

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK N PADA
GASTROENTERITIS DENGAN TB DAN ANAK Q PADA
GASTROENTERITIS DI RUANG MELON RSUD CENGKARENG
TAHUN 2023**



Adfa Reza Safitri, S.Kep

231560311002

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK N PADA GASTROENTERITIS
DENGANI TB DAN ANAK Q PADA GASTROENTERITIS DI RUANG
MELON RSUD CENGKARENG TAHUN 2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS
DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK
MEMPEROLEH GELAR PROFESI NERS**



Adfa Reza Safitri, S.Kep

NPM: 23.156.03.11.002

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2023**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang betanda tangan dibawah ini:

Nama Mahasiswa : Adfa Reza Safitri, S. Kep

NPM : 23.156.03.11.002

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners dengan Judul Asuhan Keperawatan Anak N pada Gastroenteritis Dengan TB Dan Anak Q pada Gastroenteritis Di Ruang Melon RSUD Cengkareng Tahun 2023 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 pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 17 Desember 2023.

Jakarta, 17 Desember 2023

Yang Membuat Pernyataan



Adfa Reza Safitri, S. Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Perseptor satu dan Perseptor dua
dan Disetujui untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 17 Desember 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

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

Ernauli Meliyana S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN. 0020057201

Mengetahui:

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

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

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Adfa Reza Safitri, S.Kep
NPM : 23.156.03.11.002
Program Studi : Profesi Ners
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Anak N pada Gastroenteritis
Dengan Tb Dan Anak Q pada Gastroenteritis Di Ruang
Melon RSUD Cengkareng Tahun 2023
Telah diperiksa, dikaji, dan diajukan dalam seminar hasil pada tanggal
Bekasi, 4 Januari 2024

PENGUJI I

PENGUJI II

Ernauli Melivana S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN. 0020057201

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

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Kepala Program Studi Ilmu
Keperawatan (S1) dan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST.,MKM
NIDN. 0309049001

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

Disahkan,
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawaty S,SST.,M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Anak N pada Gastroenteritis Dengan TB Dan Anak Q pada Gastroenteritis Di Ruang Melon RSUD Cengkareng Tahun 2023.” sesuai dengan harapan. Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesainya Karya Ilmiah Akhir Ners 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 Karya Ilmiah Akhir Ners ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati: Tuhan Yang Maha Esa dengan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Penelitian ini.

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait,SST.,M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia

4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
5. Farida Banjarnahor, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Ernauli Meliyana, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia sekaligus Dosen Penguji I Karya Ilmiah Akhir Ners
8. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners sekaligus Dosen Penguji II Karya Ilmiah Akhir Ners
9. Nurti Y.K.Gea S.Kep.,Ns.,M.Kep SP.An , selaku Koordinator Profesi Ners
10. Dinda Nur Fajri HB., S.Kep.,Ns.,M.Kep Selaku Dosen Pembimbing Akademik
11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
12. 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.
13. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners 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 kesediaannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, 17 Desember 2023



Adfa Reza Safitri, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESEHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Gastroenteritis	5
1. Pengertian Gastroenteritis	5
2. Etiologi.....	6
3. Klasifikasi	6
4. Patofisiologi	7
5. Pathway	13
6. Manifestasi Klinis.....	15
7. Pemeriksaan Penunjang	16
8. Komplikasi	19
B. Tuberkulosis	20
1. Pengertian tuberkulosis	20
2. Etiologi.....	20
3. Klasifikasi	21
4. Pathofisiologi.....	23
5. Pathway	27
6. Manifestasi klinis.....	28

7. Komplikasi	28
C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan.....	29
1. Pengkajian	29
2. Diagnosa Keperawatan	29
3. Intervensi Keperawatan.....	30
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN	38
A. KASUS 1.....	38
B. KASUS 2.....	66
BAB IV PEMBAHASAN.....	86
A. Pengkajian	86
C. Intervensi Keperawatan.....	89
D. Implementasi Keperawatan	92
E. Evaluasi Keperawatan	93
BAB V KESIMPULAN.....	97
A. Kesimpulan.....	97
B. Saran.....	99
DAFTAR PUSTAKA	100
BIODATA PENELITI	105

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak merupakan generasi penerus bangsa. Agar tercapainya masa depan bangsa yang baik harus dipastikan tumbuh kembang dan kesehatan anak juga baik. Anak berada dalam suatu rentang pertumbuhan dan perkembangan, dimana pertumbuhan dan perkembangan akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak di masa yang akan datang.

Kesehatan seorang anak dimulai dari pola hidup yang sehat. Pola hidup sehat dapat diterapkan dari yang terkecil mulai dari menjaga kebersihan diri, lingkungan hingga pola makan yang sehat dan teratur. Menjaga kesehatan sangatlah penting untuk sistem imun karena dapat mencegah dan melawan zat asing yang membahayakan tubuh. Sistem imun yang melemah akan menyebabkan bakteri atau virus sangat mudah untuk menginfeksi tubuh sehingga dapat menimbulkan penyakit. (Suartawan, 2019).

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.

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 Jakarta.

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 Melon RSUD Cengkareng Kota Jakarta Barat.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Anak pada pasien dengan Gastroenteritis dalam penerapan langsung di ruang rawat inap Melon RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.

2. Tujuan Khusus

Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat. Dapat menemukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.

- a. Dapat membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- b. Dapat mengaplikasikan implementasi non farmakologi pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- c. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- d. Dapat mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien dengan Gastroenteritis di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gastroenteritis

1. Pengertian Gastroenteritis

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. Klasifikasi

Menurut Dwienda (2014), klasifikasi diare dibedakan menjadi 3 yaitu sebagai berikut:

- a. Diare akut: keluarnya tinja cair tanpa darah selama 7-14 hari.
- b. Diare persisten atau diare kronis: keluarnya tinja cair selama 14 hari atau lebih dan dapat disertai darah atau tidak. Diare persisten atau diare kronis dalam waktu lama akan mengakibatkan dehidrasi.
- c. Diare disentri: keluarnya tinja sedikit-sedikit dan sering dan mengeluh sakit perut saat BAB. Diare disentri dapat mengakibatkan anoreksia, kehilangan berat badan yang cepat, dan kerusakan mukosa usus karena bakteri.

4. 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 tinggi⁵.

Faktor tersebut biasanya tidak terdiri sendiri, contohnya stress fisik akan menyebabkan perfusi mukosa lambung terganggu, selain itu sekresi 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 akut⁷.

Virus tersebar dengan cara fekal oral bersama makanan dan minuman, dari beberapa ditularkan secara airborne yaitu norovirus, virus penyebab diare secara selektif menginfeksi dan merusak sel-sel di ujung jonjot yang rata disertai adanya sebaran sel radang mononuclear pada lamina propria sedang pada

mukosa lambung tidak terdapat perubahan walaupun penyakit dikenal sebagai gastroenteritis. 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. Mengonsumsi magnesium hidroksida.
 - b. Defisiensi sukrase-isomaltase 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 ileum 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 atropi villi.

Gangguan atau kegagalan sekresi pankreas menyebabkan kegagalan pemecahan kompleks protein, karbohidrat, trigliserid, selanjutnya menyebabkan malabsorpsi 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 peningkatan sekresi Cl, sehingga diare tersebut dapat disebabkan malabsorpsi karbohidrat oleh karena kerusakan difus 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

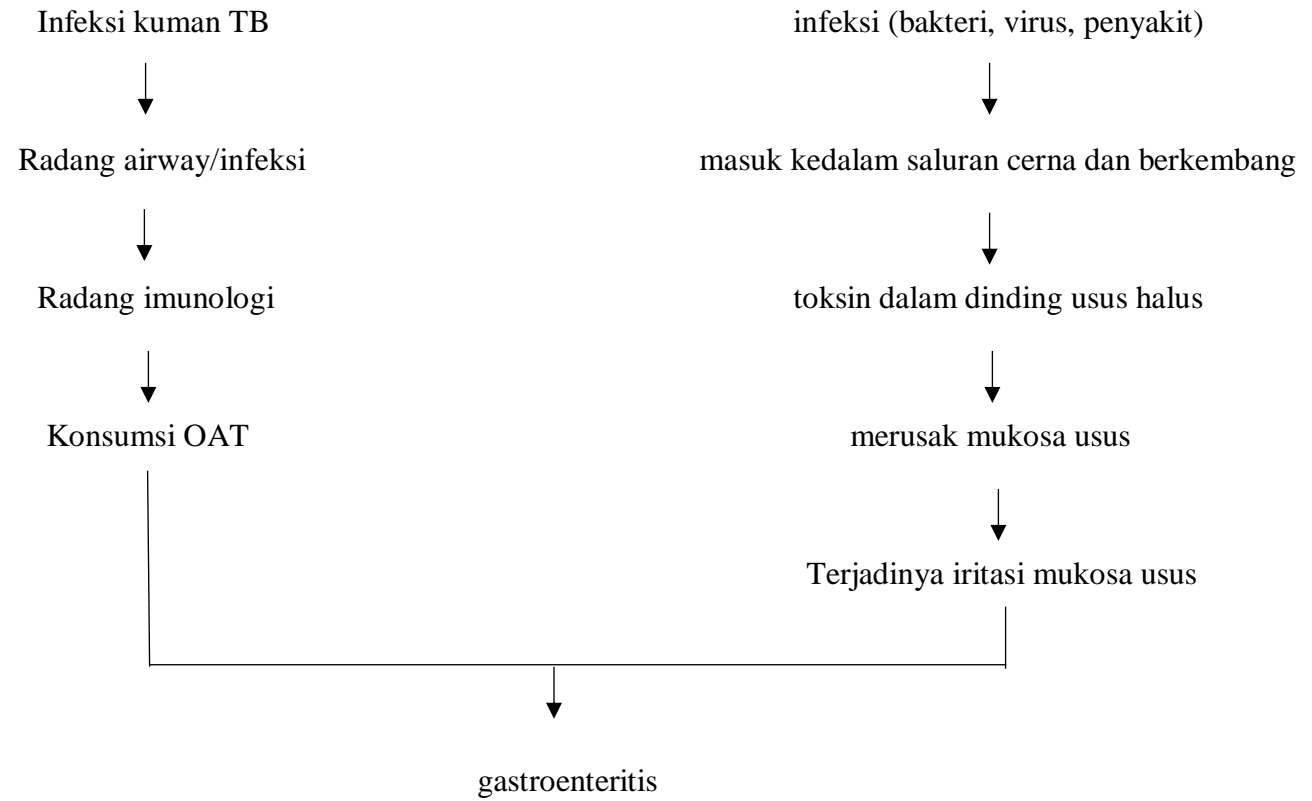
elektrolit kedalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

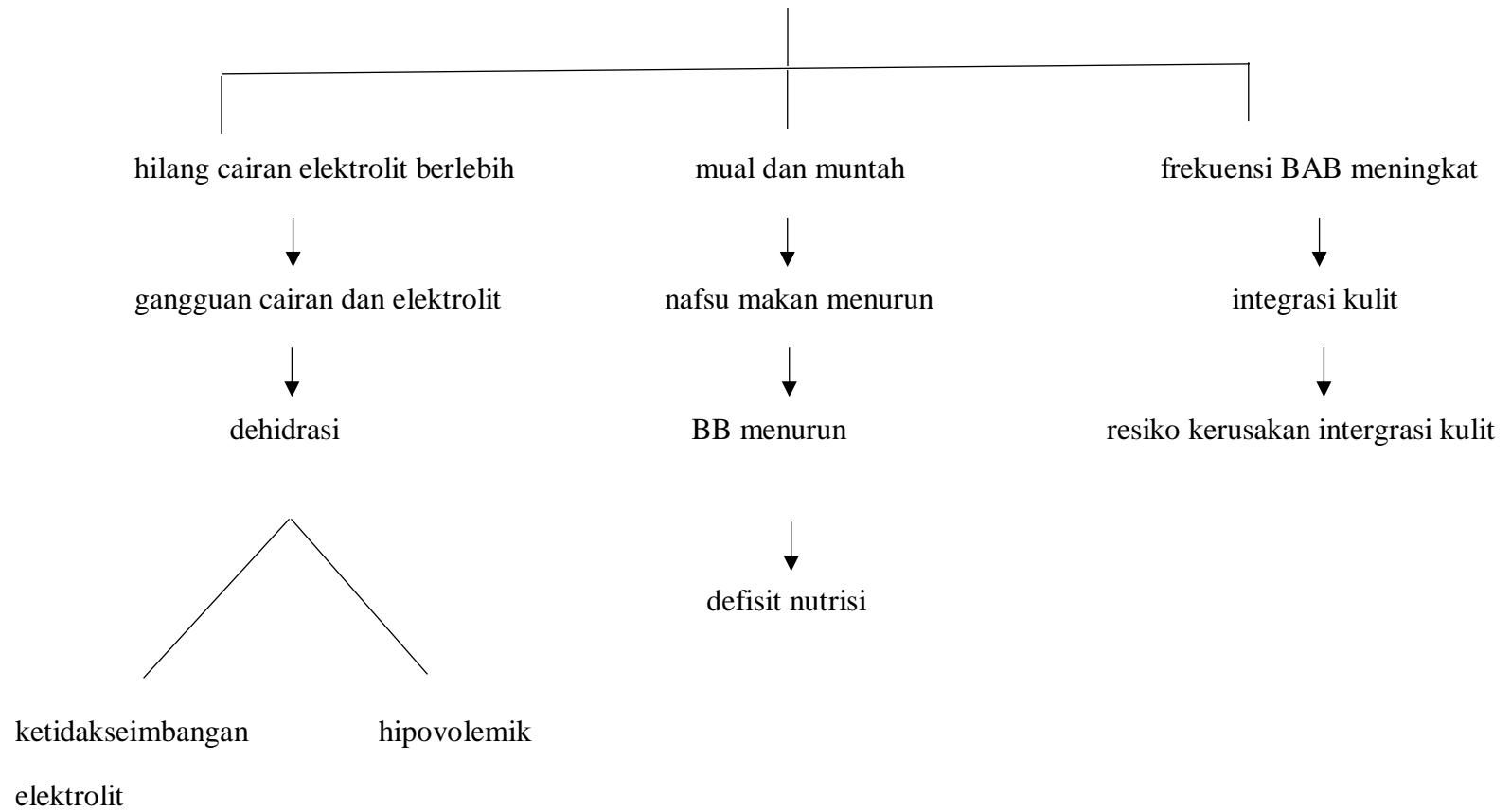
c. Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makana sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri kumbuh 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

5. Pathway





6. Manifestasi Klinis

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 sistematis 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.

Infeksi ekstraintestinal yang berkaitan dengan bakteri enterik patogen antara lain: vulvovaginitis, infeksi saluran kemih, endokarditis, osteomyelitis,

meningitis, pneumonia, hepatitis, peritonitis dan septik trombophlebitis. 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

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 antibiotic

b. Urin : urine lengkap, kultur dan tes kepekaan terhadap antibiotic

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

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

Parasit yang menyebabkan diare pada umumnya tidak memproduksi leukosit 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 bagian 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.

B. Tuberkulosis

1. Pengertian tuberkulosis

Tuberkulosis merupakan infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang pada berbagai organ tubuh mulai dari paru dan organ di luar paru seperti kulit, tulang, persendian, selaput otak, usus serta ginjal yang sering disebut dengan ekstrapulmonal TBC (Chandra, 2012).

Tuberkulosis paru adalah suatu penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Sebagian besar kuman tuberkulosis menyerang paru tetapi juga dapat menyerang organ tubuh lainnya (Depkes, 2008).

Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksius yang menyerang paru-paru yang secara khas ditandai oleh pembentukan granuloma dan menimbulkan nekrosis jaringan. Penyakit ini bersifat menahun dan dapat menular dari penderita kepada orang lain (Santa, dkk, 2009).

2. Etiologi

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. *Mycobacterium tuberculosis* ditemukan oleh Robert Koch pada tahun 1882. Basil tuberkulosis dapat hidup dan tetap virulen beberapa minggu dalam keadaan kering, tetapi dalam cairan mati dalam suhu 600 C dalam 15-20 menit. Fraksi protein basil tuberkulosis menyebabkan nekrosis jaringan, sedangkan lemaknya menyebabkan sifat tahan asam dan

merupakan faktor terjadinya fibrosis dan terbentuknya sel epiteloid dan tuberkel. (FKUI, 2005)

Basil ini tidak berspora sehingga mudah dibasmi dengan pemanasan sinar matahari dan sinar ultraviolet. Ada dua macam mikobakterium tuberculosis yaitu tipe human dan tipe bovin. Basil tipe bovin berada dalam susu sapi yang menderita mastitis tuberculosis usus. Basil tipe human bisa berada di bercak ludah (droplet) di udara yang berasal dari penderita TBC terbuka dan orang yang rentan terinfeksi TBC ini bila menghirup bercak ini. Perjalanan TBC setelah terinfeksi melalui udara. Bakteri juga dapat masuk ke sistem pencernaan manusia melalui benda/bahan makanan yang terkontaminasi oleh bakteri. Sehingga dapat menimbulkan asam lambung meningkat dan dapat menjadikan infeksi lambung. (Wim de Jong, 2005)

3. Klasifikasi

Menurut Dep.Kes (2003), klasifikasi TB Paru dibedakan atas:

a. Berdasarkan organ yang terinfeksi

TB Paru adalah tuberculosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura (selaput paru). Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak, TB Paru dibagi menjadi 2, yaitu:

- 1) TB Paru BTA Positif Disebut TB Paru BTA (+) apabila sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS (Sewaktu Pagi Sewaktu)

hasilnya positif, atau 1 spesimen dahak SPS positif disertai pemeriksaan radiologi paru menunjukkan gambaran TB aktif.

- 2) TB Paru BTA Negatif Apabila dalam 3 pemeriksaan spesimen dahak SPS BTA negatif dan pemeriksaan radiologi dada menunjukkan gambaran TB aktif. TB Paru dengan BTA (-) dan gambaran radiologi positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan, bila menunjukkan keparahan yakni kerusakan luas dianggap berat.

b. TB ekstra paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar limfe, tulang persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing dan alat kelamin. TB ekstra paru

dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya yaitu :

- a) TB ekstra paru ringan yang menyerang kelenjar limfe, pleura, tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal
- b) TB ekstra paru berat seperti meningitis, pericarditis, peritonitis, TB tulang belakang, TB saluran kencing dan alat kelamin.
- c) Berdasarkan tipe penderita

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita:

- Kasus baru adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) kurang dari satu bulan.
- Kambuh (relaps) adalah penderita TB yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan dan telah dinyatakan sembuh, kemudian kembali berobat dengan hasil pemeriksaan BTA positif.
- Pindahan (transfer in) yaitu penderita yang sedang mendapat pengobatan di suatu kabupaten lain kemudian pindah berobat ke kabupaten ini. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan/pindah.

Kasus berobat setelah lalai (default/drop out) adalah penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan atau lebih dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali berobat.

4. Pathofisiologi

Penularan tuberculosis paru terjadi karena kuman dibersinkan atau dibatukkan keluar menjadi droplet nuclei dalam udara. Partikel infeksi ini dapat menetap dalam udara bebas selama 1-2 jam, tergantung pada ada tidaknya sinar ultraviolet, ventilasi yang buruk dan kelembaban. Dalam suasana lembab dan gelap kuman dapat tahan selama berhari-hari sampai berbulan-bulan. Bila partikel infeksi ini terhisap oleh orang sehat akan menempel pada

jalan nafas atau paru- paru. Partikel dapat masuk ke alveolar bila ukurannya kurang dari 5 mikromilimeter.

Tuberculosis adalah penyakit yang dikendalikan oleh respon imunitas perantara sel. Sel efektifnya adalah makrofag sedangkan limfosit (biasanya sel T) adalah imunoresponsifnya. Tipe imunitas seperti ini biasanya lokal, melibatkan makrofag yang diaktifkan ditempat infeksi oleh limfosit dan limfokinnya. Respon ini disebut sebagai reaksi hipersensitifitas (lambat).

Basil tuberkel yang mencapai permukaan alveolus biasanya diinhalasi sebagai unit yang terdiri dari 1-3 basil. Gumpalan basil yang besar cenderung tertahan dihidung dan cabang bronkus dan tidak menyebabkan penyakit (Dannenbergl981). Setelah berada diruang alveolus biasanya dibagian bawah lobus atas paru- paru atau dibagian atas lobus bawah, basil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfonuklear tampak didaerah tersebut dan memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme ini. Sesudah hari-hari pertama leukosit akan digantikan oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Pneumonia seluler akan sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa atau proses akan berjalan terus dan bakteri akan terus difagosit atau berkembang biak didalam sel. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju kelenjar getah bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi

menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit. Reaksi ini butuh waktu 10-20 hari.

Nekrosis pada bagian sentral menimbulkan gambaran seperti keju yang biasa disebut nekrosis kaseosa. Daerah yang terjadi nekrosis kaseosa dan jaringan granulasi disekitarnya yang terdiri dari sel epiteloid dan fibroblast menimbulkan respon yang berbeda. Jaringan granulasi menjadi lebih fibrosa membentuk jaringan parut yang akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang mengelilingi tuberkel.

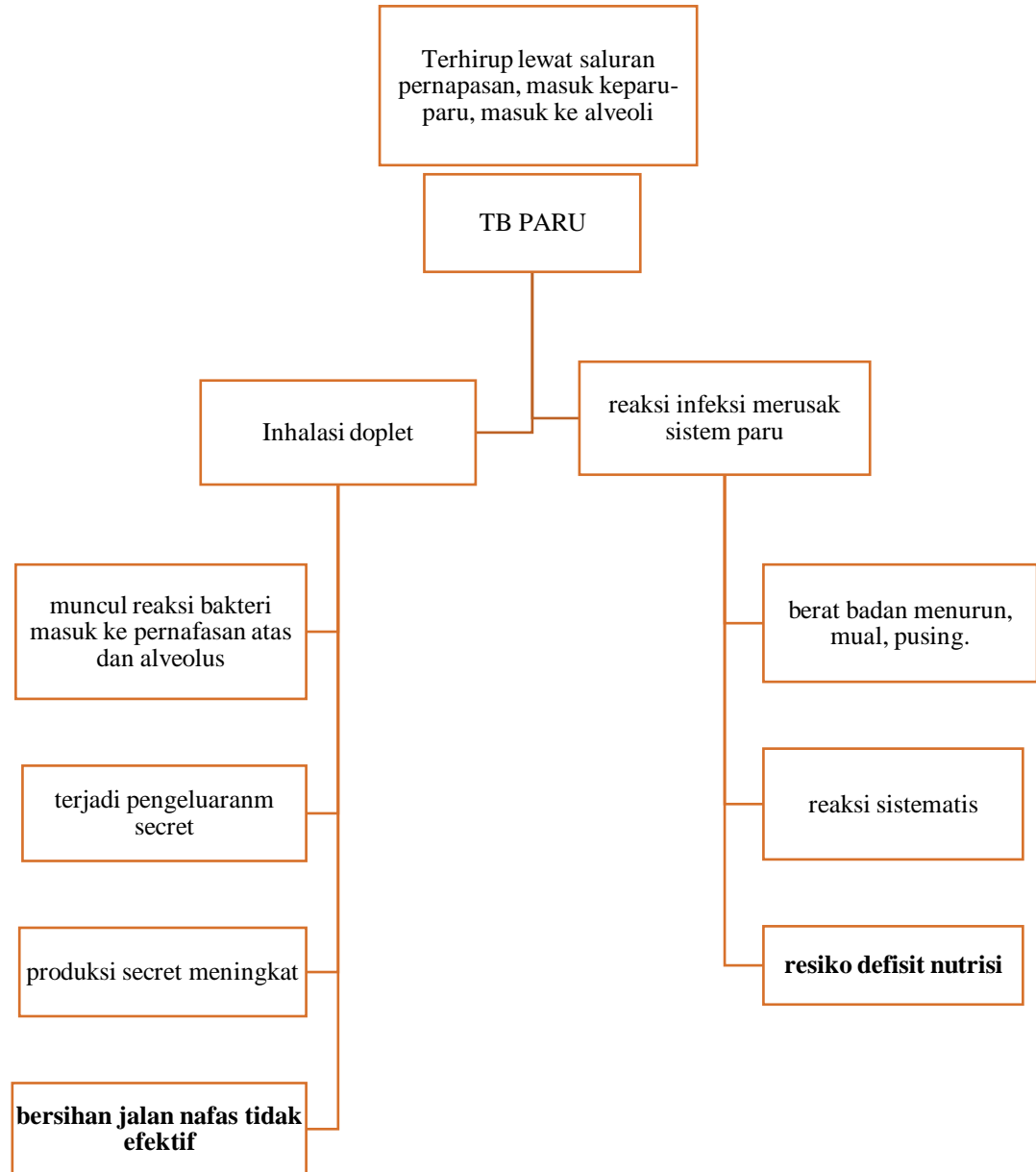
Lesi primer paru dinamakan fokus ghon dan gabungan terserangnya kelenjar getah bening regional dan lesi primer dinamakan kompleks ghon. Respon lain yang dapat terjadi didaerah nekrosis adalah pencairan dimana bahan cair lepas kedalam bronkus dan menimbulkan kavitas. Materi tuberkel yang dilepaskan dari dinding kavitas akan masuk kedalam percabangan trakeobronkhial. Proses ini dapat terulang lagi kebagian paru lain atau terbawa kebagian laring, telinga tengah atau usus.

Kavitas yang kecil dapat menutup sekalipun tanpa pengobatan dan meninggalkan jaringan parut fibrosa. Bila peradangan mereda lumen brokus dapat menyempit dan tertutup oleh jaringan parut yang terdapt dekat dengan perbatasan bronkus rongga. Bahan perkejuan dapat mengental sehingga tidak

dapat mengalir melalui saluran penghubung sehingga kavitas penuh dengan bahan perkejuan dan lesi mirip dengan lesi kapsul yang terlepas.

Penyakit dapat menyebar melalui getah bening atau pembuluh darah. Organisme yang lolos dari kelenjar getah bening akan mencapai aliran darah dalam jumlah kecil, kadang dapat menimbulkan lesi pada organ lain. Jenis penyebaran ini disebut limfohematogen yang biasanya sembuh sendiri. Penyebaran hematogen biasanya merupakan fenomena akut yang dapat menyebabkan tuberkulosis milier. Ini terjadi apabila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme yang masuk ke dalam sistem vaskuler dan tersebar ke organ-organ lainnya.

5. Pathway



6. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala tuberkulosis adalah:

1. Demam
2. Malaise
3. Anoreksia
4. Penurunan berat badan
5. Batuk ada atau tidak (berkembang secara perlahan selama berminggu-minggu sampai berbulan-bulan)
6. Peningkatan frekuensi pernapasan
7. Ekspansi buruk pada tempat yang sakit
8. Bunyi napas hilang dan ronkhi kasar, pekak pada saat perkusi
9. Demam persisten

7. Komplikasi

Menurut Sudoyo (2007) penyakit tuberkulosis paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi dibagi atas komplikasi dini dan komplikasi lanjut.

1. Komplikasi dini: pleuritis, efusi pleura, empiema, laringitis, usus, Poncet's arthropathy.
2. Komplikasi lanjut: Obstruksi jalan nafas ; Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis (SOFT), kerusakan parenkim berat ; SOPT / fibrosis paru,

kor pulmonal, amiloidosis, karsinoma paru, sindrom gagal nafas dewasa (ARDS), sering terjadi pada TB milier dan kavitas TB.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian yang cermat oleh perawat merupakan hal penting untuk mendeteksi masalah ini. Melakukan pengkajian pada pernafasan lebih jauh dengan mengidentifikasi manifestasi klinis gastroenteritis.

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan yang dilakukan pada semua fase proses keperawatan. Misalnya, pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil strategi keperawatan dan mengevaluasi pencapaian tujuan. Semua fase proses keperawatan bergantung pada pengumpulan data yang lengkap dan akurat.

2. Diagnosa Keperawatan

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

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Hipersekresi jalan nafas (D.0001)
- b. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)
- c. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan (D.0019)

- d. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangan cairan
(D.0037)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1
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 hipovoemia (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 dalm 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 intenstinal) <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, gangguan menelan, penggunaan obat-obatan atau pascaoperasi) - Identifikasi berat badan - Identifikasi kelainan pada kulit (mis, memar yang berlebihan, luka yang sulit sembuh, dan pendarahan)
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - 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 mulu (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, transferrin, kreatinin, hemoglobin, hematokrit, dan elektrolit darah) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timbang berat badan - Ukur antropometrik komposisi tubuh (mis, indeks masa tubuh, pengukuran pinggang, dan ukuran lipatan kulit) - Hitung perubahan berat badan - Atur interval waktu pemantuan sesuai dengan kondisi pasien
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - 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	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangan cairan	<p>Manjemen 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) - 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

		<ul style="list-style-type: none"> - 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) - 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 - Monior 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 pendingan 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

		<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi respons nyeri non verbal - 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
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat- Anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
--	--	--

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. KASUS 1

PENGAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Adfa Reza Safitri

Tempat : Ruang Melon RSUD Cengkareng

Tanggal Pengkajian : 12-12-2023

1.1 Identitas Pasien dan Orang Tua

Nama Anak : An.n

Usia : 1 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Anak Ke : 1 (Satu)

Tanggal Masuk : 09-12-2023

Diagnosa Medik : Gastroenteritis + riw Tb

Usia Ayah / Ibu : 25 / 21 tahun

Agama : Islam

Suku Bangsa : Jawa

Alamat : Jl. Kamal Muara Penjaringan, DKI Jakarta

Pendidikan Ayah / Ibu : SMA/SMA

Pekerjaan Ayah / Ibu : Karyawan Swasta/ ibu rumah tangga

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

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Desember 2023 keadaan saat ini Ibu klien mengatakan anaknya masih mengalami batuk berdahak, demam sudah tidak. Sebelumnya BAB cair selama 6 hari yang lalu di rumah disertai demam naik turun, BAB sebanyak 3x sehari, ibu klien mengatakan saat diberikan makan atau susu anaknya akan muntah sehingga anaknya tampak lemas. Hasil TTV didapatkan S : 38,0°C, RR : 35 x/menit, N : 100x/menit, BB : 10 kg.

IV. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

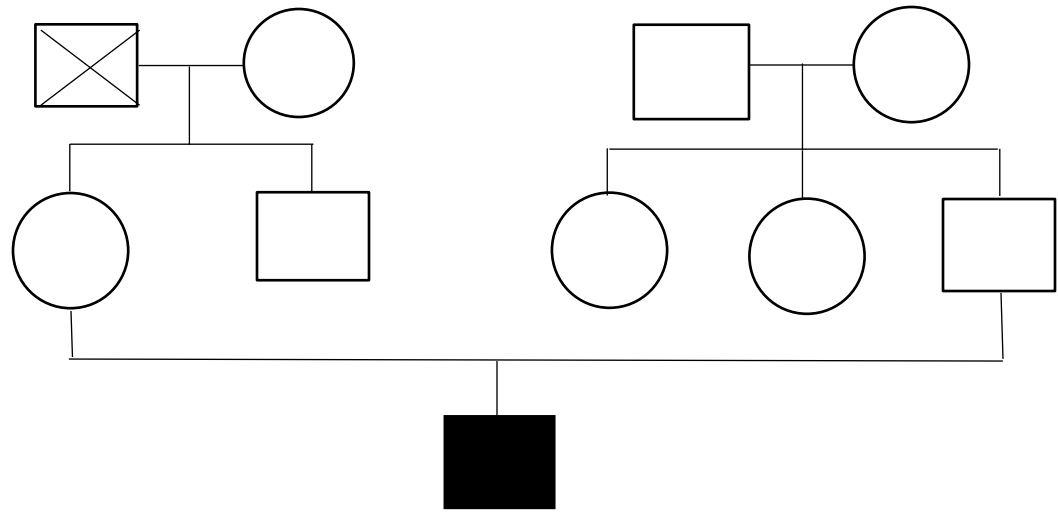
1. Prenatal : ibu klien mengatakan selama hamil tidak ada keluhan dan rajin kontrol ke dokter atau bidan
2. Intranatal : ibu klien mengatakan melahirkan normal di bidan terdekat, lama persalinan ibu mengatakan lupa tapi dia ingat bahwa persalinannya tidak terlalu lama dengan persalinan normal pada umumnya
3. Postnatal : ibu klien mengatakan keadaan bayi ketika lahir normal dengan berat badan 2800 gr dan panjang 57 cm.

V. 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

VI. Riwayat Keluarga (disertai Genogram)

Bagan 3. 1
Genogram Klien 1



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



: Garis pernikahan



: Klien

VII. Riwayat Sosial

1. Yang mengasuh : Ibu kandung

2. Hubungan dengan anggota keluarga :

Keluarga klien mengatakan hubungan dengan anggota keluarga baik, ibu

klien juga mengatakan bahwa An.N merupakan anak yang aktif

3. Hubungan dengan teman sebaya:

Ibu klien mengatakan ia suka membawa anaknya main berbaur dengan tetangga

4. Pembawaan secara umum : -

5. Lingkungan rumah :

Keluarga klien mengatakan jarak rumahnya dekat dengan jalan raya, selain itu keluarga pasien juga mengatakan bahwa rumahnya tidak terlalu terpapar sinar matahari dikarenakan posisi rumahnya berada di tengah tengah rumah tetangganya yang memiliki dinding tinggi, sehingga matahari jarang masuk ke dalam rumahnya. Keluarga pasien mengatakan rumahnya terdapat jendela yang selalu di buka saat siang hari.

VIII. Kebutuhan Dasar

1. Nutrisi

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan An.N selalu menghabiskan makanannya dengan komposisi Mp-Asi yang sesuai.

Saat sakit : Selama Sakit An.N makan hanya ¼ diit yang diberikan

2. Tidur

Sebelum sakit : Tidur malam biasa \pm 8 jam.

Saat sakit : Saat malam hari An. N sering terbangun dan tidak nyenyak pada saat tidur. Tidur malam hanya selama \pm 4-5 jam

3. Eliminasi

a. BAB

Sebelum sakit : BAB 1-2x sehari warna kuning konsistensi padat

Saat sakit BAB 3x sehari warna kuning konsistensi cair

b. BAK

Sebelum sakit : BAK \pm 6 kali dalam batas normal

Saat sakit : BAK \pm 6 kali dalam batas normal

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

IX. Pemeriksaan Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Pertumbuhan Fisik

Berat Badan : 10 kg

Tinggi Badan : 75 cm

IMT: $10 \div (0,75 \times 0,75) = 17,77$ (kurus ringan)

2. Perkembangan Motorik Kasar

Perkembangan motorik kasar normal 75-100%

3. Perkembangan Motorik Halus

Perkembangan motorik halus normal 75-100%

4. Tidur

Klien mengatakan masih tidurnya terganggu dikarenakan BAB

5. Perkembangan Bahasa

Klien mampu mengucapkan kata “mama papa”

6. Perkembangan Sosial

Pada saat berkomunikasi dengan perawat klien tampak takut

7. Perkembangan Kognitif

Tidak terkaji

X. Tinjauan Sistem

1. Keadaan umum dan tanda-tanda vital

1) Keadaan Umum : Composmentis

2) TB dan BB : 75 cm dan 10 kg

3) Lingkar Kepala : 35 cm

4) Lingkar Lengan: 11.6

5) Suhu : 38,0°C

6) Nadi : 100 x/menit

7) Pernafasan : 42 x/menit

8) Tekanan Darah : -

2. Pengkajian Kardiovaskuler

- 1) Nadi : 100 x/menit
- 2) Denyut Apeks-frekuensi, irama dan kualitas: Ictus cordis, terletak di garis midklavikula. Sinistra intercosta IV.
- 3) Nadi Perifer (ada / tdak ada); jika ada, frekuensi, irama, kualitas dan perbedaan antara ekstremitas: ada frekuensi 100x/menit, irama ireguler

3. Pemeriksaan toraks dan hasil auskultasi

- 1) Lingkar dada (toraks) : 37 cm
- 2) Adanya deformitas : Tidak terdapat deformitas
- 3) Bunyi jantung : normal (lup dup)

4. Tampilan umum

- 1) Tingkat aktifitas : tidak aktif, pasien tampak lemas
- 2) Perilaku; apatis, gelisah, ketakutan: Pasien kooperative
- 3) Jari tangan (clubbing finger): Tidak ada
CRT: Capillary Refill Time <3 Detik

5. Kulit

- 1) Warna : Sawo matang
- 2) Elastisitas : <3 detik
- 3) Suhu : 38,0°C

6. Edema

- 1) Periorbital : Tidak ada edema periorbital
- 2) Ekstremitas : Tidak ada edema ekstrimitas

7. Pengkajian Respiratori

1) Bernafas

1. Frekuensi pernafasan, keadaan dan kesimetrisan : 90 x/menit
2. Pola nafas ; apnea, takipnea : Tidak normal (Ronkhi)
3. Retraksi : Tidak ada
4. Pernafasan cuping hidung : Tidak ada
5. Posisi yang nyaman : digendong

2) Hasil auskultasi toraks

1. Bunyi nafas : Ronkhi
2. Fase ekspirasi dan inspirasi memanjang : Ada

3) Hasil pemeriksaan toraks

1. Lingkar dada : Sinus dan diafragma normal
2. Bentuk dada : simetris

8. Pengkajian Neurologik

1) Tingkat kesadaran: (hasil GCS) : E:4, M:6, V:5

2) Pemeriksaan kepala

- a. Bentuk kepala : Mesosepal
- b. Fontael : Tidak ada
3. Lingkar kepala : 35 cm

9. Reaksi pupil

1) Ukuran : 2/2. Pupil isokor

2) Reaksi terhadap cahaya : +/+. Mengecil ketika terkena cahaya

10. Aktivitas kejang

- 1) Jenis : Tidak mengalami kejang
- 2) Lamanya : Tidak ada

11. Fungsi sensoris

- 1) Reaksi terhadap nyeri : Respon fisiologis dan perilaku

12. Refleksi

- 1) Refleks tendo dan superficial: normal
- 2) Refleksi patologis: normal

13. Kemampuan intelektual (tergantung tingkat perkembangan)

- 1) Perkembangan menulis dan menggambar : Ibu klien mengatakan sudah bisa mencorat-coret kertas
- 2) Kemampuan membaca: tidak terkaji

14. Pengkajian Gastrointestinal

- 1) Hidrasi : Tidak ada
- 2) Tugor kulit : Elastis
- 3) Membran mukosa : Mukosa bibir kering
- 4) Asupan dan haluaran: Kurang cairan

15. Abdomen

- 1) Nyeri : Ibu klien mengatakan anaknya tidak merasa nyeri pada bagian perut
- 2) Kekakuan : Tidak ada kekakuan abdomen

- 3) Muntah; jumlah, frekuensi dan karakteristiknya : Ibu klien mengatakan anaknya muntah
- 4) Feses; jumlah, frekuensi dan karakteristiknya : cair, berwarna kuning
- 5) Kram : Tidak ada kram abdomen

16. Pengakajian Renal

Fungsi ginjal

- 1) Nyeri tekan pinggang atau suprapubik : Tidak ada nyeri tekan
- 2) Disuria : Tidak ada nyeri saat berkemih
- 3) Pola berkemih :
- 4) Adanya acites : Tidak ada acites
- 5) Adanya edema scrotum, periorbital, tungkai bawah : Tidak ada edema

17. Karakteristik urine dan urinasi

- 1) Urine tampak bening atau keruh : Bening
- 2) Warna : Kekuningan
- 3) Bau; ammonia, aseton : Ammonia
- 4) Berat jenis : -
- 5) Menangis setelah berkemih : Tidak menangis saat berkemih

18. Genitalia

- a. Iritasi : Tidak ada
- b. Secret : Tidak ada

19. Pengkajian Muskuloskeletal

Fungsi motorik kasar

- 1) Ukuran otot; adanya atropi atau hipertropi otot : Atropi
- 2) Tonus otot; spastisitas, rentang gerak terbatas : Gerakan normal tidak terlalu kuat
- 3) Kekuatan : tidak ada
- 4) Gerakan abnormal : Tidak ada

20. Fungsi motorik halus

Kemampuan motorik halus pasien tidak terdapat gangguan, pasien aktif bermain bersama teman sebaya

21. Kontrol postur

- 1) Mempertahankan posisi tegak : sudah bisa berdiri
- 2) Bergoyang-goyang : -

22. Persendian

- 1) Rentang gerak : Rentang gerak normal
- 2) Kontraktur : Tidak ada kontraktur
- 3) Adanya edema dan nyeri: Tidak adanya nyeri di area persendian
- 4) Tonjolan abnormal: Tidak ada tonjolan yang abnormal

23. Tulang Belakang

Lengkung tulang belakang; scoliosis, kifosis: Tidak terdapat kelainan pada tulang belakang pasien seperti skoliosis, kifosis.

24. Pengkajian Hematologik Kulit

- 1) Warna : sawo matang

- 2) Adanya ptekie, memar : tidak terdapat memar
- 3) Perdarahan dari membrane mukosa atau dari luka suntikan atau fungsi vena : terdapat luka suntikan

25. Abdomen

Bentuk abdomen cembung, tidak terdapat massa saat di palpasi, tidak terdapat nyeri tekan pada area abdomen, saat di perkusi terdengar timpani, peristaltik usus 4

26. Tampilan umum

- 1) Alam perasaan: -

Obat-obatan saat ini

Tabel 3. 1
Daftar Obat Klien 1

Nama obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi	Efek samping
KAEN	20 tpm	untuk memelihara keseimbangan elektrolit dan air	Koma akibat insulin, <u>Hiperkalemia</u> , Gangguan hati berat, Aritmia jantung	Infeksi, Menginduksi terjadinya kolestatis
Ceftriaxon	1x42 5 mg	Mengobati dan mencegah infeksi bakteri	penderita penyakit liver, penyakit ginjal, diabetes, gangguan perdarahan, penyakit kantong empedu, anemia	Bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat suntikan

Zinc	1x20 mg	Digunakan untuk anak dalam pengobatan dia re akut	Riwayat penderita ginjal dan alergi terhadap obat tersebut	muncul rasa seperti logam, atau sakit perut
Donperidone	3x1/4	Anak-anak dengan kondisi mual dan muntah	Pada pasien alergi, riwayat perdarahan, sakit hati dan jantung, tumor kelenjar pituitari	Mulut kering, mengantuk, sakit kepala
Cotrimoxazole	2x1 gr	obat untuk mengobati infeksi	Asma, Penyakit tiroid, Kelainan darah, Hiperkalemia	muntah, kehilangan nafsu makan, dan mengantuk
Ambroxol ¼ tab	3x1 mg	Untuk meredakan batuk pada berbagai penyakit saluran pernapasan	Pada pasien hipersensitivitas	Mual, muntah, diare, sakit perut atau sakit maag dan sakit tenggorokan
Paracetamol	3x250 gr	Untuk meredakan nyeri ringan	Tidak untuk diberikan pada pasien hipersensitivitas / alergi	Berupa sakit pada perut, mual dan muntah
Combipen x Pulmicort	3x1/hari	Untuk mengatasi penyakit saluran pernafasan Untuk meredakan dan mencegah gejala serangan asma	- Hipersensitif terhadap sabutamol - Pada pasien hipersensitivitas	- Sakit kepala, iritasi tenggorokan, batuk, mulut kering - Iritasi ringan ditenggorokan, suara serak, mulut kering

Pemeriksaan Saat Laboratorium

Tabel 3. 2
Pemeriksaan Laboratorium Klien 1

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini
Hemoglobin	10.8 – 13.1	10.2 g/dl
Hematokrit	35 – 43	30 %
Leukosit	6.0 – 17.5	8.4 / Ul
Trombosit	217 – 497	242 / Ul
KIMIA KLINIK		
Glukosa Sure Step	<110	87 mg/dl

Pemeriksaan diagnostic

FOTO THORAX

Sinus dan diafragma normal

Jantung dan aorta konfigurasi normal

Paru-paru : tampak infiltrate ke dua paru, corakan bronkovaskuler tak prominen. Hilus kasar (perpadatan minimal) dan pleura normal

Tulang-tulang dan jaringan lunak normal

Kesan : Tuberkulosis

ANALISA DATA

Nama Klien : An. N

Dx Medis : GEA, riw tb on oat 9 bulan
stop sementara

Ruangan : Melon

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tabel 3.3
Analisa Data Klien 1

No	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	Ds : <ul style="list-style-type: none">Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak selama 2 hariIbu klien mengatakan anaknya masih sesak nafas Do : <ul style="list-style-type: none">Terdengar suara nafas ronki pada kedua lapang paruPernafasan cepat dan dangkalAnak tidak mampu mengeluarkan dahaknya secara mandiriFrekuensi nafas 35 x/menit	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)	Peningkatan produksi sputum
2.	Ds : <ul style="list-style-type: none">Ibu klien mengatakan anaknya mual saat diberikan makan dan susuIbu klien mengatakan anaknya hanya mau makan 3 sedok makan Do :	Defisit Nutrisi (D.0019)	Nafsu makan menurun

	<ul style="list-style-type: none"> • Imt: 17,77 (kurus ringan) • Bb sesudah sakit : 10 Kg • TB/panjang badan: 75 cm • Lk: 35 cm 		
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan anaknya BAB 3x sehari cair <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nadi 100x/menit • 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 S: 38,,0% 	Resiko ketidakseimbangan elektrolit (D.0088)	Diare

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3. 4
Diagnosa Keperawatan Klien 1

NO.	DIAGNOSA
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d Hipersekresi jalan nafas d.d Peningkatan produksi sputum (D.0001)
2.	Defisit Nutrisi b.d Nafsu makan menurun (D.0019)
3.	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare (D.0088)

RENCANA TINDAKAN

Tabel 3. 5
Rencana Tindakan Klien 1

HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d peningkatan produksi sputum (D.0149)	<p>Bersihan jalan napas (L.01001)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 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. Kolaborasi dengan pemberian O2 7. Kolaborasi pemberian nebulizer 8. Kolaborasi pemberian antibiotik
	Defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun (D.0019)	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan Kriteria Hasil :</p>	<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

		<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 1. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Beri diit tinggi serat untuk mengurangi konstipasi 5. Monitor tanda-tanda vital 6. Kaji kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai 1. Monitor adanya muntah dan mual
	<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare (D.0037)</p>	<p>Keseimbangan cairan (L.03020)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit tertasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 3. Frekuensi muntah dan mual berkurang 4. Tidak ada tanda dehidrasi 4. Tekanan nadi dan suhu tubuh dalam batas normal 	<p>Manajemen cairan (I.03098)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi kuat), <i>jika di perlukan</i> 3. Monitor vital sign 4. Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori 5. Monitor status nutrisi 6. Dorongan masukan oral 7. Kolaborasi pemberian cairan IV 7. Kolaborasi dengan dokter dalam kemungkinan transfusi

CATATAN KEPERAWATAN

Tabel 3. 6
Catatan Keperawatan Klien 1

NO	TANGGAL/JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	PARAF
1	12/12/23			
	08.00	1. Menghitung frekuensi napas dan memperhatikan irama napas	S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • RR 35x/m • Irama nafas tidak teratur • Terdapat pernapasan cuping hidung • Ada otot bantu pernapasan dada 	
	08.10	2. Mengukur status oksigen klien	S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • SpO₂ 92% 	
	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 : 38,0°C	
	09.10	5. Memberikan kompres hangat pada lipatan axila An.N	S : -	

	09.15	6. Menyelimuti klien	<p>O : kompres telah diberikan ketika anak tertidur</p> <p>S : -</p> <p>O : selimut telah dipasang anak tertidur</p>	
	09.20	7. Memberikan injection antibiotic Ceftriaxone 425 mg	<p>S : -</p> <p>O : obat diberikan via IV dan tidak ada alergi terhadap obat yang diberikan</p>	
	09.30	8. Melakukan kolaborasi dalam pemberian anti piretik	<p>S : ibu klien mengatakan akan diberikan ketika anaknya bangun</p> <p>O : anak diberi paracetamol</p>	
	09.40	9. Memeriksa TTV	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya demam</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nadi : 100x/m • Suhu : 38 °C • RR : 35x/m • SpO₂ : 92% 	
	09.45	10. Memonitoring status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi kuat), <i>jika diperlukan</i>	<p>S : -</p> <p>O : membran mukosa kering</p>	
	09.50	11. Memonitoring status nutrisi	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya cuman mau makan 3 sendok makan</p> <p>O :</p>	

	10.00	12. Memontring adanya muntah dan mual	<ul style="list-style-type: none"> Tampak anak hanya memakan 3 sendok makan, sudah minum susu 100 ml semalam <p>S : ibu klien mengatakan anaknya muntah ketika di berikan makan banyak dan susu</p> <p>O : anak tampak mual ketika diberikan makan atau susu</p>	
	10.10	13. Mengkaji status nutrisi	<p>S : ibu klien mengatakan anak makan sedikit hanya 3 sendok makan bubur</p> <p>O : tampak klien hanya menghabiskan 3 sendok makan</p>	
	10.20	14. Melakukan TTV	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nadi : 100x/m Suhu : 38°C RR : 35x/m SpO₂ : 90% 	
2	13/12/23			
	08.00	1. Monitor status oksigen klien	<p>S : -</p> <p>O : SpO₂ 89%</p>	
	08.10	2. Auskultasi suara nafas	<p>S : -</p> <p>O : suara nafas bersih tidak ada suara nafas tambahan</p>	
	08.20	3. Mengukur suhu badan dan menghitung RR dan N	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> RR : 32x/m N : 98x/m S : 36,3°C 	

	08.30	4. Mengukur kedalaman dan kemudahan klien dalam bernapas	S : - O : frekuensi napas 32x/m, irama napas klien teratur dan klien tampak tidak sesak
	08.40	5. Monitor warna kulit, membran mukosa serta kuku klien	S : - O : <ul style="list-style-type: none"> • 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
	10.00	Melakukan <i>Accupressure Therapy, Deep Breathing Exercise</i>	S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mulai membaik O : <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 360 ml/ 12 jam</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 yang terpasang ditangan kiri</p>	

Evaluasi Keperawatan

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
12/12/23	Bersihan 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 : 35x/m - SpO₂ : 92% - Pemberian inhalasi - Anak tidak bisa mengeluarkan dahak secara mandiri - Pernapasan cuping hidung - Napas cepat dan dangkal <p>A : Masalah Bersihan jalan tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
	Defisit nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya hanya makan sedikit - Ibu klien mengatakan anaknya masih BAB cair 3x <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak makan 3 sendok makan - TB : 75 Cm - BB sesudah sakit 10 Kg - HB : 10,2 g/dL - HT : 30 % - Leukosit : 8,4/mm³ - Trombosit : 242/mm³ - Bibir tampak kering - Asupan makanan bubur saring 3 sendok makan <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	

	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 - Akral hangat - Anak konsumsi minum susu 100 ml/ 12 jam <p>A : Masalah Resiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
13/12/23	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> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	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 - Bibir lembap <p>A : Masalah teratasi klien boleh pulang</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	

	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 360 ml/12 jam <p>A : Masalah teratasi klien boleh pulang</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	-------------------------------------	--	--

B. KASUS 2

PENGAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Adfa reza safitri

Tempat : Ruang Melon RSUD Cengkareng

1.1 Identitas Pasien dan Orang Tua

Nama Anak : An. Q

Usia : 4 bulan

Jenis Kelamin : Perempuan

Anak Ke : 1 (satu)

Tanggal Masuk : 11-12-2023

Diagnosa Medik : Gastroenteritis

Usia Ayah / Ibu : 23\20

Agama : Islam

Suku Bangsa : Sunda

Alamat : Jl. Cengkareng barat rt 001/ rw 001kec. Cengkareng

Pendidikan Ibu : IRT

Pekerjaan Ayah : Karyawan swasta

II. Keluhan Utama

Ibu Ibu klien mengatakan anaknya BAB 6x Cair dengan muntah-muntah 6x

III. Keadaan Sakit Saat ini

Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair kurang lebih 6x sejak satu hari yang lalu. Kemudian muntah 6x saat diberikan makan dan susu

IV. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

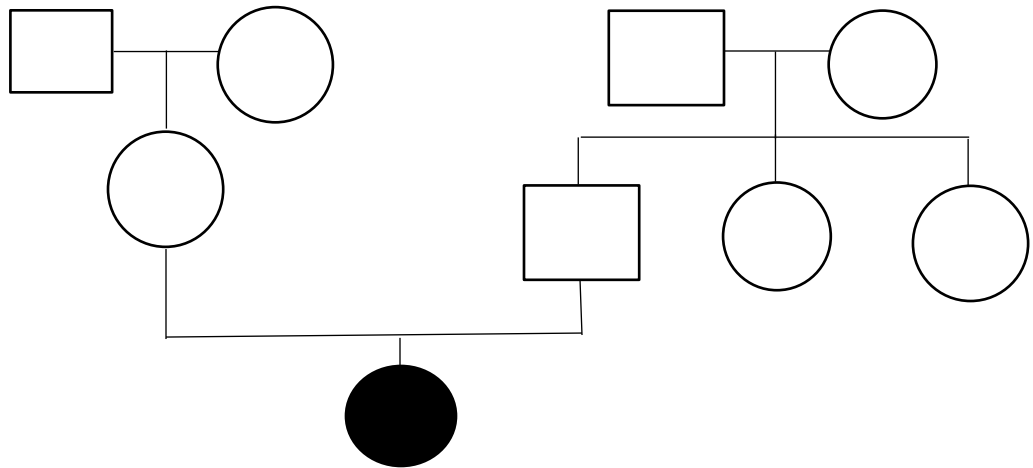
1. Prenatal : ibu klien mengatakan selama hamil tidak ada keluhan dan rajin kontrol ke dokter atau bidan
2. Intranatal : ibu klien mengatakan melahirkan secara normal di RSUD Cengkareng
3. Postnatal : ibu klien mengatakan keadaan bayi ketika lahir normal dengan berat badan 2900 gr dan panjang 55 cm

V. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1. Penyakit masa kanak-kanak : -
2. Pernah dirawat di RS : -
3. Obat-obatan yang digunakan : -
4. Alergi : -
5. Kecelakaan : -

VI. Riwayat Keluarga (disertai Genogram)

Bagan 3. 2
Genogram Klien



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



: Garis pernikahan



: Klien

V. Riwayat Sosial

1. Yang mengasuh : ayah dan ibu
2. Hubungan dengan anggota keluarga : ibu klien mengatakan hubungan anggota keluarga sangat baik
3. Hubungan dengan teman sebaya : -
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 full ASI ditambah Susu Formula
 - b. Sesudah sakit : ibu klien mengatakan hanya asi saja jika dibantu Susu Formulaelalu muntah
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 sering terbangun.
3. Eliminasi :
 - a. Sebelum sakit :
 - BAB : 1-3x sehari ada ampas, 2 kali ganti dalam 12 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 : 6x sehari, konsistensi cair, 6 kali ganti dalam 8 jam, warna kuning pekat, bau khas
 - BAK : 3-4x sehari, 4 kali ganti dalam 8 jam, warna kuning

4. Aktivitas :
 - a. Sebelum sakit : ibu klien mengatakan anaknya cukup aktif
 - b. Sesudah sakit : ibu klien mengatakan ketika di rawat anaknya
Lemas.

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 karena bayi
6. 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 : 6 Kg dan 5,4 Kg
- c. Lingkar kepala : 35 cm
- d. Lingkar lengan : 10 cm
- e. Suhu : 36 °C
- f. Nadi : 110 x/menit
- g. Pernafasan : 30 x/menit
- h. Tekanan darah : -

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : ukuran kepala normal dengan bentuk wajah simetris, warna rambut hitam
- b. Telinga : bentuk simetris, terdapat serumen, tidak terdapat kotoran di area telinga, fungsi pendengaran baik
- c. Mata ; pupil mata isokor, adanya refleks cahaya pada mata.
- d. Hidung : tidak mengalami pernapasan cuping hidung dan tidak ada batuk,pilek

- e. Mulut dan gigi : mulut bersih tidak ada jamur, belum ada gigi
- f. Lidah : lidah kotor
- 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
Kaen 1b	500 cc/20 tpm	IV

4. Pemeriksaan penunjang

11 Desember 2023

Jenis pemeriksaan	Hasil
Hematologi	1. Hb : 11,0 mg/Dl 2. Hematokrit : 31 % (40-52%) 3. Leukosit : 9,2 /mm ³ 4. Trombosit : 407.000/mm ³
Kimia klinik	1. Na : 137 mmol/L 2. K : 4,9 mmol/L 3. Cl : 106 mmol/L

5. Analisa Data

NO	DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1	Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya BAB sudah 6x dengan intensitas cair - Ibu klien mengatakan anaknya muntah Do : - Nadi : 110 x/m - Teraba kuat - Turgor kulit 3 detik (normal < 2 detik) - Membran mukosa kering - Hematokrit: 31 % (normal hematokrit anak: 31-43%) - Derajat dehidrasi: 4% (kategori dehidrasi ringan)	Hipoveleミア	Kehilangan cairan aktif
2	Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya muntah-muntah Do : - BB sebelum sakit 6 Kg - BBs setelah sakit 5,4 kg - TB: 54 cm	Defisit nutrisi	Nafsu makan menurun

	<ul style="list-style-type: none"> - LK : 35 cm - LD : 39 cm - Hb: 11,0 mg/dl - Hematokrit: 31 % - Leukosit: 12.800/mm³ - Trombosit: 9,2 /mm³ - Na : 137 mmol/L - Mukosa mulut kering - Penurunan berat badan 6n gr 		
3	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya BAB 6x cair tanpa ampas <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral hangat - Nadi 110x/menit - Turgor kulit 3 detik - Konsistensi BAB tampak cair - Membran mukosa bibir kering 	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	Diare

5. Diagnosa Keperawatan

NO	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Paraf
1	12/12/23	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)	
2	12/12/23	Defisit nutrisi b.d nafsu makan menurun (D.0019)	
3	12/12/23	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare (D.0037)	

RENCANA TINDAKAN

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
12/12/23	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>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
12/12/23	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 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 <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan nadi dan suhu tubuh dalam batas normal 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan 3. Beri diit tinggi serat untuk mengurangi konstipasi 4. Monitor tanda-tanda vital 5. Kaji kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sesuai <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya muntah dan mual
12/12/23	Resiko ketidakseimbangan	Keseimbangan cairan (L.03020)	Manajemen cairan (I.03098)

	<p>elektrolit b.d diare (D.0037)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko ketidakseimbangan eletrolit tertasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 3. Frekuensi muntah dan mual berkurang 4. Tidak ada tanda dehidrasi 4. Tekanan nadi dan suhu tubuh dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi kuat), <i>jika di perlukan</i> 3. Monitor vital sign 4. Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori 5. Monitor status nutrisi 6. Dorongan masukan oral 6. Kolaborasi pemberian cairan IV
--	---	---	---

CATATAN KEPERAWATAN

NO	TANGGAL/JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	PARAF
1	12/12/2023 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 : 110x/m • Akral hangat • RR : 30x/m 	
	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 • Turgor kulit kembali dalam 2 detik 	
	10.00	4. Monitoring mual dan muntah	S : ibu klien mengatakan anaknya masih muntah sejak tadi subuh 1x O : -	

	10.20	5. Mengkaji status nutrisi	<p>S : ibu klien mengatakan anak mau asi menolak Susu formula</p> <p>O : anak tampak mengedot asi ukuran 50 ml</p>	
	10.30	6. Monitoring status cairan intake dan output	<p>S : -</p> <p>O : anak hanya mau asi</p>	
	10.40	7. Edukasi keluarga klien untuk meningkatkan intake cairan	<p>S : ibu klien mengatakan sering memberikan asi</p> <p>O : -</p>	
	11.00	8. Monitoring suhu tubuh	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam</p> <p>O : S : 36°C</p>	
	11.20	9. Observasi bisung usus	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya dari subuh BAB cair 1x</p> <p>O : -</p>	
	11.30	10. Melakukan TTV	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nadi : 110x/m • Suhu : 36°C • RR : 30x/m 	

2	13/12/2023	<p>1. Melakukan pendekatan yang menenangkan</p> <p>2. Melakukan TTV</p> <p>3. Monitoring status dehidrasi (kelembapan membran mukosa dan nadi)</p> <p>4. Mengkaji status nutrisi</p> <p>5. Edukasi keluarga klien untuk meningkatkan intake cairan dan nutrisi</p>	<p>S : -</p> <p>O : anak dapat menerima kehadiran mahasiswa dan tidak rewel</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu : 36,5°C • Nadi : 98x/m • Akral hangat • RR : 30x/m • Nadi teraba kuat <p>S : -</p> <p>O : memberan mukosa kering, akral hangat, turgor kulit kembali dalam 2 detik</p> <p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mau menghabiskan asi 50 ml 3 botol td malam</p> <p>O : tampak klien sudah mau meminum asi banyak</p> <p>S : ibu klien mengatakan sering memberi asi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 MI/ botol 	
---	------------	--	--	--

	10.00	6. Mengukur suhu tubuh klien	S : ibu mengatakan anaknya demam hilang timbul O : 37°C	
	10.20	7. Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian obat antipiretik	S : - O : terpasang infus paracetamol 250 gr melalui jalur IV	
	10.30	8. Memberikan kompres hangat	S : - O : kompres hangat telah diberikan	
	11.00	9. Dorong orangtua untuk selalu menemani klien	S : ibu klien mengatakan selalu menemani anaknya O : -	
3	14/12/2023			
	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 °C • RR : 30x/m 	

	08.40	3. Monitoring status dehidrasi (kelembapan membran mukosa dan nadi)	<p>S : -</p> <p>O : membran mukosa lembab, akral normal, nadi teraba normal, turgor kulit kembali <2 detik, mata normal</p>	
	09.00	4. Mengkaji status nutrisi	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mau meminum Susu Formula walau 50ml</p> <p>O : tampak anak sudah mau meminum Susu Formula</p>	
	09.30	5. Edukasi keluarga untuk meningkatkan asupan nutrisi	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah mau minum Susu Formula 50 ml</p> <p>O : tampak klien menghabiskan susu nya</p>	
	09.40	6. Monitoring mual dan muntah	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah</p>	
	10.00	7. Menganjurkan mengkonsumsi tinggi serat untuk mengurangi defisit nutrisi	<p>O : -</p>	
	10.30	8. Melakukan pemeriksaan suhu tubuh klien	<p>S : ibu klien mengatakan ia selalu makan sayur</p> <p>O : -</p>	

	11.00	9. Mendorong keluarga klien untuk menemani klien	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada demam lagi</p> <p>O : Suhu : 36°C</p>	
	11.30	10. Melakukan Aff infus pada klien	<p>S : ibu klien mengatakan selalu menemani anaknya selama dirawat di RS</p> <p>O : tampak ibu klien selalu menemani klien</p>	
	12.00	11. Edukasi klien tentang tata cara pemberian obat oral dan waktu kontrol kembali	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya sudah boleh pulang sesuai arahan dari dokter</p> <p>O : infus sudah dilepaskan pada tangan kanan klien</p> <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>	

Evaluasi Keperawatan

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
12/12/23Hari Ke-1	Hipovolemia	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya muntah dan mual - Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair 1x sejak subuh dengan konsistensi cair <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 110x/m - Turgor kulit 3 detik - Membran mukosa kering - Tampak anak mual dan muntah ketika diberikan minum Susu Formula <p>A : Masalah hipovolemia belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
	Defisit nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya muntah 1x - Ibu klien mengatakan anaknya hanya minum asi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB: 5,4 kg - TB: 54 cm - LK : 35 cm - LD : 39 cm - Hb: 11,0 mg/dl - Hematokrit: 31 % - Leukosit: 12.800/mm³ - Trombosit: 9,2 /mm³ - Na : 137 mmol/L - Mukosa mulut kering <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair 1x sejak subuh dengan konsistensi cair <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemas - Anak mengkonsumsi asi 50 ml 	

		<p>A : Masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
13/12/23 Hari Ke-2	Hipovolemia	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih mual tapi tidak sering - Ibu klien mengatakan anaknya bab 2x tadi malam - Ibu mengatakan anaknya meminum asi 50 ml/ 3 botol sejak malam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 100x/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> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
	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"> - BB: 5,4 kg - TB: 54 cm - LK : 35 cm - LD : 39 cm - Hb: 11,0 mg/dl - Hematokrit: 31 % - Leukosit: 12.800/mm³ - Trombosit: 9,2 /mm³ - Na : 137 mmol/L - Mukosa mulut kering <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	

	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya bab 2x tadi malam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak membaik - Ku: Compos mentis - Klien tampak pucat - Akral hangat - Anak mengkonsumsi asi 50ml/ 3 botol <p>A : Masalah resiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14/12/23 Hari Ke-3	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 minum Susu Formula <p>A : klien dibolehkan pulang oleh (Dokter)</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	Defisit nutrisi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan berat badan sebesar 6 gr teratasi - Bibir lembab - Turgor kulit lembab - Tampak anak sudah tidak ada mual dan muntah ketika diberikan <p>A : klien dibolehkan pulang oleh (Dokter)</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	

	<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit</p>	<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 Susu Formula sebagai susu tambahan asi <p>A : klien dibolehkan pulang oleh (Dokter)</p> <p>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 koping, 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).

Pengkajian pada klien pertama An.N keadaan saat ini Ibu klien mengatakan anaknya masih mengalami batuk berdahak, demam sudah tidak. Sebelumnya BAB

cair selama 6 hari yang lalu di rumah disertai demam naik turun, BAB sebanyak 3x sehari, ibu klien mengatakan saat diberikan makan atau susu anaknya akan muntah sehingga anaknya tampak lemas. Hasil TTV didapatkan S: 38,0°C, RR : 35 x/menit, N : 100x/menit, BB : 10 kg., pada saat pemeriksaan fisik yang dilakukan terdapat suara pernapasan ronchi.

Hasil pengkajian selanjutnya pada klien An.Q pada hasil pengkajian yang didapatkan adalah ibu klien mengatakan bahwa anaknya muntah 6x dan BAB 6x dalam 1 hari yang lalu dan ditemukan Nadi : 110x/menit teraba kuat, turgor kulit 2 detik, membran mukosa kering, hematokrit 31 %, berdasarkan status kehilangan cairan berdasarkan berat badan termasuk dehidrasi tidak akut.

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

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.N di angkat Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum sedangkan pada An. Q adalah Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan. hal ini dikarenakan pada anak pertama memiliki masalah pada sistem pernafasan yang harus segera ditangani dikarena pada klien pertama memiliki penyakit riwayat TB on OAT 9 bulan yang di stop sementara atas perintah dokter yang secara etiologi penyebab terjadinya disebabkan oleh infeksi kuman TB yang membuat pasien mengonsumsi OAT dengan efek samping mual dan diare. Penelitian ini didukung oleh peneliti farhannisa bahwa penyebab mual dan muntah yaitu dicurigai karena obat rifampisin dan isoniaz.

Pada diagnosa selanjutnya didapatkan diagnosa yang sama pada kedua klien menemukan masalah An,N dengan diagnosa ke-3 yaitu resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare dan diagnosa kedua An.Q yaitu ketidakseimbangan elektrolit b.d diare dengan data yang menunjang seperti adanya tanda dan gejala seperti ke

dua orangtua klien mengatakan anak mengalami diare yang > 6 x dalam sehari bahwa ketidakseimbangan elektrolit b.d diare merupakan masalah yang muncul pada klien gastroenteritis.

Pada diagnosa selanjutnya terdapat diagnosa yang sama kedua klien terdapat diagnosa Defisit Nutrisi b.d Nafsu makan menurun yang berdampak pada penurunan nafsu makan, anak tidak menghabiskan porsi makan.

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 24 jam.

Pada kasus An.N 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.N sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif adalah bersihan jalan nafas (I.01011). Lalu untuk diagnosa resiko ketidakseimbangan elektrolit adalah manajemen cairan (I.03098), diagnosa defisit nutrisi adalah manajemen nutrisi (I.03119).

Sedangkan untuk An.Q 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 pengeralahan tenaga pernafasan¹⁰.

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.N dimulai pada 12 Desember 2023 sampai 14 Desember 2023 dan implementasi yang dilaksanakan pada An. Q dimulai pada 12 Desember 2023 sampai 14 Desember 2023.

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 klien ⁹ dan Oral hygiene ¹². Penulis menerapkan kedua terapi non-farmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien. *Accupressure Therapy* tidak terlaksana dikedua pasien dikarena kurangnya waktu disertai kondisi pasien yang masih anak-anak dan sulit untuk dilakukan healing touch.

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.N 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 : 35x/m, SpO₂ : 92%, 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, akral hangat, anak konsumsi minum susu 100 ml/12 jam, anak makan 3 sendok makan, TB : 75 Cm, BB sesudah sakit 10 Kg, HB : 10,2 g/dL, terlihat lemas, terpasang pengaman disisi tempat tidur klien, tampak ibu selalu menemani klien diatas tempat tidur, anak terpasang IVFD.

Pada evaluasi hari dua. 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 360 ml/12 jam, ibu klien mengatakan anaknya sudah mulai makan seperti biasanya, tampak klien sudah menghabiskan porsi bubur saring, bibir lembap, anak usia, tampak tenang dan segar, terpasang pengaman disisi tempat tidur klien, ibu klien berada diatas kasur bersama klien.

Evaluasi yang dilakukan kepada An. Q dihari pertama setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu, ibu klien mengatakan anaknya muntah dan mual 3x dalam 24 jam, ibu klien mengatakan anaknya BAB cair 6x saat masuk dengan bentuk cair, Nadi : 110x/m, turgor kulit 3 detik, membran mukosa kering, tampak anak mual dan muntah ketika diberikan makan atau minum susu, ibu klien mengatakan anaknya masih BAB cair 1x sejak subuh, klien tampak lemas, klien tampak pucat, akral hangat, anak mengkonsumsi asi 50 ml, ibu klien mengatakan anaknya mual ketika diberikan Susu Formula.

Evaluasi dihari kedua, ibu klien mengatakan anaknya masih muntah dan mual tapi tidak sering, ibu klien mengatakan anaknya BAB cair 2x dengan bentuk cair disertai serat, Nadi: 97x/m, turgor kulit 2 detik, membran mukosa kering, tampak

anak mual minum Susu Formula ibu klien mengatakan anaknya masih BAB cair 2x disertai serat, klien tampak membaik, klien tampak pucat, akral hangat, anak mengkonsumsi minum 50ml/3 botol sejak malam, ibu klien mengatakan anaknya masih mual.

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 <3 detik, membran mukosa lembab, tampak anak sudah tidak ada mual dan muntah ketika diberikan asi dan minum Susu Formula, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada BAB cair, klien tampak segar, klien tampak segar, akral normal, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah.

Analisis evaluasi penulis didapat kesimpulan pada kedua klien. An.N pada gastroenteritis dengan TB on OAT 9 bulan stop sementara, klien lebih lama dirawat dirumah sakit pengkajian dimulai saat klien sudah berada dirumah sakit selama 3 hari. Terdapat batuk disertai sputum, terdapat Auskultasi bunyi napas ronki, pada an.n pemeriksaan tanda-tanda vital lebih lengkap. Pada sistem pernafasan yang harus segera ditangani dikarena pada klien pertama memiliki penyakit riwayat TB on OAT 9 bulan yang di stop sementara atas perintah dokter yang secara etiologi penyebab terjadinya disebabkan oleh infeksi kuman TB yang membuat pasien mengonsumsi OAT dengan efek samping mual dan diare. Kasus kedua An.Q pada Gastroenteritis mengalami diare karena adanya infeksi saluran cerna saat dilakukan

pengkajian terdapat diagnosa yang sama dengan kasus 1 yaitu defisit nutrisi dan resiko ketidakseimbangan cairan elektrolit.

BAB V

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua BAB cair, terdapat mual dan muntah, Terdapat beberapa perbedaan yaitu An.N pada Gastroenteritis dengan TB klien mengalami sesak dan terdengar suara tambahan, sedangkan An. Q pada gastroenteritis tidak mengalami hal serupa. Penulis menduga perbedaan ini dikarenakan pada An.N disertai dengan riwayat pengobatan TB on OAT 9 bulan stop sementara.
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 defisit nutrisi dan resiko ketidakseimbangan elektrolit.
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 terapi farmakologi. Implementasi yang

dilaksanakan minimal 3 hari untuk mendapatkan perbaikan pada pasien pneumonia. 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.N klien mulai membaik dengan, Ibu klien mengatakan anaknya sudah mulai makan seperti biasanya, tampak klien sudah menghabiskan porsi bubur saring, bibir lembab, pada An. Q, ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak ada mual dan muntah, ibu klien mengatakan anaknya sudah mau minum Susu Formula, bibir lembab, turgor kulit lembab dan tampak anak sudah tidak ada mual ketika diberikan Susu Formula

B. Saran

1. Penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien untuk melakukan melakukan beberapa terapi non-farmakologis, yaitu Deeporal hygiene, Accupressure Therapy, dan pemberian posisi semi fowler untuk mengurangi keluhannya, dan dilakukan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur).
2. Sebagai informasi untuk mahasiswa/I STIKes Medistra Indonesia dan sebagai bahan untuk menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Anak dimana kita dapat mengembangkan atau memanfaatkan fasilitas Keperawatan Medikal Bedah dengan tidak bergantung kepada terapi

farmakologi saja kita bisa memberikan terapi komplementer berupa *Oral hygiene, Accupressure Therapy*, dan pemberian posisi semi fowler 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 Indonesia*. 2021;3(3):189-198.
- 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.
- 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.
- Robert SH, Moskwadina G, Jurita F, Herawani. Kapita Selekta dalam Praktik Disiplin Ilmu Kedokteran. *Fak Kedokt Univ Kristen Indones*. 2018;(September):1-238.
- Majampoh AB, Rondonuwu R, Onibala F. Pengaruh pemberian posisi semifowler terhadap kestabilan pola napas pada pasien tb paru di irina C5 Prof Dr. R. D.

Kandou Manado. 2015:3(1):1-7.

Saputra R, Waluyo A. Terapi Komplementer *Acupressure* untuk Menurunkan
Dyspnea Pasien 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.

Widayati D, Ariningsih S, Taukhid M. Saline Solution Oral Hygiene dalam
Meningkatkan Nafsu Makan Pasien Anoreksia. Indonesia J Heal Sci. 2021

LAMPIRAN



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)

MEDISTRA INDONESIA

PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)

PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1)

PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)

Jl.Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374

Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id

**FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) DAN PROFESI NERS STIKES
MEDISTRA INDONESIA
T.A 2023/2024**

Nomor Dokumen	:	FM.030/A.003/PERAWAT.S1/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	:	15 Maret 2022
Revisi	:	0	Tgl efektif	:	18 Maret 2022

No	Hari/Tanggal Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Bukti Kegiatan Bimbingan
1.	Selasa, 12/12/2023	Pengajuan judul dan acc kian		
2	Rabu, 25/12/2023	Bimbingan penambahan jurnal pada implementasi/ <i>evidence based nursing</i> Bimbingan pengkajian kasus 1 dan kasus 2		
3	Kamis, 29/12/2023	Bimbingan intervensi pada kasus 1 dan kasus 2		
4	Senin, 2/1/2024	Revisi judul, kata pengantar, dan pathway.		

5	Selasa, 3/1/2024	Bimbingan pembahasan kasus 1 dan kasus 2 Revisi judul, genogram, implementasi, dan evaluasi kasus		
	Kamis, 04/1/2024	Sidang Kian		
	Kamis, 11/07/2024	Revisi kesalahan pengetikan, kata pengantar, teori dan genogram dengan penguji Ibu Ernauli Meliyana, S.Kep.,Ns.,M.Kep		
	Selasa, 16/07/2024	Acc revisi dengan penguji Meliyana, S.Kep.,Ns.,M.Kep		

BIODATA PENELITI



Nama : Adfa Reza safitri., S.Kep

Tempat, Tanggal Lahir : Tasikmalaya, 17 Desember 2001

Alamat : Jl. Pasar lama Bantargebang rt 001/ rw 004 kec.
Bantargebang. Kota Bekasi

Agama : Islam

Kewarganegaraan : Indonesia

Email : adfarezza17@gmail.com

Instagram : Biscuitskacang_

Nama orang tua

Ayah : Yayan Wahyu Adam

Ibu : Titin farida

Jumlah saudara kandung : 3

Riwayat pendidikan :

- SD Negeri Bantargebang 01 (2012-2013)
- SMP Negeri 36 Bekasi (2013-2016)
- SMK Bhakti Kartini (2016-2019)
- Stikes Medistra Indonesia (2019-2024)