalam 4 jam, warna kuning pekat, bau khas
 - BAK : 3-4x sehari, 4 kali ganti dalam 8 jam, warna kuning, bau Khas
5. Aktivitas :
 - a. Sebelum sakit : ibu klien mengatakan anaknya cukup aktif
 - b. Sesudah sakit : ibu klien mengatakan ketika di rawat anaknya hanya

tiduran saja, lemas, dan aktivitas semuanya dibantu oleh keluarga

VIII. Pemeriksaan Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Pemeriksaan fisik : ibu klien mengatakan pertumbuhan anaknya baik
2. Perkembangan motorik kasar : perkembangan motorik kasar normal 75-100%
3. Perkembangan motorik halus : perkembangan motorik halus normal 75-100%
4. Tidur : ibu klien mengatakan tidurnya terganggu dikarena selalu BAB
5. Perkembangan bahasa : klien sudah bisa berbicara namun belum terlalu pasif
6. Perkembangan sosial : klien sangat tenang ketika ada saudara atau orang baru
7. Perkembangan kognitif : belum terkaji dikarenakan belum sekolah

IX. Tinjauan sistem

1. Keadaan umum dan Tanda-Tanda Vital

- a. Keadaan umum : sedang
- b. BB sebelum dan sesudah sakit : 23 Kg dan 22 Kg
- c. Lingkar kepala : 51 cm
- d. Lingkar lengan : 21 cm
- e. Suhu : 37,9°C
- f. Nadi : 98x/menit
- g. Pernafasan : 30 x/menit
- h. Tekanan darah : -

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : ukuran kepala normal dengan bentuk wajah simetris, warna rambut hitam dan tidak mudah rontok
- b. Telinga : bentuk simetris, terdapat serumen, tidak terdapat kotoran di area telinga, fungsi pendengaran baik
- c. Mata ; mata cekung dan berair, tidak mengalami konjungtiva, pupil mata isokor, adanya refleks cahaya pada mata.

- d. Hidung : tidak mengalami pernapasan cuping hidung dan tidak ada batuk, pilek
- e. Mulut dan gigi : bibir kering dan pucat, tidak mengalami stomatitis, gigi tidak mengalami caries
- f. Lidah : lidah kotor namun tidak mengalami trumor
- g. Leher : tidak teraba kelenjar tyroid
- h. Thorax : tidak ada keluhan sesak napas dan tidak ada batuk
- i. Dada : **inspeksi** : tidak terdapat retraksi dada, tidak ada penggunaan otot pernafasan tambahan
Palpasi : tidak terdapat massa dan tidak terdapat nyeri tekan
perkusi : tidak terdapat pembesaran jantung
auskultasi : suara napas vesikuler tidak menggunakan alat bantu napas
- j. Jantung : tidak ada jejas, CRT <2 detik
- k. Pencernaan : bentuk abdomen cembung, tidak ada masa saat dipalpasi, saat diperkusi terdengar timpani, peristaltik usus 37x/menit, tidak ada luka operasi, tidak ada drain
- l. Pemeriksaan muskuloskeletal dan integumen : turgor kulit, pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$

3. Terapi Farmakologis

NAMA OBAT	DOSIS	JALUR
Ranitidine	2x ½ amp	IV
Ondancentron	3 x 4 mg	IV
Sanpialin	3 x 700 mg	IV
Paracetamol	3 x 250 gr	IV
Ringer Lakta	500 cc/20 tpm	IV

4. Pemeriksaan penunjang

21 Desember 2012

Jenis pemeriksaan	Hasil
Hematologi	1. Hb : 12,6 mg/Dl 2. Hematokrit : 37,9 % (40-52%) 3. Leukosit : 12.800/mm ³ 4. Trombosit : 236.000/mm ³
Kimia klinik	1. Na : 133,08 mmol/L 2. K : 3,45 mmol/L 3. Cl : 103,38 mmol/L

5. Analisa Data

NO	DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1	Ds : <ul style="list-style-type: none">- Ibu klien mengatakan anaknya BAB sudah 10x dengan intensitas cair- Ibu klien mengatakan anaknya muntah sudah 10x Do : <ul style="list-style-type: none">- Nadi : 98 x/m- Teraba kuat- Turgor kulit 3 detik (normal < 2 detik)- Membran mukosa kering- Hematokrit: 37,9% (normal hematokrit anak: 40-52%)- Derajat dehidrasi: 4% (kategori dehidrasi ringan)	Hipovelemia	Kehilangan cairan aktif
2	Ds : <ul style="list-style-type: none">- Ibu klien mengatakan anaknya BAB 10x cair tanpa ampas Do : <ul style="list-style-type: none">- Akral hangat	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	Diare

	<ul style="list-style-type: none"> - Nadi 98x/menit - Turgor kulit 3 detik - Konsistensi BAB tampak cair - Membran mukosa bibir kering 		
3	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya muntah-muntah 10x <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB sebelum sakit 23 Kg - BBs setelah sakit 22 kg - TB: 98 cm - LK : 51 cm - LD : 66 cm - LILA: 21 cm - Hb: 12,6 mg/dl - Hematokrit: 37,9 % - Leukosit: 12.800/mm³ - Trombosit: 236.000/mm³ - Na : 133,08 mmol/L - Mata cekung dan tidak berair - Mukosa mulut kering - Penurunan berat badan 1 kg 	Defisit nutrisi	Nafsu makan menurun

6. Diagnosa Keperawatan

NO	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Paraf
1	21/12/22	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)	
2	21/12/22	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare (D.0037)	
3	21/12/22	Defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun (D.0019)	

7. Perencanaan Keperawatan

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Rabu, 21/12/22	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)	<p>Status cairan (L.03028) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah hipovolemia dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urin output sesuai dengan usia dan BB 2. Nadi, suhu, dan tekanan darah normal 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit membaik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<p>Manajemen Hipovolemia (I. 03116)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), <i>jika diperlukan</i> 2. Monitor vital sign 3. Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan 4. Monitor tingkat Hb dan Ht 5. Monitor berat badan 6. Dorong orang tua klien untuk meningkatkan intake oral
Rabu, 21/12/22	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare (D.0037)	<p>Keseimbangan cairan (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit tertasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 2. Frekuensi muntah dan mual berkurang 	<p>Manajemen cairan (I.03098)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi kuat), <i>jika di perlukan</i> 2. Monitor vital sign 3. Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori 4. Monitor status nutrisi 5. Dorongan masukan oral

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Tidak ada tanda dehidrasi 4. Tekanan nadi dan suhu tubuh dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian cairan IV 7. Kolaborasi dengan dokter dalam memungkinkan transfusi
Rabu, 21/12/22	Defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun (D.0019)	<p>Keseimbangan cairan (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit tertasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 2. Frekuensi muntah dan mual berkurang 3. Tidak ada tanda dehidrasi 4. Tekanan nadi dan suhu tubuh dalam batas normal 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi alergi 2. Identifikasi status nutrisi 3. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan 4. Beri diet tinggi serat untuk mengurangi konstipasi 5. Monitor tanda-tanda vital 6. Kaji kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai 7. Monitor adanya muntah dan mual

8. Penatalaksanaan Keperawatan

NO	TANGGAL/ JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	PARAF
1	21/12/2022 08.00	1. Melakukan pendekatan yang menenangkan	S : - O : anak menerima kehadiran mahasiswa. Tidak rewel	
	08.20	2. Melakukan TTV	S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Nadi : 98x/m • Akral hangat • RR : 22x/m • Nadi kuat 	
	09.00	3. Monitoring status dehidrasi (kelembapan membran mukosa dan nadi kuat)	S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Membran mukosa kering • Akral hangat • Nadi teraba kuat • Mata cekung • Turgor kulit kembali dalam 2 detik 	
	09.30	4. Monitoring status nutrisi	S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Anak hanya makan 3 sendok makan • Nafsu makan menurun 	
	10.00	5. Monitoring mual dan muntah	S : ibu klien mengatakan anaknya masih ada mual dan muntah sejak tadi pagi 1x O : -	
	10.20	6. Mengkaji status nutrisi	S : ibu klien mengatakan anak makan sedikit, tadi	

			<p>pagi hanya mau makan 3 sendok makan O : -</p> <p>S : - O : anak hanya mau minum sedikit</p> <p>S : ibu klien mengatakan sering memberikan minum sering tapi sedikit O : -</p> <p>S : ibu klien mengatakan anaknya demam O : S : 37,9°C</p> <p>S : - O : pemberian paracetamol infus 250 gr dengan 15 tpm melalu jalur IV</p> <p>S : - O : kompres hangat diberikan di area jidat</p> <p>S : ibu klien mengatakan anak tiba- tiba muntah dan BAB cair 10x O : -</p> <p>S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Nadi : 97x/m • Suhu : 37,8°C • RR : 30x/m </p>	
2	22/12/2022	1. Melakukan pendekatan yang menenangkan	<p>S : - O : anak dapat menerima kehadiran mahasiswa dan tidak rewel</p>	
	08.30	2. Melakukan TTV	<p>S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • Suhu : 36,7°C </p>	

			<ul style="list-style-type: none"> • Nadi : 86x/m • Akral hangat • RR : 22x/m • Nadi teraba kuat 	
	08.50	3. Monitoring status dehidrasi (kelembapan membran mukosa dan nadi)	<p>S : -</p> <p>O : memberan mukosa kering, akral hangat, mata cekung, turgor kulit kembali dalam 2 detik</p>	
	09.00	4. Mengkaji status nutrisi	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mau menghabiskan makanannya walaupun ½ porsi</p> <p>O : tampak klien menghabiskan ½ porsi makan</p>	
	09.30	5. Edukasi keluarga klien untuk meningkatkan intake cairan dan nutrisi	<p>S : ibu klien mengatakan sering memberikan minum dan susu</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 MI air • 100 MI susu 	
	09.40	6. Anjurkan konsumsi tinggi serat untuk mengurangi defisit nutrisi	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya mau makan sayur sesuai dengan kesukaan dia</p> <p>O : tampak klien memakan sayuran walaupun makan sesuai dengan kesukaan dia (wortel dan bayam)</p>	
	10.00	7. Mengukur suhu tubuh klien	<p>S : ibu mengatakan anaknya demam hilang timbul</p> <p>O : 37,8°C</p>	
	10.20		S : -	

		8. Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian obat antipiretik	O : terpasang infus paracetamol 250g melalui jalur IV S : - O : kompres hangat telah diberikan	
	10.30			
	11.00	9. Memberikan kompres hangat	S : ibu klien mengatakan selalu menemani anaknya O : -	
	12.00	10. Dorong orangtua untuk selalu menemani klien	S : - O : tampak anak sedang memakan makanan yang diberikan oleh Rs	
		11. Monitoring asupan makanan dan cairan pada klien		
3	23/12/2022			
	08.00	1. Melakukan pendekatan yang menenangkan	S : - O : klien tampak tenang dan senang ketika ada mahasiswa dan perawat yang dia suka	
	08.30	2. Monitor TTV	S : ibu klien mengatakan anaknya sudah enakan O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak segar • Nadi : 95x/m • Suhu : 36,6°C • RR : 30x/m 	
	08.40	3. Monitoring status dehidrasi (kelembapan membran mukosa dan nadi)	S : - O : membran mukosa lembab, akral normal, nadi teraba normal, turgor kulit kembali <2 detik, mata normal	
	09.00	4. Mengkaji status nutrisi	S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mau menghabiskan porsi makannya	

			<p>O : tampak anak sudah menghabiskan porsi makannya</p> <p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mau minum dan makan dengan habis</p> <p>O : tampak klien menghabiskan minum dan porsi makannya</p>	
	09.30	5. Edukasi keluarga untuk meningkatkan asupan nutrisi		
	09.40	6. Monitoring mual dan muntah	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah</p> <p>O : -</p>	
	10.00	7. Menganjurkan mengkonsumsi tinggi serat untuk mengurangi defisit nutrisi	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya mau makan sayur sesuai dengan kesukaan dia</p> <p>O : tampak klien memakan sayuran walaupun makan sesuai dengan kesukaan dia (wortel dan bayam)</p>	
	10.30	8. Melakukan pemeriksaan suhu tubuh klien	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada demam lagi</p> <p>O : Suhu : 36,5°C</p>	
	11.00	9. Mendorong keluarga klien untuk menemani klien	<p>S : ibu klien mengatakan selalu menemani anaknya selama dirawat di RS</p> <p>O : tampak ibu klien selalu menemani klien</p>	
	11.30	10. Monitoring masukan makanan dan minuman	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mau menghabiskan makanan dan susu yang diberikan</p>	

	12.00	11. Melakukan Aff infus pada klien	<p>O : tampak klien menghabiskan makanan dan minuman yang diberikan</p> <p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah boleh pulang sesuai arahan dari dokter</p> <p>O : infus sudah dilepaskan pada tangan kanan klien</p>	
	12.10	12. Edukasi klien tentang tata cara pemberian obat oral dan waktu kontrol kembali	<p>S : ibu klien mengatakan sudah paham apa yang dijelaskan oleh perawat ruangan dan mahasiswa</p> <p>O : klien dan orang tua tampak tenang dan kondusif saat diedukasi terkait persiapan pulang</p>	

9. Evaluasi Keperawatan

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
21/12/22 Hari Ke-1 14.00	Hipovolemia	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya muntah dan mual 2x dalam 8 jam - Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair 10x dengan konsistensi cair <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 98x/m - Turgor kulit 3 detik - Membran mukosa kering - Tampak anak mual dan muntah ketika diberikan makan atau minum susu <p>A : Masalah hipovolemia belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14.00	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih BAB cair 10x <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemas - Klien tampak pucat - Mata cekung dan berair - Akral hangat - Anak mengkonsumsi minum 240ml/8 jam, 1200ml/24 jam <p>A : Masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14.00	Defisit nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya mual ketika diberikan makan - Ibu klien mengatakan anaknya makan hanya habis 3 sendok makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan berat badan sebesar 1 Kg - Tampak anak hanya habis 3 sendok makan - Lila: 10 cm - BB: 6,5 kg - TB: 58 cm - Hb: 11,9 g/dl - Ht: 37,6 % - Leukosit: 13.200/mm³ - Trombosit: 353.000/mm³ <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
21/12/22 Hari Ke-2 14.00	Hipovolemia	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih muntah dan mual tapi tidak sering 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair 5x dengan bentuk cair disertai serat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 97x/m - Turgor kulit 2 detik - Membran mukosa kering - Tampak anak mual dan muntah ketika diberikan makan atau minum susu <p>A : Masalah hipovolemia belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14.00	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih BAB caor 5x disertai serat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak membaik - Ku: Compos mentis - Klien tampak pucat - Mata cekung dan berair - Akral hangat - Anak mengkonsumsi minum 240ml/8 jam <p>A : Masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14.00	Defisit nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih mual dan muntah tapi tidak sering - Ibu klien mengatakan anaknya sudah mau menghabiskan ½ porsi makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan berat badan sebesar 1 Kg - Lila: 10 cm - BB: 6,8 kg - TB: 58 cm - Hb: 11,9 g/dl - Ht: 37,6 % - Leukosit: 13.200/mm³ - Trombosit: 353.000/mm³ - Tampak anak hanya habis ½ porsi makan - Bibir kering - Turgor kulit kering - Tampak anak mual dan muntah ketika diberikan tapi tidak sering <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p>	
21/12/22 Hari Ke-3 12.00	Hipovolemia	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada BAB cair frekuensi 1x/hari <p>O :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 95x/m - Turgor kulit <2 detik - Membran mukosa lembab - Tampak anak sudah tidak ada mual dan muntah ketika diberikan makan atau minum susu <p>A : klien dibolehkan pulang oleh (Dokter) P : Intervensi dihentikan</p>	
12.00	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada BAB cair <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak segar - Klien tampak segar - Akral normal - Anak mengkonsumsi minum 240ml/8 jam <p>A : klien dibolehkan pulang oleh (Dokter) P : Intervensi dihentikan</p>	
12.00	Defisit nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah - Ibu klien mengatakan anaknya sudah mau menghabiskan 1 porsi makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan berat badan sebesar 1 Kg teratasi - Tampak anak hanya habis 1 porsi makan - Bibir lembab - Turgor kulit lembab - Tampak anak sudah tidak ada mual dan muntah ketika diberikan <p>A : klien dibolehkan pulang oleh (Dokter) P : Intervensi dihentikan</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari bab II dengan kasus 1 dan 2 di bab III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola kopling, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama An.Ny.Y pada tanggal 21 Desember 2022 hasil pengkajian yang didapatkan adalah ibu klien mengatakan bahwa anaknya sesak napas, batuk berdahak, muntah-muntah 4-6 kali dalam satu hari yang lalu sebelum dibawa ke Rumah Sakit dengan hasil TTV: Nadi 100x/menit, RR : 43x/menit, S : 38,1°C, pada saat pemeriksaan fisik yang dilakukan terdapat suara pernapasan ronchi, dispnea, tampak penggunaan otot bantu pernapasan.

Hasil pengkajian selanjutnya pada klien An.F pada tanggal 21 Desember 2022 hasil pengkajian yang didapatkan adalah ibu klien mengatakan bahwa anaknya muntah 10x dan BAB 10x dalam 1 hari yang lalu dan ditemukan Nadi : 98x/menit teraba kuat, turgor kulit 2 detik,

membran mukosa kering, hematokrit 37,9 %, berdasarkan status kehilangan cairan berdasarkan berat badan termasuk dehidrasi ringan sebesar 4%.

Data yang ditemukan pada klien kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom) (Amin, 2015).

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa yang dapat diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan kasus yang terjadi adalah resiko ketidakseimbangan berhubungan dengan diare. Hal ini dikarenakan gastroenteritis adalah penyakit yang menyerang sistem pencernaan, oleh karena itu diare pasti salah satu dari manifestasi klinis penyakit ini. Karena hal itu, maka terjadilah tanda klinis seperti dehidrasi, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan menurun, mengalami diare, feses cair dengan darah atau lendir.

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas berbeda, yaitu pada An. Ny.Y di angkat Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum sedangkan pada An. F adalah Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan. Penulis berasumsi hal ini dikarenakan pada anak pertama memiliki masalah pada sistem pernafasan yang harus segera ditangani dikarenakan pada klien pertama memiliki penyakit bronco pneumonia yang secara etiologi penyebab terjadinya disebabkan oleh bakteri, sedangkan pada klien kedua adalah hipovolemia dikarenakan pada kedua didapatkan data anak BAB 10x

dan muntah 10x dalam satu hari yang lalu yang menurut etiologi disebabkan oleh bakteri.

Pada diagnosa selanjutnya didapatkan diagnosa yang sama pada kedua klien menemukan masalah defisit nutrisi yang terjadi pada kedua klien anak dengan data yang menunjang seperti adanya tanda dan gejala seperti orangtua klien mengatakan anak mengalami penurunan nafsu makan, anak tidak menghabiskan porsi makan. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa defisit nutrisi merupakan masalah yang muncul pada klien gastroenteritis.

Pada diagnosa selanjutnya terdapat diagnosa tambahan pada klien pertama yaitu resiko jatuh berhubungan usia < dari 2 tahun dikarenakan pada klien pertama didapatkan hasil pengkajian umur 11 bulan hal ini di landaskan oleh SDKI.

C. Intervensi Keperawatan

Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indoensia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 8 jam.

Pada kasus An.Ny.Y penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien dengan tujuan yang diharapkan bersihan jalan

nafas meningkat. Masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit meningkat. Masalah defisit nutrisi meningkat. Masalah resiko jatuh menurun.

Intervensi yang dilakukan pada An.Ny. Y sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif adalah manajemen jalan nafas (I.01011). Lalu untuk diagnosa resiko ketidakseimbangan elektrolit adalah manajemen cairan (I.03098), diagnosa defisit nutrisi adalah manajemen nutrisi (I.03119). dan untuk diagnosa resiko jatuh adalah pencegahan jatuh (I.14540).

Sedangkan untuk An.F intervensi yang dilakukan untuk diagnosa hipovolemia adalah manajemen hipovolemia (I.03116). Lalu untuk diagnosa resiko ketidakseimbangan elektrolit adalah manajemen cairan (I.03098) dan untuk diagnosa defisit nutrisi adalah manajemen nutrisi (I.03119).

Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa terapi non-farmakologis. Pemberian posisi semi fowler ⁹ *Accupressure Therapy* ¹⁰, *Deep Breathing Exercise* ¹¹ Oral hygiene ¹²

Pemberian posisi semi fowler adalah metode yang paling sederhana dan efektif untuk mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada yaitu dengan pengaturan posisi saat istirahat. Posisi yang paling efektif bagi pasien dengan penyakit kardiopulmonari adalah diberikannya posisi semi fowler dengan derajat kemiringan 30-45° (Yulia, 2008). Posisi semi fowler pada pasien TB paru telah dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas (Bare, 2010). Tujuan dari tindakan ini adalah untuk menurunkan konsumsi O₂ dan menormalkan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan (Azis & Musrifatul, 2012).

Acupressure merupakan salah satu terapi yang umum digunakan dalam keperawatan. Prinsip healing touch pada acupressure menunjukkan perilaku caring yang dapat memberikan ketenangan, kenyamanan, rasa

dicintai dan diperhatikan bagi klien sehingga lebih mendekatkan hubungan terapeutik perawat dan klien. Saat ini belum banyak diketahui manfaat acupressure untuk kesehatan. Beberapa bukti klinis telah menunjukkan bahwa acupressure dapat berguna dalam pengobatan, serta menemukan bahwa pemberian acupressure dapat memberikan manfaat yang signifikan, terutama dalam meningkatkan pengurangan tenaga pernafasan¹⁰.

Deep breathing exercise efektif dalam meningkatkan ekspansi dada, untuk mengurangi kerja pernapasan dan meningkatkan efisiensi ventilasi pernapasan, Pemberian massage therapy, chest mobility, deep breathing exercise dan stretching pada penderita effusi pleura dapat meningkatkan fungsi paru-paru serta mengurangi sesak (Yokogawa *et al.*, 2019). “*Deep Breathing Exercise*” telah terbukti meningkatkan efisiensi ventilasi dengan meningkatkan alveolar dan mengurangi ventilasi ruang mati. Pernapasan dalam yang lambat juga dapat meningkatkan oksigenasi arteri dengan meningkatkan volume alveolar dan pertukaran gas pada tingkat membran kapiler alveolar. (Bilo *et al.* 2012).

Oral hygiene menggunakan larutan garam dapat meningkatkan nafsu makan. Garam mengandung natrium klorida yang secara alami bersifat osmosisi yang bekerja menyerap cairan dalam jaringan atau sel dan dapat membuat basa, sehingga meningkatkan pH dalam mulut yang dapat membatasi jumlah pertumbuhan bakteri sehingga kenyamanan pada rongga mulut meningkat dan nafsu makan menjadi lebih baik.¹²

D. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada An.Ny.Y dimulai pada 21 Desember 2022 sampai 23

Desember 2022 dan implementasi yang dilaksanakan pada Ny. M dimulai pada 21 Desember 2022 sampai 23 Desember 2022.

Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa *evidence based nursing* pada klien. Memberikan posisi semi fowler pada klien⁹ dan Oral hygiene¹² *Accupressure Therapy*¹⁰. Penulis menerapkan kedua terapi non-farmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Perry & Potter, 2010). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

Evaluasi yang dilakukan kepada An.Ny.Y dihari pertama setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu Ibu klien mengatakan anaknya masih sesak namun sudah berkurang, Ibu klien mengatakan anaknya masih batuk berdahak, Ibu klien mengatakan anaknya masih BAB cair 3x, Ibu klien mengatakan anaknya hanya makan sedikit. Auskultasi bunyi napas ronki pada kedua paru, RR : 46x/m, SpO₂ : 98%, ada otot bantu pernapasan, anak tidak bisa mengeluarkan dahak secara mandiri, pernapasan cuping hidung, napas cepat dan dangkal, terpasang nasal kanul 2 lpm Turgor kulit <3 detik, membran mukosa kering, anak tampak lemas, Mata cekung dan

berair, akral hangat, anak konsumsi minum susu 240 ml/8 jam dan 1200 ml/24 jam, Penurunan berat badan 0,7 Kg, anak makan 3 sendok makan, TB : 58 Cm, BB sesudah sakit 6,8 Kg, HB : 11,9 g/dL, anak usia 11 bulan, terlihat lemas, terpasang pengaman disisi tempat tidur klien, tampak ibu selalu menemani klien diatas tempat tidur, anak terpasang IVFD.

Pada evaluasi hari kedua. Ibu klien mengatakan sesak napas pada anaknya sudah berkurang, Ibu klien mengatakan batuk berdahak pada anaknya sudah mulai berkurang, Ibu klien sudah mau memirngkan anaknya ketika batuk, Ibu klien mengatakan anaknya sudah mau mengelurlan dahak batuknya ketika dalam posisi miring, auskultasi bunyi napas ronki pada paru namun sudah mulai berkurang, RR : 40x/m, SpO₂ : 98%, ada otot bantu pernapasan, napas cepat dan dangkal, pernapasan cuping hidung, terpasang nasal kanul 2 lpm, Ku : Compos Mentis, tampak anak masih lemas namun sudah tidak sering berbaring, mata masih cekung dan berair,akral hangat, anak mengkonsumsi susu 240ml/8 jam, anak usia 11 bulan, terlihat lemas, terpasang pengaman disisi tempat tidur klien, ibu klien berada diatas kasur bersama klien.

Pada evaluasi hari ketiga. Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak sesak lagi, Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada batuk berdahak, auskultasi suara napas bersih tidak ada suara napas tambahan, tidak ada pernapasan cuping hidung. pola napas teratur, tidak ada penarikan dinding dada yang berlebihan, kesadaran composmentis, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak BAB cair lagi, klien tampak segar, anak sudah mau mengkonsumsi minum susu dengan jumlah 240 ml/8 jam, ibu klien mengatakan anaknya sudah mulai makan seperti biasanya, tampak klien sudah menghabiskan porsi bubur saring, BB : 7.0 Kg sekarang, bibir lembap, anak usia 11 bulan, tampak tenang dan segar, terpasang pengaman disisi tempat tidur klien,ibu klien berada diatas kasur bersama klien.

Evaluasi yang dilakukan kepada An. F dihari pertama setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu, ibu klien mengatakan anaknya

muntah dan mual 2x dalam 8 jam, ibu klien mengatakan anaknya BAB cair 10x dengan bentuk cair, Nadi : 98x/m, turgor kulit 2 detik, membran mukosa kering, tampak anak mual dan muntah ketika diberikan makan atau minum susu, ibu klien mengatakan anaknya masih BAB cair 10x, klien tampak lemas, klien tampak pucat, mata cekung dan berair, akral hangat, anak mengkonsumsi minum 240ml/8 jam, ibu klien mengatakan anaknya mual ketika diberikan makan, ibu klien mengatakan anaknya makan hanya habis 3 sendok makan, penurunan berat badan sebesar 1 Kg, tampak anak hanya habis 3 sendok makan, bibir kering, turgor kulit kering, tampak anak mual dan muntah ketika diberikan makan.

Evaluasi dihari kedua, ibu klien mengatakan anaknya masih muntah dan mual tapi tidak sering, ibu klien mengatakan anaknya BAB cair 5x dengan bentuk cair disertai serat, Nadi : 97x/m, turgor kulit 2 detik, membran mukosa kering, tampak anak mual dan muntah ketika diberikan makan atau minum susu, ibu klien mengatakan anaknya masih BAB cair 5x disertai serat, klien tampak membaik, klien tampak pucat, mata cekung dan berair, akral hangat, anak mengkonsumsi minum 240ml/8 jam, ibu klien mengatakan anaknya masih mual dan muntah tapi tidak sering, ibu klien mengatakan anaknya sudah mau menghabiskan ½ porsi makan, penurunan berat badan sebesar 1 Kg, tampak anak hanya habis ½ porsi makan, bibir kering, turgor kulit kering, tampak anak mual dan muntah ketika diberikan tapi tidak sering

Evaluasi dihari ketiga, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada BAB cair frekuensi 1x/hari, Nadi : 95x/m, turgor kulit <2 detik, membran mukosa lembab, tampak anak sudah tidak ada mual dan muntah ketika diberikan makan atau minum susu, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada BAB cair, klien tampak segar, klien tampak segar, akral normal, anak mengkonsumsi minum 240ml/8 jam, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah, ibu klien mengatakan anaknya sudah mau

menghabiskan 1 porsi makan, penurunan berat badan sebesar 1 Kg teratasi, tampak anak hanya habis 1 porsi makan, bibir lembab, turgor kulit lembab, tampak anak sudah tidak ada mual dan muntah ketika diberikan.

BAB V

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua BAB cair, terdapat mual dan muntah, Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu An.Ny.Y mengalami sesak dan terdengar suara tambahan, sedangkan An. F tidak. Penulis menduga perbedaan ini dikarenakan pada anak Ny.Y disertai dengan penyakit Bronco pneumonia.
2. Diagnosa yang diangkat pada kedua pasien berbeda, hal ini dikarenakan etiologi dari gastroenteritis pada masing-masing klien berbeda, ditambah setiap klien juga memiliki penyakit penyerta yang berbeda. Tetapi ada 2 diagnosa yang sama yaitu resiko ketidakseimbangan elektrolit dan defisit nutrisi.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan beberapa terapi non-farmakologis. Yaitu. Accupressure Therapy, pemberian posisi semi fowler, dan oral hygiene.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan pemantauan respirasi dan terapi oksigen serta didukung dengan terapi farmakologi. Implementasi yang dilaksanakan minimal 3 hari untuk mendapatkan perbaikan pada pasien pnemonia. Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis. Keluarga pasien pada kedua kasus juga dapat bekerjasama dan mendukung implementasi dengan baik.

5. Evaluasi pada kedua pasien menunjukkan perbaikan terutama pada pola nutrisinya. Pada An.Ny.Y klien mulai membaik dengan, Ibu klien mengatakan anaknya sudah mulai makan seperti biasanya, tampak klien sudah menghabiskan porsi bubur saring, BB : 7.0 Kg sekarang, bibir lembab, pad An. F, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah, ibu klien mengatakan anaknya sudah mau menghabiskan 1 porsi makan, penurunan berat badan sebesar 1 Kg teratasi, tampak anak hanya habis 1 porsi makan, bibir lembab, turgor kulit lembab dan tampak anak sudah tidak ada mual dan muntah ketika diberikan

B. Saran

1. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien untuk melakukan beberapa terapi non-farmakologis, yaitu Deeporal hygiene, Accupressure Therapy, pemberian posisi semi fowler, dan batuk efektif untuk mengurangi keluhan nya, dan dilakukan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur).
2. Penulis berharap dalam penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/I STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Anak dimana kita dapat mengembangkan atau memanfaatkan fasilitas Keperawatan Medikal Beda dengan tidak bergantung kepada terapi farmakologi saja kita bisa memberikan terapi komplementer berupa Oral hygiene, Accupressure Therapy, pemberian posisi semi fowler, dan batuk efektif dalam mengatasi masalah klien. Hal ini bisa digunakan untuk mengurangi efek samping terapi farmakologis

DAFTAR PUSTAKA

- Wahyuni DF, Riska R. Gambaran Penggunaan Terapi Gea (Gastroenteritis) Pada Pasien Anak Di Rsud Batara Siang Pangkep Sulsel. *J Ris Kefarmasian Indones.* 2021;3(3):189-198. doi:10.33759/jrki.v3i3.137
- Apriani DGYDMFSP and NSW. Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Diare Pada Balita Di Kelurahan Baler Bale Agung Kabupaten Jembrana Tahun 2021. *J Heal Med Sci .* 2022;1:15-26.
- Suparyanto dan Rosad (2015. PROFIL KESEHATAN KOTA BEKASI. *Suparyanto dan Rosad (2015.* 2020;5(3):248-253.
- Oktaviani Purba A, Tetap Yayasan Akper Kesdam DI, Medan B. Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Anak Dengan Gastroenteritis Di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Tahun 2021. *J Keperawatan Flora.* 2021;14(1).
- Perangin HMJ. Acute Diarrhea With Mild to Moderate Dehydration e.c Viral Infection. *J Agromed Unila.* 2019;1(1):47-53.
<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/viewFile/452/453>
- Noprizon, Rikmasari Y, Halim A. Drug Related Problems Pada Pasien Anak Gastroenteritis. *J Ilm Bakti Farm.* 2019;1(1):13-20.
- Ribek N, Labir IK, Santos M Dos. Gambaran Perawatan Anak Diare di Puskesmas Provinsi Bali. *J Gema Keperawatan.* 2020;13(1):27-34.
doi:10.33992/jgk.v13i1.1139
- Robert SH, Moskwadina G, Jurita F, Herawani. Kapita Selektta dalam Praktik Disiplin Ilmu Kedokteran. *Fak Kedokt Univ Kristen Indones.* 2018;(September):1-238.
- Majampoh AB, Rondonuwu R, Onibala F. PENGARUH PEMBERIAN POSISI SEMI FOWLER TERHADAP KESTABILAN POLA NAPAS PADA PASIEN TB PARU DI IRINA C5 RSUP PROF Dr. R. D. KANDOU MANADO. 2015;3(1):1-7.
- Saputra R, Waluyo A. Terapi Komplementer Acupressure untuk Menurunkan DyspneaPasien dengan Efusi Pleura. 2022;13(April):275-279.
- Ali M, Satwika E, Pamungkas R, Sariana E. Pengaruh Deep Breathing Exercise

Pada Kasus Pneumonia Terhadap Penurunan Sesak Dengan Parameter
Dyspnea Severity Scale Di Rs Paru Dr . M . Goenawan Partowidigdo
Tahun 2021. 2022;2(1):53-60.

Widayati D, Ariningsih S, Tauhid M. Saline Solution Oral Hygiene dalam
Meningkatkan Nafsu Makan Pasien Anoreksia. *Indones J Heal Sci.*
2021;13(1):1-11. doi:10.32528/ijhs.v13i1.4902

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA PRIBADI

Nama : Muhammad Aldi Wijayanto
TTL : Bekasi, 02 Mei 2000
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Kewarganegaraan : WNI
Alamat : Gang.Ros III RT/RW 002/023, Bekasi
No. Handphone : 0813-1083-9551
E-mail : aldiwijay2340@gmail.com
Motto : Hidup bagaikan arus yang mengalir

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

TK : lulusan tahun 2006 dari TK Nur-El Ghazi
SD : lulusan tahun 2012 dari SDIT Nur- El Ghazi
SMP : lulusan tahun 2015 dari SMPN 1 Tambun Selatan
SMA : lulusan tahun 2018 dari SMA Islam Putradarma
Perguruan tinggi : STIKes Medistra Indoensia Tahun 2018-2022 (S1 Ilmu Keperawatan)
STIKes Medistra Indonesia Tahun 2023-Sekarang (Profesi Ners)