

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS GE (*GASTROENTERITIS*)
DI RUANG ASOKA RSUD BANGIL
PASURUAN**



Oleh:

DEBI EKA NOVIA PUTRI

NIM. 1601002

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS GE (*GASTROENTERITIS*)
DI RUANG ASOKA RSUD BANGIL
PASURUAN**

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



Oleh:

DEBI EKA NOVIA PUTRI

NIM. 1601002

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Debi Eka Novia Putri

NIM : 1601002

Tempat, Tanggal Lahir : Gresik, 16 Maret 1998

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul: “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.A DENGAN DIAGNOSA MEDIS GASTROENTRITIS DI RUANG ASHOKA RSUD BANGIL – PASURUAN**” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 18 Mei 2019

Yang Menyatakan,

Debi Eka Novia Putri

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Riesmiyatiningdyah, S.Kep.Ns., M.Kes

Agus Sulistyowati, S.Kep.M.Kes

NIDN.0725027901

NIDN. 0703087801

LEMBAR PERSETUJUAN PROPOSAL

Nama : Debi Eka Novia Putri

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.A Dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis
Di Ruang Ashoka Rsud Bangil – Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal :24 Juni 2019

Oleh :

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Riesmiyatiningdyah, S.Kep.Ns., M.Kes

Agus Sulistyowati, S.Kep.M.Kes

NIDN.0725027901

NIDN. 0703087801

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Agus Sulistyowati, S.Kep.M.Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah pada sidang di program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Tanggal : 24 Juni 2019

TIM PENGUJI

		Tanda Tangan
Ketua	: Ns. Faida Annisa, S.Kep.MNS	()
Anggota	: 1. Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes	()
	2. Riesmiyatiningdyah, S.Kep, Ns.,M.Kes	()

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

**“ SESUNGGUHNYA SESUDAH
KESULITAN ITU ADA KEMUDAHAN,
MAKA APABILA KAMU TELAH
SELESAI DARI SATU URUSAN MAKA
KERJAKANLAH DENGAN SUNGGUH -
SUNGGUH URUSAN YANG LAIN DAN
HANYA KEPADA ALLAH HENDAKNYA
KAMU BERHARAP ”**

LRMBAR PRTSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini penulis persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya serta mempermudah jalanku untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Kedua orang tua yang selalu mendoakan, memberi semangat, dan memberikan motivasi kepada penulis, sehingga terselesainya laporan tugas akhir ini.
3. Ibu Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo dan pembimbing 2.
4. Ibu Riesmiyatiningdyah, S.Kep.Ns., M.Kes selaku pembimbing 1 pembuatan Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh dosen Program Studi D III Keperawatan, terimakasih atas ilmu yang telah diberikan.
6. Teman-teman (Intan Berliani, Linda Puji A., Firda Lailatus S., Novi Dwi L., Enggar Dwi A.) yang selalu memberikan dukungan, motivasi, do'a, kritik, saran serta arahan, sehingga penulis terus termotivasi hingga terselesainya laporan tugas akhir ini.
7. RSUD Bangil yang telah mengizinkan penulis melakukan penelitian untuk tugas akhir ini.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada An.A Gastroentritis Di Ruang ASHOKA RSUD Bangil – Pasuruan”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini,
2. Orang Tua yang selalu memberi dukungan dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan dengan lancar.
3. Ibu Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo dan pembimbing 2.
4. Ibu Riesmiyatiningdyah, S.Kep.Ns., M.Kes selaku pembimbing 1 pembuatan Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 18 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Lembar Judul.....	ii
Lembar Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan	v
Motto.....	vi
Lembar Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambbr	xii
Daftar Lampira	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.5.1 Metode	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	6
1.5.4 Studi Kepustakaan	7
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Medis	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Klasifikasi	9
2.1.3 Etiologi	10
2.1.4 Manifestasi klinik	12
2.1.5 Patofisiologi	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	13
2.1.7 Penatalaksanaan	14
2.1.8 Komplikasi	17
2.2 Konsep Anak	19
2.2.1 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan	19
2.2.2 Tahap-Tahap Tumbuh Kembang	21
2.2.3 Tahap Perkembangan Anak	21

2.2.4 Ciri-Ciri Tumbuh Kembang Anak	26
2.2.5 Kebutuhan Dasar Tumbuh Kembang Anak	27
2.2.6 Perkembangan Sosial Anak	28
2.2.7 Perkembangan Psikoseksual Anak	30
2.2.8 Perkembangan Psikososial Anak	32
2.2.9 Perkembangan Moral Anak	35
2.2.10 Perkembangan Kognitif Anak	36
2.3 Konsep Dampak Hospitalisasi	37
2.3.1 Pengertian	37
2.3.2 Stresor Umum Pada Hospitalisasi	37
2.3.3 Efek Hospitalisasi Pada Anak	39
2.3.4 Konsep Solusi Hospitalisasi	41
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	41
2.4.1 Pengkajian	41
2.4.2 Analisa Data	46
2.4.3 Diagnosa Keperawatan	47
2.4.4 Perencanaan	48
2.4.5 Implementasi	54
2.4.6 Evaluasi	54
2.5 Kerangka Masalah	56
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	57
3.1 Pengkajian	57
3.2 Analisa Data	69
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	70
3.4 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas.....	71
3.5 Rencana Tindakan Keperawatan.....	71
3.6 Implementasi Keperawatan	74
3.7 Catatan Perkembangan.....	76
3.8 Evaluasi Keperawatan.....	77
BAB 4 PEMBAHASAN	79
4.1 Pengkajian	79
4.2 Diagnosa keperawatan	89
4.3 Rencana keperawatan.....	91
4.4 Implementasi keperawatan.....	93
4.5 Evaluasi keperawatan.....	94
BAB 5 PENUTUP.....	96
5.1 Simpulan	96
5.2 Saran.....	99
DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN	103

DAFTAR TABEL

No.Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Perkembangan Anak Usia 13-24 Bulan	21
Tabel 2.2	Perkembangan Anak Usia 25-36 Bulan	23
Tabel 2.3	Perkembangan Anak Usia 25-36 Bulan	24
Tabel 2.4	Perkembangan Anak Usia 36-48 Bulan	25
Tabel 2.5	Perkembangan Anak Usia 36-48 Bulan	26
Tabel 2.6	Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus	48
Tabel 2.7	Intervensi keperawatan Defisien volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan	48
Tabel 2.8	Intervensi keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebih	50
Tabel 2.9	Intervensi keperawatan Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair	51
Tabel 2.10	Intervensi keperawatan Hambatan pertukaran gas yang berhubungan dengan asidosis metabolik	52
Table 2.11	Intervensi keperawatan Resiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit berlebihan	52
Tabel 2.12	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi	53
Tabel 3.1	Pemeriksaan diagnostik	67
Tabel 3.2	Analisa data	69
Tabel 3.3	Rencana tindakan keperawatan	71
Tabel 3.4	Impelmentasi keperawatan	74
Tabel 3.5	Catatan perkembangan	76
Tabel 3.6	Evaluasi keperawatan	77

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Kerangka Masalah.....	56
Gambar 3.1	Genogram 3 Generasi	61

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus	103
Lampiran 2	Surat Balasan Pengambilan Studi Kasus	104
Lampiran 3	Informed Consent	105
Lampiran 4	Surat Pernyataan	106
Lampiran 5	Satuan Acara Penyuluhan (SAP).....	107
Lampiran 6	Leaflete	118
Lampiran 7	Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Pada Anak	119
Lampiran 8	Konsulan.....	135

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diare merupakan pengeluaran feses yang tidak normal dan cair. Bisa juga didefinisikan sebagai buang air besar yang tidak normal dan berbentuk cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3 kali buang air besar, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4 kali buang air besar (Dewi, 2010). Menurut masyarakat, penyebab diare ada yang langsung terhadap anak yaitu masuk angin, terlalu lama mandi, makan makanan rasa asam (kecut), dan tidak langsung bila ibu menyusui masuk angin atau makan makanan yang pedas-pedas, air susu menjadi jelek dan anak menderita mencret. Tidak ada kepercayaan bahwa diare disebabkan oleh roh halus. Persepsi masyarakat/ibu-ibu tentang diare dan penyebabnya menghasilkan perilaku pengobatan diare pada anak sebagai berikut: Mula-mula ditangani sendiri dengan ramuan tradisional, bila tidak sembuh diobati dengan pil "Ciba" yang dijual bebas di warung-warung yang tersebar di desa, bila tetap belum sembuh baru di bawa ke petugas kesehatan (Sumarno, 1995). Diare pertanda anak mau pintar, mitos satu ini secara medis bisa dibenarkan. Selain infeksi, diare bisa disebabkan oleh munculnya enzim-enzim baru yang berguna untuk meningkatkan penyerapan zat gizi dari makanan. Penyerapan zat gizi itulah yang membuat perkembangan anak menjadi baik. Tapi tetap waspada jika anak diare yang terus menerus (Tagor, 2014).

Diseluruh dunia anak yang menderita diare terdapat kurang lebih 500 juta anak setiap tahunnya, dan 20% dari seluruh kematian pada anak yang hidup di Negara berkembang berhubungan dengan diare serta dehidrasi (Wong, 2008). Departemen Kesehatan Nasional menyebutkan setiap tahunnya 100.000 balita meninggal dunia karena diare (Kementrian Kesehatan RI, 2011). Pada tingkat global, diare merupakan penyebab kedua kematian setelah pneumonia. Beban global diare pada balita tahun 2011 berdasarkan WHO/UNICEF (2013) adalah 9,0% (760.000 balita meninggal) dan 1,0% kematian neonatus, center of disease and prevention. Riskesdas (2013) menyatakan bahwa insiden diare (<2 minggu terakhir sebelum wawancara) berdasarkan gejala sebesar 3,5% dan insiden diare pada balita sebesar 6,7% (kisaran provinsi 3,3% - 10,2%). Sedangkan periode prevalance diare (>2 minggu – 1 bulan terakhir sebelum wawancara) berdasarkan gejala sebesar 7%). Pada tahun 2014 terjadi 6 KLB diare yang tersebar di provinsi, jumlah penderita yang berada di 6 kabupaten/kota yaitu 2.549 orang dengan kematian 29 orang (CFR 1,14%). Secara nasional angka kematian (CFR) pada KLB tahun 2014 sebesar 1,14% sedangkan target CFR pada KLB Diare diharapkan <1%. Berdasarkan data yang didapat dari RSUD Bangil, jumlah kasus gastroenteritis pada anak sebanyak 505 yang terjadi pada bulan Januari sampai Desember tahun 2017 (Rekam Medis RSUD Bangil, 2017).

Diare dapat disebabkan karena beberapa faktor, seperti faktor infeksi, faktor malabsorpsi, faktor makanan, dan faktor psikologis (Lestari, 2016). Pada anak yang mengalami diare tanpa dehidrasi (kekurangan cairan), tanda-tandanya : Berak cair 1-2 kali sehari, muntah (-), haus (-), nafsu makan tidak berkurang, masih ada keinginan untuk bermain. Pada anak yang mengalami diare dengan dehidrasi ringan/sedang

tanda-tandanya : berak cair 4-9 kali sehari, kadang muntah 1-2 kali sehari, suhu tubuh kadang meningkat, haus, tidak ada nafsu makan, badan lesu lemas. Sedangkan pada anak yang mengalami dehidrasi berat tanda-tandanya : berak cair terus menerus, muntah terus menerus, haus, mata cekung, bibir kering dan biru, tangan dan kaki dingin, sangat lemah, tidak ada nafsu makan, tidak ada keinginan untuk bermain, tidak BAK selama 6 jam atau lebih, kadang-kadang dengan kejang dan panas tinggi (Lestari, 2016). Diare dapat menyebabkan beberapa komplikasi berikut: Dehidrasi akibat kekurangan cairan dan elektrolit, Renjatan hipovolemik akibat menurunnya volume darah dan apabila penurunan volume darah mencapai 15-25%BB maka akan menyebabkan penurunan tekanan darah, Hipokalemia dengan gejala yang muncul adalah meteorismus, hipotoni otot, kelemahan, bradikardi, dan perubahan pada pemeriksaan EKG, Hipoglikemia, Kejang, Intoleransi laktosa sekunder sebagai akibat defisiensi enzim laktosa, malnutrisi protein (Dewi,2010).

Pada dasarnya ada tiga tingkatan pencegahan penyakit secara umum yakni : pencegahan tingkat pertama (pencegahan primer) yang meliputi promosi kesehatan dan pencegahan khusus yaitu: penyediaan air bersih, tempat pembuangan tinja, status gizi, pemberian air susu ibu (ASI), kebiasaan mencuci tangan, imunisasi. Pencegahan tingkat kedua (pencegahan sekunder) yang meliputi diagnosis dini serta pengobatan yang tepat yaitu : pemberian oralit. Pencegahan yang ketiga (pencegahan tertier) yang meliputi pencegahan terhadap cacat dan rehabilitasi yaitu : mengkonsumsi makanan yang bergizi dan menjaga keseimbangan cairan. Pasien diare dengan dehidrasi berat perlu dirawat di rumah sakit karena memerlukan pengobatan yang memadai, oleh karena itu perawat dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang

penyakit diare dengan memberikan penyuluhan tentang pentingnya mencegah penyakit diare (Lestari, 2016).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Gastroenteritis dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak dengan diagnose Gastroenteritis (diare) di ruang Asoka RSUD Bangil ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada anak dengan diagnose Gastroenteritis di ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2 Tujuan Khusus

2.3.2.1 Mengkaji anak dengan diagnose Gastroenteritis di ruang Asoka RSUD Bangil.

2.3.2.2 Merumuskan diagnose keperawatan pada anak dengan diagnose Gastroenteritis di ruang Asoka RSUD Bangil.

2.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada anak dengan diagnose Gastroenteritis di ruang Asoka RSUD Bangil.

2.3.2.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose Gastroenteritis di ruang Asoka RSUD Bangil.

2.3.2.5 Mengevaluasi asuhan keperawatan anak dengan diagnose Gastroenteritis di ruang Asoka RSUD Bangil.

2.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan anak dengan diagnose Gastroenteritis di ruang Asoka RSUD Bangil.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat member manfaat :

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada anak Gastroenteritis.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan dengan Gastroenteritis dengan baik

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada anak dengan Gastroenteritis.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada anak dengan Gastroenteritis

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain

1.5.4 Studi Keputusan

Studi keputusan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini

Bab 1 : pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose sepsis serta kerangka masalah

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

1.6.1 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB II

TUJUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Gastroenteritis. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada Gastroenteritis dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Gastroenteritis adalah peradangan yang terjadi pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit yang pathogen (Bararah, 2013).

Diare merupakan pengeluaran feses yang tidak normal dan cair. Bisa juga didefinisikan sebagai buang air besar yang tidak normal dan berbentuk cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3 kali buang air besar, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4 kali buang air besar (Vivian, 2010).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Wong (2008), diare dapat diklasifikasikan, sebagai berikut:

2.1.2.1 Diare akut

Merupakan penyebab utama keadaan sakit pada balita. Diare akut didefinisikan sebagai peningkatan atau perubahan frekuensi defekasi yang sering disebabkan oleh agens infeksius dalam traktus Gastroenteritis Infeksiosa (GI). Keadaan ini dapat menyertai infeksi saluran napas atau (ISPA) atau infeksi saluran kemih (ISK). Diare akut biasanya sembuh sendiri (lamanya sakit kurang dari 14 hari) dan akan mereda tanpa terapi yang spesifik jika dehidrasitidak terjadi.

2.1.2.2 Diare kronis

Didefinisikan sebagai keadaan meningkatnya frekuensi defekasi dan kandungan air dalam feses dengan lamanya (durasi) sakit lebih dari 14 hari. Kerap kali diare kronis terjadi karena keadaan kronis seperti sindrom malabsorpsi, penyakit inflamasi usus, defisiensi kekebalan, alergi makanan, intoleransi laktosa atau diare nonspesifik yang kronis, atau sebagai akibat dari penatalaksanaan diare akut yang tidak memadai.

2.1.2.3 Diare intraktabel

Yaitu diare membandel pada bayi yang merupakan sindrom pada bayi dalam usia minggu pertama dan lebih lama dari 2 minggu tanpa ditemukannya mikroorganisme patogen sebagai penyebabnya dan bersifat resisten atau membandel terhadap terapi. Penyebabnya yang paling sering adalah diare infeksius akut yang tidak ditangani secara memadai.

2.1.2.4 Diare kronis nonspesifik

Diare ini juga dikenal dengan istilah kolon iritabel pada anak atau diare toddler, merupakan penyebab diare kronis yang sering dijumpai pada anak-anak yang berusia 6 hingga 54 minggu. Feses pada anak lembek dan sering disertai dengan partikel makanan yang tidak tercerna, dan lamanya diare lebih dari 2 minggu. Anakanak yang menderita diare kronis nonspesifik ini akan tumbuh secara normal dan tidak terdapat gejala malnutrisi, tidak ada darah dalam fesesnya serta tidak tampak infeksi enterik.

2.1.3 Etiologi

Ngastiyah (2014), mengatakan diare dapat disebabkan oleh berbagai infeksi, selain penyebab lain seperti malabsorpsi. Diare sebenarnya merupakan salah satu gejala dari penyakit pada sistem gastrointestinal atau penyakit lain di luar saluran pencernaan. Tetapi sekarang lebih dikenal dengan “penyakit diare”, karena dengan sebutan penyakit diare akan mempercepat tindakan penanggulangannya. Penyakit diare terutama pada bayi perlu mendapatkan tindakan secepatnya karena dapat membawa bencana bisa terlambat. Faktor penyebab diare, antara lain :

2.1.2.1 Faktor Infeksi

1) Infeksi enteral; infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi enteral sebagai berikut :

(1) Infeksi bakteri : *Vibrio*, *E.Coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*, dan sebagainya.

(2) Infeksi virus: *Enterovirus* (*virus ECHO*, *Coxsackie*, *Poliomyelitis*) *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Astrovirus*, dan lainlain.

- (3) Infeksi parasit: cacing (*Ascaris*, *Trichuris*, *Oxyuris*, *Strongyloides*); protozoa (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas hominis*); jamur (*Candida albicans*)
- 2) Infeksi parenteral ialah infeksi di luar alat pencernaan makanan seperti: otitis media akut (OMA) , tonsilitis/ tonsilofaringitis, bronkopneumonia, ensefalitis, dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun.

2.1.2.2 Faktor Malabsorbs

- 1) Malabsorbsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltosa dan sukrosa); monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering (intoleransi laktosa).
- 2) Malabsorbsi lemak.
- 3) Malabsorbsi protein.

2.1.2.3 Faktor Makanan

Diare dapat terjadi karena mengkonsumsi makanan basi, beracun dan alergi terhadap jenis makanan tertentu.

2.1.2.4 Faktor Psikologis

Diare dapat terjadi karena faktor psikologis yaitu rasa takut dan cemas (jarang terjadi tetapi dapat ditemukan pada anak yang lebih besar).

Selain kuman, ada beberapa perilaku yang dapat meningkatkan resikoterjadinya diare, yaitu :

- 1) Tidak memberikan ASI secara penuh untuk 4-6 bulan pertama dari kehidupan.

- 2) Menggunakan botol susu.
- 3) Menyimpan makanan masak pada suhu kamar.
- 4) Air minum tercemar dengan bakteri tinja.
- 5) Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja, atau sebelum menjajajah makanan.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Suriadi (2010) antara lain adalah sebagai berikut: Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, Terdapat tanda dan gejala dehidrasi; turgor kulit jelek (elastisitas kulit menurun), ubun ubun dan mata cekung, membran mukosa kering, Keram abdominal, Demam, Mual dan muntah, Anorexia, Lemah, Pucat, Perubahan tanda tanda vital; nadi dan pernafasan cepat , Menurun atau tidak ada pengeluaran urin. Menurut Lestari (2016) Pada anak yang mengalami diare tanpa dehidrasi (kekurangan cairan), tanda-tandanya : Berak cair 1-2 kali sehari, muntah (-), haus (-), nafsu makan tidak berkurang, masih ada keinginan untuk bermain. Pada anak yang mengalami diare dengan dehidrasi ringan/sedang tanda-tandanya : berak cair 4-9 kali sehari, kadang muntah 1-2 kali sehari, suhu tubuh kadang meningkat, haus, tidak ada nafsu makan, badan lesu lemas. Sedangkan pada anak yang mengalami dehidrasi berat tanda-tandanya : berak cair terus menerus, muntah terus menerus, haus, mata cekung, bibir kering dan biru, tangan dan kaki dingin, sangat lemah, tidak ada nafsu makan, tidak ada keinginan untuk bermain, tidak BAK selama 6 jam atau lebih, kadang-kadang dengan kejang dan panas tinggi.

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi dari diare adalah meningkatnya mobilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat dari gangguan absorpsi dan ekskresi cairan dan elektrolit yang berlebihan, cairan sodium, potassium dan akibat bikarbonat berpindah dari rongga ekstraseluler kedalam tinja, sehingga mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit dan dapat terjadi asidosis metabolik. Diare yang terjadi merupakan proses dari transport aktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit kedalam usus halus, sel dalam mukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatnya sekresi cairan dan elektrolit. Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal sehingga mengurangi fungsi permukaan intestinal. Perubahan kapasitas intestinal dan terjadi gangguan absorpsi cairan dan elektrolit (Suriadi, 2010).

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Lestari, 2016) diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik :

2.1.6.1 Pemeriksaan tinja

- 1) Makroskopis dan mikroskopis
- 2) pH dan kadar gula dalam tinja
- 3) Bila perlu dilakukan uji bakteri untuk mengetahui organism penyebabnya, dengan melakukan pembiakan terhadap contoh tinja.

2.1.6.2 Pemeriksaan laboratorium

2.1.6.3 Pemeriksaan darah dilakukan untuk mengetahui kadar elektrolit dan jumlah sel darah putih.

2.1.6.4 Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dengan menentukan pH keseimbangan analisa gas darah atau astrup.

2.1.6.5 Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.

2.1.6.6 Pemeriksaan elektrolit intubasi duodenum untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Lestari(2016) penatalaksanaan diare pada anak meliputi :

2.1.7.1 Pada anak yang mengalami diare tanpa dehidrasi (kekurangan cairan).

Tindakan :

- 1) Untuk mencegah dehidrasi, beri anak minum lebih banyak dari biasanya
- 2) ASI (Air Susu Ibu) diteruskan makanan diberikan seperti biasanya
- 3) Bila keadaan anak bertambah berat, segera bawa ke Puskesmas terdekat

2.1.7.2 Pada anak yang mengalami diare dengan dehidrasi ringan/sedang. Tindakan :

- 1) Berikan oralit
- 2) ASI (Air Susu Ibu) diteruskan
- 3) Teruskan pemberian makanan
- 4) Sebaiknya yang lunak, mudah dicerna dan tidak merangsang
- 5) Bila tidak ada perubahan segera bawa kembali ke Puskesmas terdekat

2.1.7.3 Pada anak yang mengalami diare dengan dehidrasi berat. Tindakan :

- 1) Segera bawa ke Rumah Sakit / Puskesmas dengan fasilitas perawatan
- 2) Oralit dan ASI diteruskan masih bisa minum

2.1.7.4 Takaran pemberian oralit

- 1) Di bawah 1 tahun : 3 jam pertama 1,5 gelas selanjutnya 0,5 gelas setiap kali mencret
- 2) Di bawah 5 tahun (anak balita) : 3 jam pertama 3 gelas, selanjutnya 1 gelas setiap kali mencret
- 3) Anak diatas 5 tahun : 3 jam pertama 6 gelas, selanjutnya 1,5 gelas setiap kali mencret
- 4) Anak diatas 12 tahun dan dewasa : 3 jam pertama 12 gelas, selanjutnya 2 gelas setiap kali mencret (1 gelas:200 cc)

2.1.7.5 Dasar pengobatan diare

- 1) Pemberian cairan, jenis cairan, cara memberikan cairan, jumlah pemberiannya.

(1) Cairan per oral

Pada klien dengan dehidrasi ringan dan sedang diberikan peroral berupa cairan yang bersifat NaCl dan NaHCO₃ dan glukosa. Untuk diare akut dan kolera pada anak diatas 6 bulan kadar Natrium 90mEq/l. pada anak dibawah umur 6 bulan dengan dehidrasi ringan-sedang kadar natrium 50-60mEq/l. formula lengkap disebut oralit, sedangkan larutan gula garam dan tajin disebut formula yang tidak lengkap karena banyak mengandung NaCl dan sukrosa.

(2) Cairan parenteral

Diberikan pada klien yang mengalami dehidrasi berat, dengan rincian sebagai berikut :

- ((1) Untuk anak umur 1 bulan – 2 tahun berat badan 3 – 10 kg, 1 jam pertama :
 $40 \text{ ml/kgBB/menit} = 3 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (set infus berukuran 1 ml=15 tetes) atau $13 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (set infus ml=20 tetes). 7 jam berikutnya :
 $12 \text{ ml/kgBB/menit} = 3 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (set infus berukuran 1 ml= 15 tetes) atau $4 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (set infus ml=20 tetes). 16 jam berikutnya :
 $125 \text{ ml/kgBB/oralit}$
- ((2) Untuk anak lebih dari 2 - 5 tahun dengan berat badan 10 - 15 kg, 1 jam pertama : 30 ml/kgBB/jam atau $8 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (1 ml=15 tetes) atau $10 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (1 ml=20 tetes).
- ((3) Untuk anak lebih dari 5 tahun – 10 tahun dengan berat badan 15 – 25 kg,
 1 jam pertama : 20 ml/kgBB/jam atau $5 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (1 ml=15 tetes) atau $7 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (1 ml=20 tetes). 7 jam berikutnya : 10 ml/kgBB/jam atau $2,5 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (1 ml= 15 tetes) atau $3 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (1 ml=20 tetes). 16 jam berikutnya : 105 ml/kgBB oralit per oral.
- ((4) Untuk bayi baru lahir dengan berat badan 2-3 kg kebutuhan cairan: $125 \text{ ml} + 100 \text{ ml} + 25 \text{ ml} = 250 \text{ ml/kgBB/24 jam}$, jenis cairan 4:1 (4 bagian glukosa 5% + 1 bagian NaHCO_3 1½ %). Kecepatan : 4 jam pertama : 25 ml/kgBB/jam atau $6 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (1 ml = 15 tetes) $8 \text{ tetes/kgBB/menit}$ (1 ml = 20 tetes).
- ((5) Untuk bayi berat badan lebih rendah : kebutuhan cairan: $250 \text{ ml/kgBB/24 jam}$, jenis cairan 4:1 (4 bagian glukosa 10% + 1 bagian NaHCO_3 1½ %).

2) Pengobatan dietetik (makanan)

Untuk anak-anak dibawah 1 tahun dan anak diatas 1 tahun dengan berat badan kurang 7 kg jenis, makanannya adalah :

- ((1)Susu (ASI, susu formula yang mengandung laktosa rendah dan lemak tidak jenuh).
- ((2)Makanan setengan padat (bubur) atau makanan padat (nasi tim) bila anak tidak mau minum susu.
- ((3)Susu khusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan misalnya susu yang tidak mengandung laktosa dan asam lemak yang berantai sedang atau tak jenuh.

3) Obat-obatan

Prinsip pengobatan menggantikan cairan yang hilang melalui tinja tanpa muntah dengan cairan yang mengandung elektrolit dan glukosa atau karbohidrat lain (gula, air tajin, tepung beras, dll)

2.1.8 Komplikasi

Menurut Suharyono dalam Nursalam (2008), komplikasi yang dapat terjadi dari diare akut maupun kronis, yaitu:

2.1.8.1 Kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi)

Kondisi ini dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik), karena:

- (1) Kehilangan narium bicarbonat bersama tinja.
- (2) Adanya ketosis kelaparan dan metabolisme lemak yang tidak sempurna, sehingga benda keton tertimbun dalam tubuh.

- (3) Terjadi penimbunan asam laktat karena adanya anoksia jaringan.
- (4) Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (terjadi oliguri dan anuria). Pemindahan ion natrium dan cairan ekstraseluler ke dalam cairan intraseluler.

Secara klinis, bila pH turun oleh karena akumulasi beberapa asam nonvolatil, maka akan terjadi hiperventilasi yang akan menurunkan pCO₂ menyebabkan pernafasan bersifat cepat, teratur, dan dalam (pernapasan kusmaul) (Suharyono, 2008).

1) Hipoglikemia

Hypoglikemia terjadi pada 2-3% dari anak-anak yang menderita diare dan lebih sering terjadi pada anak yang sebelumnya sudah menderita kekurangan kalori protein (KKP), karena :

- (1) Penyimpanan persediaan glycogen dalam hati terganggu.
- (2) Adanya gangguan absorpsi glukosa (walaupun jarang terjadi).

Gejala hypoglikemia akan muncul jika kadar glukosa darah menurun sampai 40% pada bayi dan 50% pada anak-anak. Hal tersebut dapat berupa lemas, apatis, peka rangsang, tremor, berkeringat, pucat, syok, kejang sampai koma.

2) Gangguan gizi

Sewaktu anak menderita diare, sering terjadi gangguan gizi sehingga terjadi penurunan berat badan. Hal ini disebabkan karena:

- (1) Makanan sering dihentikan oleh orang tua karena takut diare atau muntahnya akan bertambah hebat, sehingga orang tua hanya sering memberikan air teh saja.

(2) Walaupun susu diteruskan, sering diberikan dengan pengenceran dalam waktu yang terlalu lama.

(3) Makanan diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik karena adanya hiperperistaltik.

3) Gangguan sirkulasi

Sebagai akibat diare dengan atau tanpa disertai muntah, maka dapat terjadi gangguan sirkulasi darah berupa renjatan atau syok hipovolemik. Akibat perfusi jaringan berkurang dan terjadinya hipoksia, asidosis bertambah berat sehingga dapat mengakibatkan perdarahan di dalam otak, kesadaran menurun, dan bila tidak segera ditolong maka penderita dapat meninggal.

4) Hiponatremia

Anak dengan diare yang hanya minum air putih atau cairan yang hanya mengandung sedikit garam, dapat terjadi hiponatremi ($\text{Na} < 130 \text{ mol/L}$). Hiponatremi sering terjadi pada anak dengan *Shigellosis* dan pada anak malnutrisi berat dengan oedema. Oralit aman dan efektif untuk terapi dari hampir semua anak dengan hiponatremi. Bila tidak berhasil, koreksi Na dilakukan bersamaan dengan koreksi cairan rehidrasi yaitu: memakai Ringer Laktat atau Normal Saline (Juffrie, 2010).

2.2 Konsep Anak

2.2.1 Konsep Pertumbuhan dan perkembangan

2.2.1.1 Definisi pertumbuhan dan perkembangan

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar , jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu,

yang bisa diukur dengan berat (gram,kg), ukuran panjang(cm) umur tulang, dan keseimbangan metabolis(retensi kalsium dan nitrogen tubuh).

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat di ramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Tahap ini menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa, sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Cakupan tahap ini termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil dari interaksi terhadap lingkungan.(Soetjiningsih, 2005)

2.2.1.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan

1) Faktor genetik

Faktor genetik merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Melalui instruksi genetik yang terkandung dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Ditandai dengan intensitas dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang.

2) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan. Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan “bio-

fisiko-psiko-sosial” yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya. (Soetjiningsih, 2005).

2.2.2 Tahap-tahap tumbuh kembang anak (Donna L Wong, 2005)

2.2.2.1 Pre natal

- 1) Geminal : konsepsi – 8 minggu
- 2) Embrio : 2-8 minggu
- 3) Fetal : 8 – 40 minggu

2.2.2.2 Bayi

- 1) Neonatus : lahir – 1 bulan
- 2) Bayi : 1 bulan -12 bulan

2.2.2.3 Anak-anak awal

- 1) Toddler : 1 - 3 th
- 2) Pra sekolah : 3 - 6 th

2.2.2.4 Anak-anak tengah/sekolah : 6 -12 th

2.2.2.5 Anak-anak akhir:

- 1) Pra pubertas : 10 -13 th
- 2) Remaja : 13 – 19 th

2.2.3 Tahap perkembangan Anak

Tabel 2.1 Perkembangan anak usia 13-24 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
1. Berjalan sendiri 2. Berjalan	1. Menggunakan benda 2. Memasukkan	1. Memberikan reaksi yang tepat	1. Mengucapkan kata yang mempunyai	1. Bisa memakai sendok,tapi

<p>mundur</p> <p>3. Mengambil alat permainan dari lantai tanpa jatuh</p> <p>4. Menarik dan mendorong alat permainan</p> <p>5. Duduk sendiri, mengerti penghargaan/pujian</p> <p>6. Naik dan turun tangga dengan pertolongan</p> <p>7. Bergoyang-goyang mengikuti irama musik</p>	<p>benda kedalam lubang</p> <p>3. Membuka-buka lembaran</p> <p>4. Mencoret-coret</p> <p>5. Menarik, memutar, mendorong benda-benda</p> <p>6. Melempar-lempar</p> <p>7. Menggambar dengan gerakan tangan yang menyeluruh, menggeser tangan, membuat garis besar</p>	<p>kalau ditanya “dimana”</p> <p>2. Mengerti arti kata “di, didalam, dibawah”</p> <p>3. Menjalankan perintah untuk membawa benda yang sudah dikenalnya dari ruangan lain</p> <p>4. Mengerti kalimat sederhana yang terdiri dari paling banyak dua kata saja</p> <p>5. Mengerti dua perintah sederhana yang saling berhubungan</p>	<p>arti.</p> <p>2. Menggunakan perkataan yang disukai gerakan untuk meminta sesuatu.</p> <p>3. Mengucapkan kata-kata tunggal secara beruntun untuk menceritakan suatu kejadian.</p> <p>4. Menyebutkan diri sendiri namanya.</p> <p>5. Dapat mengatakan hak milik/kepunyaannya untuk menunjuk pada benda-benda miliknya. Menambah perbendaharaan kata (sebanyak lebih kurang 50 kata).</p>	<p>masih tumpah.</p> <p>2. Minum dari cangkir dipegang dengan satu tangan tanpa dibantu.</p> <p>3. Membuka sepatu, kaos kaki, celana, baju kaos.</p> <p>4. Membuka tutup baju seleret (retsl uiting) yang besar.</p> <p>5. Bisa mengatakan kalau ingin kebelakang (buang air)</p>
--	--	---	---	---

Tabel 2.2 Perkembangan anak usia 25-36 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lari tanpa jatuh. 2. Lompat ditempat kedua kaki jatuh bersamaan. 3. Berdiri pada satu kaki. 4. Berjingkat diatas jari-jari kaki. 5. Menendang bola. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur/memakai benda-benda. 2. Membalik halaman buku satu persatu. 3. Memegang alat tulis gambar. 4. Menggunakan satu tangan secara tetap, dalam hampir semua kegiatan. 5. Meniru garis (lingkaran, lurus dan berdiri/tegak lurus). 6. Melukis bentuk-bentuk. 7. Meremas-remas, menggulung tanah liat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjuk gambar dari benda yang umum/sudah dikenal, kalau benda tersebut disebutkan. 2. Dapat mengenal benda kalau diberitahu kegunaannya. 3. Mengerti bentuk pertanyaan apa dan dimana. 4. Mengerti kata larangan seperti : tidak, bukan, tidak dapat, jangan. 5. Senang mendengarkan cerita yang sederhana dan minta diceritakan lagi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat kalimat dua kata. 2. Menyebutkan nama. 3. Menggunakan kata tanya apa dan dimana 4. Membuat kalimat sangkal. 5. Menunjukkan kekesalan atau kejengkelan karena tidak mengerti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan sendok tumpah sedikit. 2. Mengambil minuman dari kendi/teko/ceret tanpa dibantu. 3. Membuka pintu dengan memutar pegangan pintu. 4. Membuka baju dengan dibantu. 5. Mencuci dan mengeringkan tangan dengan bantuan. 6. Belajar dilakukan dengan eksplorasi. 7. Mulai mengerti menggunakan benda-benda

Tabel 2.3 Perkembangan anak usia 36-48 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONONG DIRI SENDIRI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lari menghindari hambatan dan tantangan. 2. Berjalan diatas garis. 3. Berdiri diatas satu kaki untuk 5-10 detik. 4. Melonjat diatas satu kaki. 5. Mendorong, menarik, mengemudikan permainan beroda. 6. Mengendarai sepeda roda tiga. 7. Lompat diatas benda setinggi 15cm mendarat dengan kedua kaki bersama. 8. Melempar bola diatas kepala. 9. Menangkap bola yang dilempar kepadanya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat menara dari sembilan balok kecil. 2. Meniru bentuk-bentuk membuat lingkaran. 3. Meniru garis. 4. Membuat silang. 5. Membuat segiempat. 6. Meniru tulisan. 7. Membuat bentuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mulai memahami kalimat-kalimat konsep-konsep waktu. 2. Mengerti perbandingan - perbandingan dalam hal ukuran, membandingkan benda-benda atau dua hal. 3. Memahami konsep sebab akibat. 4. Mengerti dan dapat melaksanakan sampai 4 perintah/petunjuk yang ada kaitannya. 5. Mengerti kalau diberitahukan "ayo pura-pura" 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bicara dalam kalimat-kalimat yang terdiri dari 3. 2. Anak dapat mencari terakan pengalaman masa yang lalu. 3. Menyebut diri dengan memakai kata "saya, aku". 4. Berbicara dengan ucapan yang dapat dimengerti orang lain (yang masih asing). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat menuang air dengan baik (tanpa tumpah) dari tempat air (teko/ceret) tutup kecil. 2. Memasangi dan membuka kancing besar. 3. Mencuci tangan dibantu. 4. Membuang ingus kalau diingatkan.

Tabel 2.4 Perkembangan anak usia 49-60 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Berjalan mundur dengan tumit berjingkat (jinjit). 2. Lompat kedepan 10kali tanpa terjatuh. 3. Naik turun tangga dengan kaki berganti-ganti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggantung kertas dengan mengikuti garis tanpa terputus. 2. Menggambar garis silang. 3. Menggambar segiempat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat mengikuti 3 perintah tidak berhubungan, dalam urutan yang tepat. 2. Mengerti perbandingan sesuatu sifat dari benda/orang secara bertingkat (3 tingkatan ini: ialah biasa, lebih, paling). 3. Mendengarkan cerita yang panjang. 4. Menggabungkan perintah lisan kedalam kegiatan bermain. 5. Menceritakan isi cerita, walau mungkin masih campur aduk faktanya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanya dengan pertanyaan : -kapan -bagaimana -mengapa 2. Menggunakan kata : -dapat -akan 3. Menggabungkan kalimat. 4. Berbicara tentang hubungan sebab akibat dengan menggunakan karena dan jadi. 5. Menceritakan isi cerita, walau mungkin masih campur aduk faktanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memotong makanan dengan pisau. 2. Mengikat tali sepatu.

Tabel 2.5 perkembangan anak usia 61-72 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
1. Berjalan ringan diatas ujung jari kaki (jinjit). 2. Jalan diatas papan keseimbangan 3. Dapat meloncat sampai 20cm. 4. Main lompat tali dengan kaki berganti-ganti	1. Menggantung bentuk-bentuk sederhana 2. Meniru membuat segi tiga, bentuk simetris. 3. Membuat bentuk wajik, segi tiga, segi empat. 4. Menulis angka. 5. Memberi warna (berbagai bentuk gambar).	1. Menunjukkan berbagai bentuk ketrampilan dan kemauan dibidang pra akademik seperti T.K.	1. Dalam tata bahasa sudah mendekati penggunaan tata bahasa orang dewasa. 2. Dapat menanti gilirannya yang tepat dalam pembicaraan. 3. Memberi dan menerima keterangan	1. Dapat berpakaian sendiri secara lengkap. 2. Menyikat gigi tanpa dibantu. 3. Menyeban jalan dengan selamat

2.2.4 Ciri-Ciri Tumbuh Kembang Anak

Tumbuh kembang anak yang sudah dimulai sejak konsepsi sampai dewasa itu mempunyai ciri-ciri tersendiri, yaitu :

2.2.4.1 Tumbuh kembang adalah proses yang kontinu sejak dari konsepsi sampai maturitas/dewasa, yang dipengaruhi oleh faktor bawaan dan lingkungan.

2.2.4.2 Terdapat masa percepatan dan masa perlambatan, serta laju tumbuh kembang yang berlainan organ-organ.

2.2.4.3 Pola perkembangan anak adalah sama pada semua anak, tetapi kecepatannya berbeda antara anak satu dengan lainnya.

2.2.4.4 Perkembangan erat hubungannya dengan maturasi sistem susunan saraf.

2.2.4.5 Aktifitas seluruh tubuh diganti respon individu yang khas.

2.2.4.6 Arah perkembangan anak adalah sefalokaudal.

2.2.4.7 Refleks primitif seperti refleks memegang dan berjalan akan menghilang sebelum gerakan volunter tercapai.

(Soetjiningsih, 2005)

2.2.5 Kebutuhan Dasar tumbuh kembang anak

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang anak, secara umum di golongan menjadi tiga kebutuhan dasar sebagai berikut: (soetjiningsih, 2005).

2.2.5.1 Kebutuhan fisik – biomedis (ASUH)

- 1) Pangan / gizi
- 2) Perawatan kesehatan dasar
- 3) Papan/ tempat tinggal yang layak
- 4) Kebersihan perseorangan
- 5) Sanitasi lingkungan
- 6) Sandang / pakaian
- 7) Kebugaran jasmani/ rekreasi

2.2.5.2 Kebutuhan emosi/kasih sayang (ASIH)

Hubungan yang penuh kasih sayang, erat, mesra, dan selaras antara kedua orangtua/ pengasuh dan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang optimal, baik fisik, mental maupun psikososial. Peran dan kehadiran orang tua / pengasuh sedini mungkin akan menjalin rasa aman bagi anak. Peran ayah dalam memberikan kasih sayang dan menjaga keharmonisan keluarga juga merupakan media yang bagus untuk tumbuh kembang anak.

2.2.5.3 Kebutuhan akan stimulasi mental (ASAH)

Stimulus mental merupakan cikal bakal untuk proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak. Stimulasi mental (ASAH) ini merangsang perkembangan mental psikososial : kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral – etika, produktivitas dan sebagainya.

2.2.6 Perkembangan sosial anak , (Nursalam, 2006)

2.2.6.1 Paska lahir

Anak lebih suka ditinggal tanpa diganggu. Merasa senang waktu berkontak erat dengan tubuh ibu. Menangis keras apabila merasa tidak enak, tetapi bila didekap erat atau diayun dengan lembut anak akan berhenti menangis.

2.2.6.2 Usia 1 bulan sampai 3 bulan

Merasakan kehadiran ibu dan memandang ke arahnya bila ibu mendekat. Terus menerus mengamati setiap gerakan orang yang berada didekatnya. Berhenti menangis bila diajak bermain atau bicara oleh siapa saja yang bersikap ramah.

2.2.6.3 Usia 6 bulan

Penuh minat terhadap segala sesuatu yang sedang terjadi disekitarnya. Jika akan diangkat, anak akan mengulurkan kedua tangannya. Tertawa kecil bila diajak bermain, walaupun biasanya bersahabat tetapi tidak langsung menyambut dan memberi respon terhadap orang yang tidak dikenalnya.

2.2.6.4 Usia 9 bulan sampai 12 bulan

Pada tahap ini anak sudah mengerti kata tidak, melambaikan tangan, bertepuk tangan atau menggoyangkan tangan mengikuti nyanyian. Bermain dengan orang dewasa yang dikenal dan memperhatikan serta meniru tindakan orang dewasa. Mulai memahami dan mematuhi perintah yang sederhana.

2.2.6.5 Usia 18 bulan sampai 21 bulan

Ketergantungan terhadap orang lain dalam hal bantuan, perhatian dan kasih sayang. Mengerti sebagian apa yang dikatakan kepada dirinya dan mengulangi kata yang diucapkan orang dewasa dan banyak bercakap-cakap. Usia 3 tahun sampai 5 tahun anak sudah dapat berbicara bebas pada diri sendiri, orang lain, bahkan dengan mainannya, mampu berbicara lancar, dan bermain dengan kelompok. Anak kadang merasa puas bila bermain sendiri

untuk waktu yang lama dan mulai menyenangi kisah seseorang/tokoh dalam film.

2.2.6.6 Usia 5 tahun sampai 6 tahun

Anak dapat bergaul dengan semua teman, merasa puas dengan prestasi yang dicapai, tenggang rasa terhadap keadaan orang lain, dan dapat mengendalikan emosi.

2.2.7 Perkembangan psikoseksual anak (Harlimsyah, 2007) :

2.2.7.1 Fase oral/mulut (0-18 bulan)

Bayi merasa bahwa mulut adalah tempat pemuasan (*oral gratification*). Rasa lapar dan haus terpenuhi dengan menghisap puting susu ibunya. Kebutuhan-kebutuhan, persepsi-persepsi dan cara ekspresi bayi secara primer dipusatkan di mulut, bibir, lidah dan organ lain yang berhubungan dengan daerah mulut. Pada fase oral ini, peran Ibu penting untuk memberikan kasih sayang dengan memenuhi kebutuhan bayi secepatnya. Jika semua kebutuhannya terpenuhi, bayi akan merasa aman, percaya pada dunia luar.

2.2.7.2 Fase Anal (1,5 - 3 tahun)

Pada fase ini kepuasan dan kenikmatan anak terletak pada anus. Kenikmatan didapatkan pada waktu menahan berak. Kenikmatan lenyap setelah berak selesai. Jika kenikmatan yang sebenarnya diperoleh anak dalam fase ini ternyata diganggu oleh orangtuanya dengan mengatakan bahwa hasil produksinya kotor, jijik dan sebagainya, bahkan jika disertai dengan kemarahan atau bahkan ancaman yang dapat menimbulkan

kecemasan, maka hal ini dapat mengganggu perkembangan kepribadian anak. Oleh karena itu sikap orangtua yang benar yaitu mengusahakan agar anak merasa bahwa alat kelamin dan anus serta kotoran yang dikeluarkannya adalah sesuatu yang biasa (wajar) dan bukan sesuatu yang menjijikkan.

2.2.7.3 Fase Uretral(3-5 tahun)

Pada fase ini merupakan perpindahan dari fase anal ke fase phallus. Erotik uretral mengacu pada kenikmatan dalam pengeluaran dan penahanan air seni seperti pada fase anal. Jika fase uretral tidak dapat diselesaikan dengan baik, anak akan mengembangkan sifat uretral yang menonjol yaitu persaingan dan ambisi sebagai akibat timbulnya rasa malu karena kehilangan kontrol terhadap uretra. Jika fase ini dapat diselesaikan dengan baik, maka anak akan mengembangkan persaingan sehat, yang menimbulkan rasa bangga akan kemampuan diri. Anak laki-laki meniru dan membandingkan dengan ayahnya.

2.2.7.4 Fase Phallus (5-11 tahun)

Pada fase ini anak mulai mengerti bahwa kelaminnya berbeda dengan kakak, adik atau temannya. Anak mulai merasakan bahwa kelaminnya merupakan tempat yang memberikan kenikmatan ketika ia mempermainkan bagian tersebut. Tetapi orangtua sering marah bahkan mengeluarkan ancaman bila melihat anaknya memegang atau mempermainkan kelaminnya.

2.2.7.5 Fase genital (11/13 tahun-18 tahun)

Pada fase ini, proses perkembangan psikoseksual mencapai "titik akhir". Organ-organ seksual mulai aktif sejalan dengan mulai berfungsinya hormon-hormon seksual, sehingga pada saat ini terjadi perubahan fisik dan psikis. Secara fisik, perubahan yang paling nyata adalah pertumbuhan tulang dan perkembangan organ seks serta tanda-tanda seks sekunder. Remaja putri mencapai kecepatan pertumbuhan maksimal pada usia sekitar 12- 13 tahun, sedangkan remaja putra sekitar 14-15 tahun (Harlimsyah, 2007).

2.2.8 Perkembangan psikososial anak, menurut (Riendravi, 2013)

2.2.8.1 Tahap I : 0-1 tahun (*Trust versus Mistrust*)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat mempercayai dan mengembangkan asa (*hope*). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu meyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya.

2.2.8.2 Tahap II : 1-3 tahun (*Autonomy versus Shame and Doubt*)

Dalam tahap ini, anak akan belajar bahwa dirinya memiliki kontrol atas tubuhnya. Orang tua seharusnya menuntun anaknya, mengajarkannya untuk mengontrol keinginan atau impuls-impulsnya, namun tidak dengan perlakuan yang kasar. Mereka melatih kehendak mereka, tepatnya otonomi. Harapan idealnya, anak bisa belajar menyesuaikan diri dengan aturan –

aturan sosial tanpa banyak kehilangan pemahaman awal mereka mengenai otonomi, inilah resolusi yang diharapkan.

2.2.8.3 Tahap III : 3-6 tahun (*Initiative versus Guilt*)

Pada periode inilah anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Resolusi yang tidak berhasil dari tahapan ini akan membuat sang anak takut mengambil inisiatif atau membuat keputusan karena takut berbuat salah. Anak memiliki rasa percaya diri yang rendah dan tidak mau mengembangkan harapan-harapan ketika ia dewasa. Bila anak berhasil melewati masa ini dengan baik, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya.

2.2.8.4 Tahap IV: 6-12 tahun (*Industry versus Inferiorit*)

Pada saat ini, anak-anak belajar untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan dari menyelesaikan tugas khususnya tugas-tugas akademik. Penyelesaian yang sukses pada tahapan ini akan menciptakan anak yang dapat memecahkan masalah dan bangga akan prestasi yang diperoleh. Ketrampilan ego yang diperoleh adalah kompetensi. Disisi lain, anak yang tidak mampu untuk menemukan solusi positif dan tidak mampu mencapai apa yang diraih teman-teman sebaya akan merasa *inferior*.

2.2.8.5 Tahap V : 12-18 tahun (*Identity versus Role Confusion*)

Pada tahap ini, terjadi perubahan pada fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa sehingga tampak adanya kontraindikasi bahwa di lain pihak ia dianggap dewasa tetapi di sisi lain ia dianggap belum dewasa. Tahap ini anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan.

Peran orang tua sebagai sumber perlindungan dan nilai utama mulai menurun. Adapun peran kelompok atau teman sebaya tinggi.

2.2.8.6 Tahap VI : masa dewasa muda (*Intimacy versus Isolation*)

Dalam tahap ini, orang dewasa muda mempelajari cara berinteraksi dengan orang lain secara lebih mendalam. Ketidakmampuan untuk membentuk ikatan social yang kuat akan menciptakan rasa kesepian. Bila individu berhasil mengatasi krisis ini, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah cinta.

2.2.8.7 Tahap VII : masa dewasa menengah (*Generativity versus Stagnation*)

Pada tahap ini, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan dari apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan generasi penerus di masa depan. Ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generatif akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosankan. Bila individu berhasil mengatasi krisis pada masa ini maka ketrampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.

2.2.8.8 Tahap VIII : masa dewasa akhir (*Ego Integrity versus Despair*)

Pada tahap usia lanjut ini, mereka juga dapat mengingat kembali masa lalu dan melihat makna, ketentraman dan integritas. Refleksi ke masa lalu itu terasa menyenangkan dan pencarian saat ini adalah untuk mengintegrasikan tujuan hidup yang telah dikejar selama bertahun-tahun. Kegagalan dalam melewati tahapan ini akan menyebabkan munculnya rasa putus asa (Riendravi, 2013).

2.2.9 Perkembangan moral anak

2.2.9.1 Usia 3 tahun

Tingkah lakunya semata-mata dikuasai oleh dorongan yang didasari dengan kecenderungan bahwa apa yang menyenangkan akan diulang, sedangkan yang tidak enak tidak akan diulang dalam tingkah lakunya. Anak pada masa ini masih sangat muda secara intelek, untuk menyadari dan mengartikan bahwa sesuatu tingkah laku adalah tidak baik, kecuali bilamana hal itu menimbulkan perasaan sakit.

2.2.9.2 Usia 3-6 tahun

Anak memperlihatkan sesuatu perbuatan yang baik tanpa mengetahui mengapa ia harus berbuat demikian. Ia melakukan hal ini untuk menghindari hukuman yang mungkin akan dialami dari lingkungan sosial atau memperoleh pujian. Pada usia 5 atau 6 tahun anak sudah harus patuh terhadap tuntutan atau aturan orang tua dan lingkungan sosialnya. Ucapan-ucapan orang lain seperti; baik, tidak boleh, nakal, akan disosialisasikan anak dengan konsep benar atau salah.

2.2.9.3 Perkembangan moralitas pada anak usia 6 tahun sampai remaja

Pada masa ini anak laki-laki maupun perempuan belajar untuk bertingkah laku sesuai dengan apa yang diharapkan oleh kelompoknya. Dengan demikian nilai-nilai atau kaidah-kaidah moral untuk sebagian besar lebih banyak ditentukan oleh norma-norma yang terdapat didalam lingkungan kelompoknya. Pada usia 10 sampai 12 tahun anak dapat

mengetahui dengan baik alasan-alasan atau prinsip-prinsip yang mendasari suatu aturan. Kemampuannya telah cukup berkembang untuk dapat membedakan macam-macam nilai moral serta dapat menghubungkan konsep-konsep moralitas mengenai: kejujuran, hak milik, keadilan dan kehormatan (Setiawan, 2009).

2.2.10 Perkembangan kognitif anak

Perkembangan kognitif atau proses berpikir adalah proses menerima, mengelola, sampai memahami info yang diterima. Aspeknya antara lain intelegensi, kemampuan memecahkan masalah serta kemampuan berfikir logis (Harlimsyah, 2007).

2.2.10.1 Periode Sensori motor (0-2,0 tahun)

Pada periode ini tingkah laku anak bersifat motorik dan anak menggunakan system penginderaan untuk mengenal lingkungannya untuk mengenal obyek.

2.2.10.2 Periode Pra operasional (2,0-7,0 tahun)

Pada periode ini anak bisa melakukan sesuatu sebagai hasil meniru atau mengamati sesuatu model tingkah laku dan mampu melakukan simbolisasi.

2.2.10.3 Periode konkret (7,0-11,0 tahun)

Pada periode ini anak sudah mampu menggunakan operasi. Pemikiran anak tidak lagi didominasi oleh persepsi, sebab anak mampu memecahkan masalah secara logis.

2.3 Konsep Hospitalisasi

2.3.1 Pengertian

Suatu proses karena suatu alasan darurat atau berencana mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangan kembali kerumah. Selama proses tersebut bukan saja anak tetapi orang tua juga mengalami kebiasaan yang asing, lingkungannya yang asing, orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi akan menunjukkan rasa cemas. Rasa cemas pada orang tua akan membuat stress anak meningkat. Dengan demikian asuhan keperawatan tidak hanya terfokus pada anak tetapi juga pada orang tuanya(Dachin, 2006).

2.3.2 Stressor umum pada hospitalisasi

2.3.2.1 Cemas akibat perpisahan

Selama fase protes, anak-anak beraksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orang tua. Mereka menangis dan berteriak memanggil orang tua mereka, menolak perhatian dari orang lain dan kedudukan mereka tidak dapat ditenangkan. Selama fase putus asa, tangisan berhenti dan muncul depresi. Anak tersebut menjadi kurang begitu aktif tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain.

Tahap ketiga adalah pelepasan (penyangkalan) secara supervisual tanpa bahwa anak akhirnya menyesuaikan diri terhadap kehilangan. Perilaku ini merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan merupakan tanda-tanda kesenangan. Anak memisahkan diri dari orang tua dan mengatasinya dengan membentuk hubungan yang dangkal dengan orang lain. Menjadi makin

berpusat pada diri sendiri dan semakin berhubungan dengan objek materi (Wong DL, 2009).

2.3.2.2 Kehilangan Kendali

- 1) Bayi : bayi berusaha mengendalikan lingkungannya dengan ungkapan emosional, seperti menangis atau tersenyum.
- 2) Todler : pengalaman hospitalisasi atau sakit sangat harapan dan prediksi mereka, karena secara praktis lingkungan rumah sakit sangat berbeda dengan yang ada dirumah. Misalnya, mereka menolak diberi makan yang berbeda dengan makanan yang biasanya dimakan dirumah.
- 3) Anak pra sekolah : mereka memahami berbagai peristiwa dari berbagai sudut pandang mereka sendiri. Misalnya, jika konsep anak pra sekolah tentang perawat adalah mereka yang menyebabkan nyeri, maka akan berfikir bahwa setiap perawat juga akan menyebabkan nyeri.
- 4) Anak usia sekolah : anak usia sekolah biasanya rentang terhadap kejadian yang dapat mengurangi rasa kendali dan kekuatan mereka berusaha keras memperoleh kemandirian dan produktivitas.
- 5) Remaja : remaja dapat merasa terancam dengan orang lain yang menghubungkan fakta-fakta dengan cara merendahkan diri. Remaja ingin mengetahui apakah orang lain dapat berhubungan setingkat dengannya atau tidak (Wong DL, 2009).

2.3.2.3 Karakteristik Perkembangan Respon Anak terhadap Nyeri

1) Bayi

- (1) Respon tubuh umum, seperti memukul-mukul
- (2) Menangis dengan keras
- (3) Ekspresi nyeri pada wajah

2) Toodler

- (1) Menangis keras, berteriak
- (2) Ekspresi verbal, seperti “aduh”, “auw” atau ‘sakit’
- (3) Memukul-mukul dengan lengan atau kaki
- (4) Berusaha mendorong stimulus menjauh sebelum nyeri terjadi
- (5) Tidak kooperatif

3) Anak usia sekolah

- (1) Terlihat semua perilaku toodler
- (2) Sikap berdalih seperti “tunggu sebentar” atau “saya belum siap”
- (3) Mengepalkan tangan, jari memucat, gigi gemetar, tubuh kaku, mata tertutup, dahi berkerut

4) Remaja

- (1) Protes vical sedikit
- (2) Aktivitas motoric sedikit
- (3) Ekspresi verbal lebih banyak, seperti “sakit” atau “kamu menyakitiku”
- (4) ketegangan otot dan control tubuh meningkat (Wong DL, 2009)

2.3.3 Efek hospitalisasi pada anak

2.3.3.1 Anak kecil

- 1) Kecenderungan untuk berpegang erat dengan orang tua
- 2) Menuntut perhatian orang tua
- 3) Sangat menentang perpisahan
- 4) ketakutan baru (misalnya mimpi buruk)
- 5) Rewel terhadap makanan
- 6) Menarik diri dan malu

2.3.3.2 Anak yang lebih tua

- 1) Dingin secara emosional, dilanjutkan dengan ketergantungan kepada orang tua yang intens dan menuntut
- 2) Marah pada orang tua
- 3) Cemburu dengan orang lain

2.3.3.3 Reaksi Orang Tua terhadap Hospitalisasi

Pada awalnya orang tua bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul secara tiba-tiba dan serius. Setelah realisasi penyakit, orang tua bereaksi dengan marah atau rasa bersalah. Orang tua dapat mempertanyakan kelayakan diri mereka sendiri sebagai pemberi perawatan terhadap anaknya. Takut, cemas dan frustrasi berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Perasaan frustrasi berkaitan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan pengobatan. Orang tua akhirnya dapat bersaksi dengan beberapa tingkat depresi (Wong DL, 2009).

2.3.4 Konsep Solusi Hospitalisasi

Konsep solusi pada duniakesehatan meliputi tindakan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dan kali ini akan menjelaskan konsep solusi pada penderita gastroenteritis.

Penyakit gastroenteritis dapat dicegah dengan melakukan cuci tangan sebelum makan. Pasokan air yang tidak terkontaminasi dan mudah didapat serta penerapan sanitasi yang baik menjadi hal penting untuk mengurangi tingkat infeksi dan gastroenteritis yang berarti dari segi klinis. Bagi ibu sangat baik untuk melakukan pemberian ASI eksklusif, karena ASI mengurangi frekuensi dan durasi infeksi. Selain itu juga perlu diperhatikan membuat lingkungan hidup yang sehat untuk anak, misalnya buang air besar pada tempatnya, dan mencegah lalat agar tidak menghinggapi makanan. (Wong, 2009)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

2.4.1.1 Pengumpulan data

1) Identitas

Untuk umur pasien pada diare akut, sebagian besar adalah anak dibawah 2 tahun. Insiden paling tinggimumur 6-11 bulan karena pada masa ini mulai diberikan makanan pendamping. Kejadian diare akut pada anak laki-laki hampir sama dengan anak perempuan (Susilaningrum, 2013).

2) Keluhan Utama

Biasanya pasien mengalami buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB < 4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/ sedang), atau BAB >10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung <14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, sementara apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten. (Nursalam, 2008).

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya pasien mengalami:

- (1) Bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, dan kemungkinan timbul diare.
- (2) Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
- (3) Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam.
- (4) Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
- (5) Apabila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak.
- (6) Diuresis: terjadi oliguri (kurang 1 ml/kg/BB/jam) bila terjadi dehidrasi. Urine normal pada diare tanpa dehidrasi. Urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang. Tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat) (Nursalam, 2008).

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

- (1) Kemungkinan anak tidak dapat imunisasi campak Diare lebih sering terjadi pada anak-anak dengan campak atau yang baru menderita campak dalam 4 minggu terakhir, sebagai akibat dari penurunan kekebalan tubuh pada pasien. Selain imunisasi campak, anak juga harus mendapat imunisasi dasar lainnya seperti imunisasi BCG, imunisasi DPT, serta imunisasi polio.
- (2) Adanya riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (antibiotik), makan makanan basi, karena faktor ini merupakan salah satu kemungkinan penyebab diare.
- (3) Riwayat air minum yang tercemar dengan bakteri tinja, menggunakan botol susu, tidak mencuci tangan setelah buang air besar, dan tidak mencuci tangan saat menjamah makanan.
- (4) Riwayat penyakit yang sering terjadi pada anak berusia dibawah 2 tahun biasanya adalah batuk, panas, pilek, dan kejang yang terjadi sebelumnya, selama, atau setelah diare. Informasi ini diperlukan untuk melihat tanda dan gejala infeksi lain yang menyebabkan diare seperti OMA, tonsilitis, faringitis, bronkopneumonia, dan ensefalitis (Nursalam, 2008).

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya anggota keluarga yang menderita diare sebelumnya, yang dapat menular ke anggota keluarga lainnya. Dan juga makanan yang tidak dijamin kebersihannya yang disajikan kepada anak. Riwayat keluarga melakukan perjalanan ke daerah tropis (Nursalam, 2008; Wong, 2008).

6) Riwayat Nutrisi

Riwayat pemberian makanan sebelum mengalami diare, meliputi:

- (1) Pemberian ASI penuh pada anak umur 4-6 bulan sangat mengurangi resiko diare dan infeksi yang serius.
- (2) Pemberian susu formula. Apakah dibuat menggunakan air masak dan diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah menimbulkan gangguan pencemaran.
- (3) Perasaan haus. Anak yang diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa). Pada dehidrasi ringan atau sedang anak merasa haus ingin minum banyak. Sedangkan pada dehidrasi berat, anak malas minum atau tidak bisa minum (Nursalam, 2008).

7) Pemeriksaan fisik

(1) B1 (Respirasi)

Inspeksi : adanya frekuensi pernafasan yang meningkat, irama pernafasan tidak teratur, dan adanya penumpukan sekret.

Palpasi : vokal fermitus sama kanan dan kiri

Perkusi : paru normal

Auskultasi : anak akan mengalami deksnea, pernafasan cepat > 30 x/menit karena asidosis metabolic (kontraksi otot pernafasan).

(2) B2 (Kardiovaskuler)

Palpasi : anak dengan diare kronis akan mengalami nadi cepat dan lemah > 120 x/menit. Hal ini akibat dari manifestasi pola pernafasan, badan terasa

panas tetapi suhu akral dingin karena perfusi jaringan menurun sehingga cardiac output meningkat.

Auskultasi : pada dehidrasi berat dapat terjadi gangguan sirkulasi, bunyi jantung S1, S2 murmur atau bunyi tambahan lainnya.

(3) B3 (Persyarafan)

Pada anak dengan diare, terjadi kemungkinan anak mengalami dehidrasi, yaitu terdapat dua atau lebih dari tanda dan gejala klinis berupa letargi atau penurunan kesadaran, sakit kepala, dan disorientasi.

(4) B4 (Perkemihan)

Pada pasien dengan diare kronis urin produksi oliguria sampai anuria (200-400 ml/ 24 jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit. Jika anak mengalami dehidrasi, urin yang dihasilkan akan berwarna kuning gelap atau kecoklatan.

(5) B5 (Pencernaan)

Secara umum, anak akan mengalami defisit kebutuhan nutrisi dikarenakan mual muntah dan dehidrasi. Defekasi lebih dari 3 kali dalam sehari, feses berbentuk encer, terdapat darah, lendir, lemak serta berbuih/berbusa. Perut terasa sakit saat dilakukan palpasi, dan kembung saat dilakukan perkusi.

Auskultasi : terdengar paristaltik usus meningkat (gurgling) > 5-20 detik dengan durasi 1 detik.

(6) B6 (Muskuluskeletal)

Anak tampak lemah, aktivitas menurun. Pada saat dilakukan palpasi terdapat hipotoni, kulit kering, elastisitas menurun.

(Pritayani, 2013)

(7) B7 (Pengindraan)

Mata : Pada keadaan diare dan mengalami dehidrasi, ditemukan mata cowong dan reflek pupil menurun.

Hidung : Pada klien dengan dehidrasi berat dapat menimbulkan asidosis metabolik sehingga kompensasinya adalah alkalosis respiratorik untuk mengeluarkan CO₂ dan O₂, Nampak adanya pernafasan cuping hidung.

Telinga : Kemungkinan terjadi infeksi telinga (OMA, OPA) berpengaruh pada kemungkinan infeksi parental yang pada akhirnya menyebabkan terjadinya diare

Lidah : Inspeksi pada lidah biasanya ditemukan lidah berwarna putih terutama pada bagian tengah lidah. Hal ini disebabkan karena terjadi penurunan nafsu makan pada anak dehidrasi.

Kulit : Pada anak yang mengalami dehidrasi kulit menjadi kering

(8) B8 (Endokrin)

Pada sisten endokrin tidak ditemukan adanya kelainan.

2.4.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Fungsi analisa data adalah perawat yang menginterpretasi data yang diperoleh dari pasien atau dari sumber lain, sehingga data yang diperoleh memiliki makna dan arti pengambilan keputusan untuk menentukan masalah keperawatan dan kebutuhan klien.

Dalam melakukan analisa data, perawat harus memperhatikan langkah-langkah sebagai berikut:

2.4.2.1 Validasi data kembali, teliti kembali data yang dikumpul

2.4.2.2 Identifikasi kesenjangan data

2.4.2.3 Susun katagori data secara sistematik dan logis

2.4.2.4 Identifikasi kemampuan dan keadaan yang menunjang asuhan keperawatan klien

2.4.2.5 Buat hubungan sebab akibat antara data dengan masalah yang timbul serta penyebabnya

2.4.2.6 Buat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan.

(Young Jabbar,2014)

2.4.3 Diagnosa

2.4.3.1 Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus

2.4.3.2 Defisien volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan

2.4.3.3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebih

2.4.3.4 Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair (Wong L.D.,dkk, 2009).

2.4.3.5 Hambatan pertukaran gas yang berhubungan dengan asidosis metabolic

2.4.3.6 Resiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit berlebihan.

2.4.3.7 Defisiensi pegetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi

2.4.4 Intervensi keperawatan

Tabel 2.6 Intervensi keperawatan Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x24 jam diharapkan dare pada pasien teratasi. Dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Orang tua mampu menjelaskan penyebab diare</p> <p>2) Mempertahankan turgor kulit</p> <p>3) Menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi</p> <p>4) Feses berbentuk, BAB sehari sekali – tiga hari</p>	<p>1) Observasi dan catat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses</p> <p>2) Anjurkan pasien untuk tirah baring</p> <p>3) Anjurkan keluarga untuk tetap memberikan cairan per oral</p> <p>4) Auskultasi bising usus</p> <p>5) Kolaborasi pemberian diet bagi pasien dengan tim gizi</p>	<p>1) Membantu membedakan penyakit individu dan mengkaji beratnya episode</p> <p>2) Istirahat menurunkan motilitas usus juga menurunkan laju metabolisme bila infeksi attau perdarahan sebagai komplikasi</p> <p>3) Makanan kembali secara bertahan cairan mencegah kram dan diare berulang</p> <p>4) Untuk memantau adanya peningkatan atau penurunan bising usus</p> <p>5) Untuk memperbaiki situasi nutrisi</p>

Tabel 2.7 Intervensi keperawatan Defisien volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 2x24 jam pasien memperlihatkan tanda rehidrasi dan mempertahankan hidrasi yang adekuat. Dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Orang tua mampu</p>	<p>1) Jelaskan pada orang tua mengenai dampak yang timbul apabila anak kekurangan cairan</p> <p>2) Observasi tanda-tanda vital (TD, nadi, suhu)</p>	<p>1) Orang tua mampu memahami dampak yang timbul apabila anak kekurangan cairan</p> <p>2) Hipotensi (termasuk postural), takikardi, demam dapat menunjukkan respon</p>

menjelaskan kembali tentang dampak dehidrasi		terhadap efek kehilangan cairan
2) Mempertahankan urin output sesuai dengan usia dan berat badan, BJ urin dan HT normal	3) Observasi kulit kering berlebihan dan membrane mukosa, penurunan turgor kulit, pengisian kapiler terlambat	3) Menunjukkan kehilangan cairan berlebihan/dehidrasi (Doenges dkk, 2000)
3) Tanda-tanda vital dalam batas normal, suhu: 36,6°C-37,2°C, nadi: (bayi : 120-130 x/menit, anak: 80-90x/menit), RR: (bayi : 30-40x/menit, anak: 20-30x/menit)	4) Instruksikan untuk menghindari konsumsi cairan jernih seperti jus buah, minuman ringan bersoda, dan gelatin	4) Cairan tersebut mengandung hidrat arang dengan kadar elektrolit yang rendah dan osmolalitas yang tinggi (Wong L.D., dkk, 2009)
4) Tidak terdapat tanda-tanda dehidrasi seperti turgor kulit elastic, mukosa bibir lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan (Nurarif dan Kusuma, 2015)	5) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat	5) Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan
5) Frekuensi BAB normal 1-2x/hari, konsistensi lembek warna kuning	6) Hitung balance cairan untuk anak	6) Untuk mengetahui pengeluaran cairan
6) Balance cairan seimbang (Ruben, 2012)	7) Kolaborasi pemberian cairan infus sesuai program untuk mengatasi dehidrasi dan vomitus yang berat	7) Untuk mengganti cairan yang hilang lewat feses (Nurarif dan Kusuma, 2015)

1) Cara menghitung IWL (30 – usia anak dalam tahun) x cc/kgBB/hari

(1) IWL apabila terjadi kenaikan suhu pada pasien :

$$(10\% \times \text{kebutuhan cairan}) \times (\text{kenaikan suhu} - 36,8^{\circ}\text{C}) + \text{IWL normal}$$

1) Cara menghitung AM (Air Metabolisme)

(1) Air Metabolisme pada anak berdasarkan tahap usia, menurut Iwas M.Kogoshi S

(1995) yaitu :

- ((1)Usia balita (1-5 tahun) = 8cc/Kg BB/hari
 ((2)Usia 5-7 tahun = 8-8,5 cc/Kg BB/hari
 ((3)Usia 7-11 tahun = 6-7 cc/Kg BB/hari
 ((4)Usia 12-14 tahun = 5-6 cc/Kg BB/hari

(2) Cara menghitung balance cairan

$$(\text{Cairan Masuk} + \text{Air Metabolisme}) - (\text{Cairan Keluar} + \text{IWL})$$

Tabel 2.8 Intervensi keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mengonsumsi nutrisi dalam jumlah yang adekuat untuk mempertahankan berat badan yang tepat menurut usianya. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Orang tua mampu menjelaskan kembali tentang nutrisi 2) Makanan yang disajikan habis minimal $\frac{3}{4}$ porsi 3) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti (Nurarif dan Kusuma, 2015) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan pada orang tua pentingnya nutrisi bagi tubuh anak 2) Observasi masukan makanan dan perubahan simptomatologi 3) Berikan dan ajarkan keluarga untuk tetap melakukan ritual saat makan 4) Timbang BB secara periodik 5) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dengan mengetahui fungsi makanan bagi tubuh, orang tua akan memotivasi untuk memberikan masukan per oral 2) Memberikan rasa kontrol pada pasien dan kesempatan untuk memilih makanan yang diinginkan/dinikmati, dapat meningkatkan masukan makanan 3) Lingkungan yang menyenangkan menurunkan stres dan lebih kondusif untuk makan 4) Memantau apabila terjadi penurunan berat badan secara berarti 5) Untuk memperbaiki situasi nutrisi (Nurarif dan Kusuma, 2015)

Tabel 2.9 Intervensi keperawatan Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x24 jam diharapkan kulit pasien tetap utuh. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Orang tua mampu menjelaskan kembali tentang penyebab anus lecet dan terjadi kemerahan 2) Orang tua mampu mempertahankan kelembaban kulit 3) Orang tua mampu mendemostrasikan cara membersihkan bagian bokong 4) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi) 5) Tidak ada luka/ lesi pada kulit 6) Perfusi jaringan baik (Nurarifin dan Kusuma, 2015) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan pada orang tua penyebab anus anak lecet dan terjadi kemerahan 2) Anjurkan orang tua untuk mengganti popok dengan sering 3) Anjurkan menghindari pemakaian tisu pembersih komersial yang mengandung alkohol pada kulit yang mengalami ekskoriasi 4) Ajarkan orang tua membersihkan bagian bokong secara hati-hatidengan sabun non alkalis yang lunak dan air atau merendam anak dalam bath-tub 5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberia preparat antifungus yang tepat 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Orang tua mampu memahami penyebab anus anak lecet dan terjadi kemerahan 2) Untuk menjaga kulit selalu bersih dan kering 3) Agar dapat dibersihkan secara hati-hati karena feses pasien diare bersifat sangat iritatif pada kulit 4) Karena penggunaan tisu ini akan menimbulkan rasa perih 5) Mengobati infeksi jamur (Wong L.D.,dkk 2009)

Tabel 2.10 Intervensi keperawatan Hambatan pertukaran gas yang berhubungan dengan asidosis metabolik

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 1x24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas dapat teratasi. Dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Tidak menggunakan otot bantu pernafasan 2) Peningkatan ventilasi dan oksigenasi adekuat 3) Tidak ada secret atau nafas tambahan 4) Frekuensi pernafasan dalam batas normal Bayi = 25 sampai dengan 50 kali/menit Anak = 15 sampai dengan 30 kali/menit</p>	<p>1) Kaji adanya suara nafas, catat adanya suara tambahan 2) Berikan ventilasi dan posisikan yang nyaman 3) Monitor untuk manajemen jalan nafas 4) Lakukan suction atau fisioterapi dada jika perlu 5) Kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen</p>	<p>1) Mengetahui perkembangan pada pernafasan 2) Meningkatkan pola pernafasan spontan yang optimal dalam memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbondioksida di paru 3) Memfasilitasi kepatenan jalan nafas 4) Mencegah atau mengurangi penumpukan secret 5) Membantu pernafasan yang adekuat (Nurarif dan Kusuma, 2015)</p>

Tabel 2.11 Intervensi keperawatan Resiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit berlebihan

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 1x24 jam resiko tinggi syok hipovolemik tidak terjadi. Dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Orang tua dapat menjelaskan kembali tanda-tanda perdarahan 2) Tanda-tanda vital dalam batas normal (N: 120-60)</p>	<p>1) Jelaskan pada pasien dan keluarga tanda perdarahan, dan segera laporkan jika terjadi perdarahan 2) Observasi vital sing setiap 3 jam atau lebih 3) Monitor keadaan umum pasien</p>	<p>1) Dengan melibatkan pasien dan keluarga maka tanda-tanda perdarahan dapat segera diketahui dan tindakan yang cepat dan tepat segera diberikan 2) Perawat perlu terus mengobservasi vital sign untuk memastikan tidak terjadi presyok/syok 3) Untuk monitor kondisi pasien selama perawatan terutama saat terjadi perdarahan. Perawat segera</p>

<p>x/menit, S: 36-37,5°C, RR: < 40 x/menit)</p> <p>3) Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan</p> <p>4) Irama jantung dalam batas yang diharapkan</p>	<p>4) Kolaborasi cairan intravena</p>	<p>mengetahui tanda-tanda presyok/syok</p> <p>4) Cairan intravena diperlukan untuk mengatasi kehilangan cairan tubuh secara hebat (Nurarif dan Kusuma, 2015)</p>
---	---------------------------------------	--

Tabel 2.12 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan klien dan keluarga mengerti proses penyakitnya dan program perawatan serta therapy yang diberikan dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Menjelaskan kembali tentang penyakitnya ➤ Ibu pasien mampu menyebutkan kembali tentang penyebab penyakitnya ➤ Ibu pasien mampu menyebutkan kembali tanda dan gejala ➤ Ibu pasien mampu menyebutkan kembali pencegahan diare ➤ Ibu pasien mampu menyebutkan penatalaksanaan diare 	<p>1) Jelaskan tentang definisi penyakit diare, proses penyakit, tanda gejala, identifikasi kemungkinan penyebab, dan jelaskan kondisi tentang pasien</p> <p>2) Jelaskan tentang program pengobatan dan alternative pencegahan</p> <p>3) Tanyakan kembali pengetahuan keluarga klien dan klien tentang penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan.</p>	<p>1) Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas.</p> <p>2) Mempermudah intervensi</p> <p>3) Mereview kembali apa yang sudah diinformasikan.</p>

2.4.5 Implementasi

Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa perintah dokter, tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan standart praktik American Nursing Associate (1973), undang-undang praktik keperawatan Negara bagian dan kebijaksanaan institusi perawat kesehatan.

Tindakan keperawatan kolaboratif, diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota tim perawat kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien.

Okumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan keperawatan, dokumentasi merupakan pernyataan dari kejadian atau aktifitas yang otentik dengan mempertahankan catatan-catatan yang tertulis. Dokumentasi merupakan wahana untuk komunikasi dari salah satu professional ke professional lainnya tentang status klien. Dokumentasi klien memberikan bukti tindakan keperawatan mandiri dan kolaboratif yang diimplementasikan oleh perawat (Rampengan T.H, 2007).

2.4.6 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien.

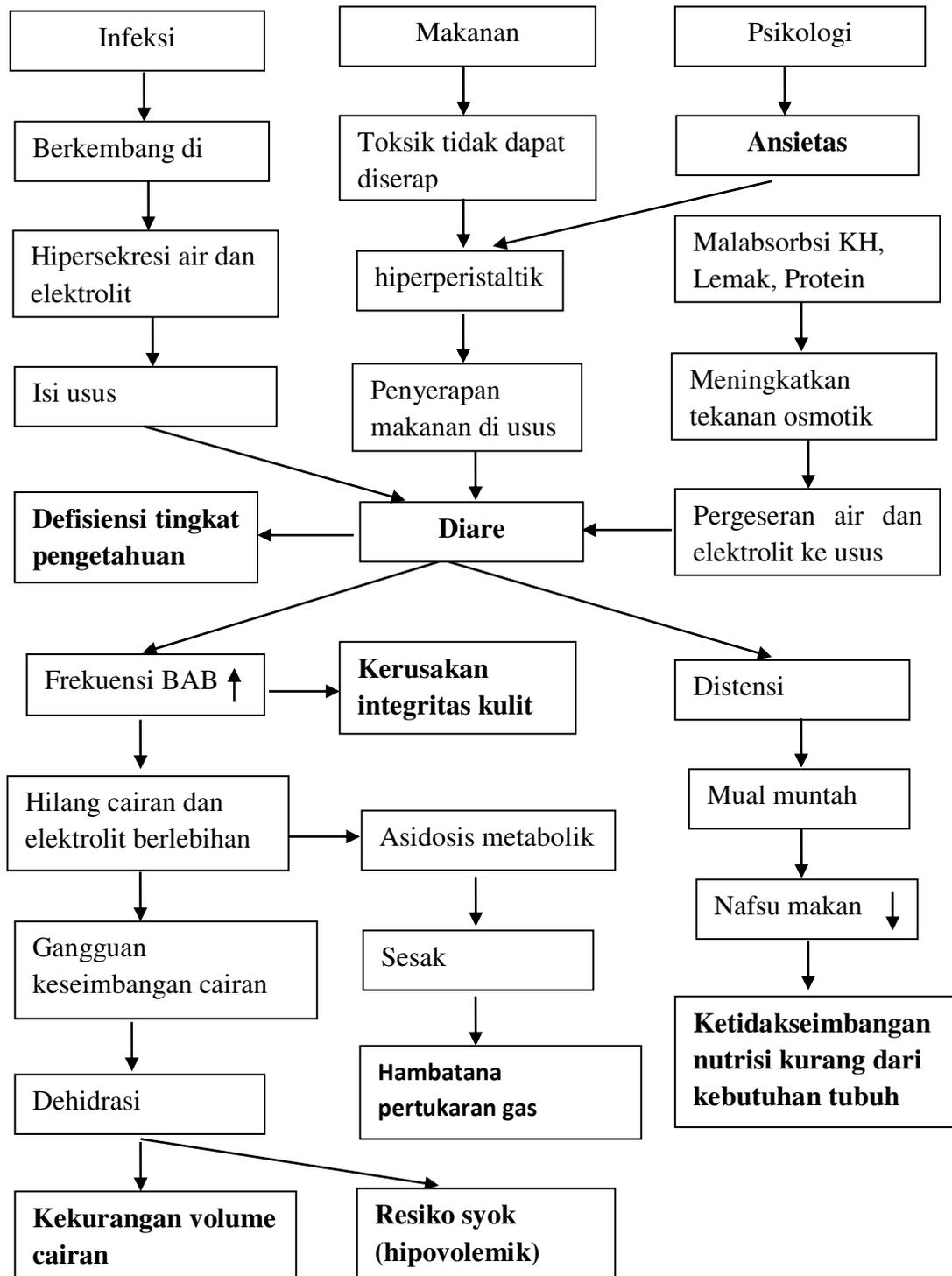
2.4.6.1 Tujuan evaluasi

- 1) Menjamin asuhan keperawatan secara optimal.
- 2) Meningkatkan kualitas suhan keperawatan
- 3) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
- 4) Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
- 5) Meneruskan rencana tindakan keperawatan
- 6) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
- 7) Dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.

2.4.6.2 Hasil evaluasi untuk menilaitercapai atau tidak tujuan evaluasi

- 1) Tujuan tercapai / masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standart yang telah ditetapkan.
- 2) tujuan tercapai sebagian / masalah teratasi sebagian : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standart dan kriteria yang ditetapkan.
- 3) tujuan tidak tercapai / masalah tidak terselrsaikan bahkan timbul masalah baru (Rahmaryna, 2011).

2.6 Kerangka masalah



Gambar 2.1 : Kerangka Masalah Gastroenteritis NANDA Noc-Nic 2015

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 18 Februari 2019 di ruang inap anak Asokha RSUD Bangil.

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang anak laki-laki bernama “An.A” usia 8 bulan, beragama Islam, bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia. Pasien adalah anak ke tiga dari Tn.R usia 35 tahun dan Ny.S usia 32 tahun. Pasien tinggal di daerah Jln.Wetan Alun, orang tua pasien beragama islam dan pekerjaan ayahnya sebagai karyawan di pabrik dan ibu sebagai ibu rumah tangga.

3.1.1.1 Identitas Saudara Kandung

Pasien memiliki dua saudara kandung “kakak” bernama “Sdr.S” berusia 21 tahun dan “Sdr.N” berusia 17 tahun.

3.1.2 Riwayat Keperawatan

3.1.2.1 Keluhan Utama atau Alasan Masuk

Ibu pasien mengatakan anaknya muntah dua kali dan diare tiga kali dalam sehari.

3.1.2.1 Riwayat Penyakit Saat Ini

Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Februari 2019 anaknya diare kurang lebih tiga kali dengan konsistensi cair, kemudian keluarga memeriksakan anaknya ke bidan terdekat, namun tidak ada hasil. Pada tanggal 17 Februari 2019 pasien datang ke IGD RSUD Bangil dibawa oleh keluarganya dengan keluhan diare kurang lebih delapan kali dalam satu hari dengan konsistensi cair tanpa ampas, dan muntah kurang lebih tiga kali dalam satu hari, pada pukul 20.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang Asoka. Pada tanggal 18 Februari 2019 pukul 13.00 WIB dilakukan pengkajian dengan keluhan muntah dua kali \pm @ 50 cc dan diare tiga kali \pm @ 130 cc.

3.1.2.2 Riwayat Penyakit Sebelumnya

Ibu pasien mengatakan anaknya baru kali ini mengalami diare dan harus MRS.

3.1.2.3 Penyakit Yang Pernah Diderita

Ibu pasien mengatakan anaknya pernah mengalmai batuk pilek.

3.1.2.4 Kecelakaan Yang Pernah Dialami

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami kecelakaan, hanya jatuh saja.

3.1.2.5 Operasi

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah operasi.

3.1.2.6 Alergi

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah ada alergi apapun.

3.1.2.7 Riwayat Persalinan

1) Pre natal care

Ibu pasien selama hamil rutin kontrol ke bidan sebanyak 9 kali, imunisasi TT 1 kali, dan keluhan selama kehamilan hanyalah mual muntah, mual muntah muncul pada trimester awal.

2) Natal

Ibu pasien mengatakan melahirkan normal di klinik dengan bantuan bidan lama persalinan kurang lebih 2 jam dan tidak ada komplikasi setelah melahirkan.

3) Pos natal

Ibu pasien mengatakan keadaan bayinya normal dengan berat badan 3500 gram dengan panjan 48 cm.

3.1.2.8 Riwayat Imunisasi

Ibu pasien mengatakan anaknya mendapatkan imunisasi hanya 1 macam yaitu, BCG dilakukan 1 kali saat anaknya lahir, reaksi setelah pemberian imunisasi anaknya panas. Ibu pasien mengatakan imunisasi anaknya tidak lengkap karena setiap mau diimunisasi anaknya panas.

3.1.1 Riwayat Kesehatan Keluarga

3.1.3.1 Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Ibu pasien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang terkena diare.

3.1.3.2 Lingkungan rumah dan komunitas

Ibu pasien mengatakan lingkungan rumah bersih, saluran dirumahnya tidak menggenang.

3.1.3.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Ibu pasien mengatakan setiap mau masak sayurannya selalu dicuci, anaknya bermain selalu dilantai dan mainannya tidak pernah dibersihkan. Dan ibu pasien mengatakan selalu mencuci botol susu satu kali sehari.

3.1.2 Riwayat Tumbuh Kembang

3.1.4.1 Berat badan sebelum sakit : 6,2 kg (2 minggu sebelum sakit)

- 1) Berat badan saat sakit : 6 kg
- 2) Tinggi badan : 72 cm
- 3) Berat badan ideal :

$$\begin{aligned}(\text{umur (bln)} : 2) + 4 &= (8:2) + 4 \\ &= 4+4 \\ &= 8 \text{ kg}\end{aligned}$$

3.1.4.2 Erupsi gigi pertama :

Belum tumbuh gigi

3.1.4.3 Tahap perkembangan psikososial (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan anaknya suka menangis kalau ketemu orang baru, merasa tidak percaya dengan orang lain.

3.1.4.4 Tahap perkembangan psikoseksual (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan anaknya sering memasukkan barang yang dipengang ke dalam mulutnya

3.1.4.5 Perkembangan motorik halus (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mampu menggengam biskuit, dan menggengam botol susu dengan dua tangan.

3.1.4.6 Perkembangan motorik kasar (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan pasien sudah mampu mengangkat kepala, berguling, tengkurap, duduk, dan merangkak.

3.1.4.7 Perkembangan sosialisasi (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan ketika anaknya di cilukba anaknya ketawa.

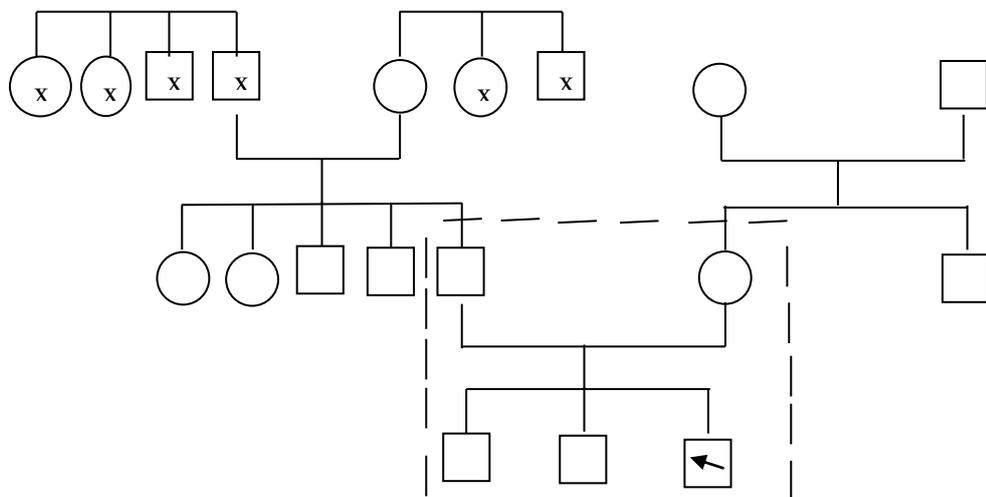
3.1.4.8 Perkembangan bahasa (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah berceloteh

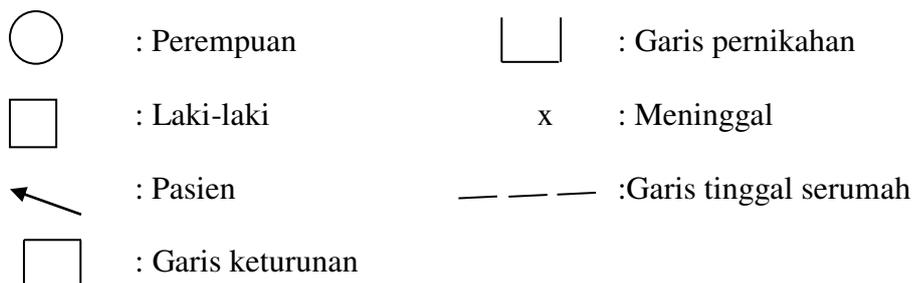
3.1.4.9 Kemampuan menolong diri sendiri (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan pasien sudah bisa memegang botol susu (dot) sendiri.

3.1.3 Pengkajian Keluarga (Genogram 3 generasi)



Keterangan :



Gambar 3.1 genogram 3 generasi pada pasien An.A dengan diagnose Gastroentritis

3.1.4 Riwayat Nutrisi

3.1.6.1 Pemberian Asi

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak minum ASI karena ASInya tidak bisa keluar sejak anaknya lahir. Ibu pasien mengatakan menurut pengetahuan ASI adalah makanan penting untuk bayi.

3.1.6.2 Pemberian Susu Formula

Ibu pasien mengatakan ASInya tidak bisa keluar sejak anaknya lahir, ibu pasien memberikan susu 5 kali 120 cc per hari. Ibu pasien mengatakan cara memberikan susu dengan tempat dot.

3.1.6.3 Pola pemberian nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Ibu pasien mengatakan saat anaknya berusia 0-6 bulan jenis nutrisi yang diberikan adalah susu formula. Saat usia 6-12 bulang nutisi yang diberikan adalah susu formula dan bubur halus. Ibu pasien mengatakan saat ini anaknya diberikan susu formula dan bubur halus tidak ada keluhan setelah pemberiannya.

3.1.6.4 Pola nutrisi sehari-hari

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit selera makan anaknya baik, frekuensi makan 3 kali sehari dengan makanan habis 1 porsi, menu makanan bubur halus, tidak ada makanan pantangan, tidak ada pembatasan pola makan, cara makan yaitu dengan disuap ibunya, ritual saat makan yaitu dengan minta digendong. Pada saat sakit pasien mengalami penurunan nafsu makan, frekuensi makan hanya 5 sendok 3 kali sehari, menu makanan bubur halus, makanan pantangan saat ini yang berserat, tidak ada pembatasan makanan, cara makan disuapi ibunya, ritualnya masih sama sebelum sakit.

3.1.6.5 Cairan

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit kebutuhan cairan anaknya tercukupi dengan pemberian susu formula dan air, frekuensi minum setiap haus, dengan diberikan pakai dot, dalam sehari sekitar kurang lebih 1500 cc susu formula dan air. Pada saat anaknya sakit, kebutuhan cairan yang diberikan tidak tercukupi dengan pemberian susu formula, air dan air gula, frekuensi minum 5 kali dalam sehari $5 \times 120 \text{ cc} = 600 \text{ cc}$, kebutuhan cairan $100 \times 6 \text{ kg} = 600 \text{ cc}$.

Balance cairan : Input : infus	: 600 cc
Minum	: 600 cc
Injeksi	: 2 cc
AM	: 48
	<hr/>
	1250

Output : BAB	: 390
Muntah	: 100
Urine	: 200
IWL	: $40 \times 6 = 240$
	930

$$BC : 1250 - 930 = + 320$$

3.1.5 Riwayat Psikososial

3.1.7.1 Tempat tinggal anak

Ibu pasien mengatakan anak tinggal bersama ayah, ibu dan kedua kakanya.

3.1.7.2 Hubungan antar anggota keluarga

Ibu pasien mengatakan hubungan antar anggota keluarga baik.

3.1.7.3 Pengasuh anak

Ibu pasien mengatakan yang mengasuh anaknya adalah dirinya sendiri.

3.1.7.4 Pesepsi keluarga terhadap penyakit anak

Ibu pasien mengatakan yang dialami anaknya adalah cobaan dari Tuhan dan pasti bisa disembuhkan. Ibu pasien mengatakan mengetahui tentang diare yaitu BAB yang terus menerus tetapi tidak tau tentang penyebab diare dan cara menanganinya, pengetahuan keluarga masih kurang.

3.1.6 Observasi dan Pengkajian Fisik

3.1.8.1 Keadaan umum klien

Lemas (pasien diare dan muntah)

3.1.8.2 Tanda-tanda vital

- 1) Suhu :36,8°C
- 2) Nadi : 94 x/menit
- 3) RR : 21 x/menit

3.1.8.3 Antropometri

- 1) Tinggi badan : 72 cm
- 2) Berat badan : 6 kg
- 3) LLA : 13 cm
- 4) Lingkar dada : 45 cm
- 5) Lingkar kepala : 35 cm
- 6) Lingkar perut : 40 cm

3.1.8.4 Sistem pernafasan

Bentuk dada normal, pola nafas teratur, irama nafas teratur, suara nafas vesikuler, susunan ruas tulang belakang sama, vocal fermitus sama kanan dan kiri (pada saat bayi menangis), tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi torax sonor, tidak ada alat bantu pernafasan, dan tidak ada batuk.

3.1.8.5 Sistem kardiovaskuler

Irama jantung regular, bunyi jantung S1 (S1 terletak di ICS 5 midclavikula kiri) dan S2 (ICS 4 midsternalis kanan) tunggal, CRT < 3 detik tidak ada sianosis dan tidak ada clubbing finger.

3.1.8.6 Sistem persyarafan

Kesadaran composmentis, gerakan reflek ada (rooting, babinski, eyblink, crawling), tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada nyeri kepala, ibu pasien mengatakan saat dirumah anaknya tidur siang selama 4 jam, tidur malam 9 jam. Pada saat di RS anaknya tidur siang 2 jam, tidur malam 6 jam. Ibu pasien mengatakan kebiasaan sebelum tidur anaknya rewel.

3.1.8.7 Sistem genitourinaria

Bentuk alat kelamin normal, uretra normal, kebersihan alat kelamin bersih, produksi urin 200 ml//hari, dan tempat yang digunakan pempers.

3.1.8.8 Sistem pencernaan

Mukosa lembab, bibir normal, lidah tampak putih,kebersihan rongga mulut bersih,keadaan gigi belum tumbuh, tidak ada kesulitan menelan,perut kembung, paristaltik 20 x/menit, BAB 3 x/hari, konsistensi cair ada ampas sedikit kurang lebih 600 cc, warna kuning, bau khas, tempat yang digunakan pempers, tidak ada pemakaian obat pancahar.

3.1.8.9 Sistem muskuluskeletal dan integument

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai bebas, kekuatan otot tonus tidak terkaji saat dilakukan pemeriksaan pasien rewel, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit bersih, akral hangat, turgor baik < 3 detik, tidak ada oedem, kebersihan kulit bersih, ibu pasien mengatakan adanya kemerahan pada sekitar anus dan selangkangan, kulit sekitar anus dan selangkangan pasien tampak kemerahan, adanya ruam.

3.1.8.10 Sistem penginderaan

- 1) Mata : Pupil isokor kanan dan kiri, reflek cahaya normal , konjungtiva tidak anemis kanan dan kiri, sklera putih kanan dan kiri, palpebra tidak ada edema kanan dan kiri, ketajaman penglihatan normal kanan dan kiri (diberi warna yang mencolok dan permainan yang bisa bergerak), strabismus tidak ada kanan dan kiri, tidak ada alat bantu, pergerakan bola mata normal kanan dan kiri, mata tidak cowong.
- 2) Hidung : Mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, tidak ada alat bantu.
- 3) Telinga : Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ketajaman pendengaran baik (dengan suara dan tepuk tangan), tidak ada alat bantu.
- 4) Peraba : Normal

3.1.8.11 Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada hiperglikemia dan hipoglikemia.

3.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 3.1 pemeriksaan diagnostik

Pada tanggal : 17 Februari 2019

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Hematologi			
Darah lengkap			
Leukosit (WBC)	5,237		3,70 – 10,1
Neutrofil	2,9		
Limfosit	1,4		
Monosit	0,9		
Eosinofil	0,0		
Basofil	0,0		
Neutrofil %	54,6	%	39,3 – 73,7
Limfosit %	27,2	%	18,0 – 48,3
Monosit %	17,6	%	4,40 – 12,7
Eosinofil %	0,0	%	0,600 – 7,30
Basofil %	0,6	%	0,00 – 1,70

Eritrosit (RBC)	5,529	$10^3/\mu\text{L}$	4,6 – 6,2
Hemoglobin (HGB)	13,87	g/dL	13,5 – 18,0
Hematokrit (HCT)	42,62	%	40 – 54
MCV	77,12	μm^3	81,1 – 96,0
MCH	25,08	pg	27,0 – 31,2
MCHC	32,53	g/dL	31,8 – 35,4
RDW	12,56	%	11,5 – 14,5
PLT	365	$10^3/\mu\text{L}$	155 – 366
MPV	6,569	fL	6,90 – 10,6
Klinik Kimia			
Gula darah			
Gula darah sewaktu	106	mg/dL	< 200

3.1.8 Terapi

$$\text{Asering } 600 \text{ cc}/24 \text{ jam} = \frac{600 \times 60}{60 \times 24} = \frac{36.000}{1.440} = 25 \text{ tpm}$$

Metronidasol 3x100 mg : obat anti mikroba yang digunakan untuk mengobati infeksi

Bangil, 18 Februari 2019

Mahasiswa

(Debi Eka Novia Putri)

3.1 Analisa Data

Tanggal : 18 Februari 2019 Umur : 8 Bulan

Nama pasien : An. A No. RM : 388xxx

Tabel 3.2 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan anaknya BAB encer ada ampas 3 kali sehari.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BAB cair ada ampas 3 kali sehari @ ± 600 cc - Paristaltik usus 20 x/menit - Anak tampak lemah 	<p>Virus, Parasit, Bakteri, Mikroorganisme</p> <p>↓</p> <p>Infeksi pada sel</p> <p>↓</p> <p>Berkembang diusus</p> <p>↓</p> <p>Hipersekresi air dan elektrolit</p> <p>↓</p> <p>Isi rongga usus berlebihan</p> <p>↓</p> <p>Diare</p>	Diare
2.	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan anaknya muntah 2 kali sehari dan nafsu makan menurun</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makan 3 kali sehari hanya 5 sendok - Muntah 2 kali sehari 50 cc X 2 = 100 cc - Berat badan sebelum sakit 6,2 kg Berat bada saat sakit 6 kg BBI : 8 kg - Diare 3 kali 	<p>Diare</p> <p>↓</p> <p>Distensi abdomen</p> <p>↓</p> <p>Mual muntah</p> <p>↓</p> <p>Nafsu makan menurun</p> <p>↓</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan kemerahan pada sekitar anus dan selangkangan</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kemerahan sekirat pada anus dan selangkangan - Adanya ruam 	<p>Diare</p> <p>↓</p> <p>Frekuensi BAB meningkat</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan integritas kulit</p>	Kerusakan integritas kulit
4.	<p>Ds : Ibu pasien mengatakan tidak begitu faham tentang penyakit anaknya .</p> <p>Do : Pada saat ditanya tentang diare ibu pasien tidak bisa memberikan jawaban dengan benar tentang pengertian, etiologi, manifestasi, penatalaksanaan.</p>	<p>Kurangnya sumber informasi</p> <p>↓</p> <p>Defisiensi pengetahuan</p>	Defisiensi pengetahuan

3.2 Diagnosa Keperawatan

- 3.3.1 Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus
- 3.3.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah dan nafsu makan meurun
- 3.3.3 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB meingkat
- 3.3.4 Defisiensi pengetahuan

		5) Kolaborasi pemberian diet bagi pasien dengan tim gizi	usus 5) Untuk memperbaiki situasi nutrisi
2.	Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x24 jam diharapkan pasien mengonsumsi nutrisi dalam jumlah yang adekuat untuk mempertahankan berat badan yang tepat menurut usianya. Dengan kriteria hasil : 1) Orang tua mampu menjelaskan kembali tentang nutrisi 2) Makanan yang disajikan habis minimal $\frac{3}{4}$ porsi 3) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti (Nurarif dan Kusuma, 2015)	1) Jelaskan pada orang tua pentingnya nutrisi bagi tubuh anak 2) Observasi masukan makanan dan perubahan simptomatologi 3) Berikan dan ajarkan keluarga untuk tetap melakukan ritual saat makan 4) Timbang BB secara periodic 5) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat	1) Dengan mengetahui fungsi makanan bagi tubuh, orang tua akan memotivasi untuk memberikan masukan per oral 2) Memberikan rasa kontrol pada pasien dan kesempatan untuk memilih makanan yang diinginkan / dinikmati, dapat meningkatkan masukan makanan 3) Lingkungan yang menyenangkan menurunkan stres dan lebih kondusif untuk makan 4) Memantau apabila terjadi penurunan berat badan secara berarti 5) Untuk memperbaiki situasi nutrisi (Nurarif dan Kusuma, 2015)
3.	Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x24 jam diharapkan kulit pasien tetap utuh. Dengan kriteria hasil :	1) Jelaskan pada orang tua penyebab anus anak lecet dan terjadi kemerahan	1) Orang tua mampu memahami penyebab anus anak lecet dan terjadi

	<p>1) Orang tua mampu menjelaskan kembali tentang penyebab anus lecet dan terjadi kemerahan</p> <p>2) Orang tua mampu mempertahankan kelembaban kulit</p> <p>3) Orang tua mampu mendemostrasikan cara membersihkan bagian bokong</p> <p>4) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi)</p> <p>5) Tidak ada luka/ lesi pada kulit</p> <p>6) Perfusi jaringan baik (Nurarifin dan Kusuma, 2015)</p>	<p>2) Anjurkan orang tua untuk mengganti popok dengan sering</p> <p>3) Anjurkan menghindari pemakaian tisu pembersih komersial yang mengandung alkohol pada kulit yang mengalami ekskoriasi</p> <p>4) Ajarkan orang tua membersihkan bagian bokong secara hati-hatidengan sabun non alkalis yang lunak dan air atau merendam anak dalam bath-tub</p> <p>5) Observasi kondisi sekitar anus</p>	<p>kemerahan</p> <p>2) Untuk menjaga kulit selalu bersih dan kering</p> <p>3) Karena penggunaan tisu ini akan menimbulkan rasa perih</p> <p>4) Agar dapat dibersihkan secara hati-hati karena feses pasien diare bersifat sangat iritatif pada kulit</p> <p>5) Untuk mengetahui kondisi sekitar anus lebih lanjut (Wong L.D.,dkk 2009)</p>
4	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan klien dan keluarga mengerti proses penyakitnya dan program perawatan serta therapy yang diberikan dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1) Orang tua mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya</p> <p>2) Ibu pasien mampu menyebutkan kembali tentang penyebab</p>	<p>1) Jelaskan tentang definisi penyakit diare, proses penyakit, tanda gejala, identifikasi kemungkinan penyebab, dan jelaskan kondisi tentang pasien</p> <p>2) Jelaskan tentang program pengobatan dan alternative pencegahan</p>	<p>1) Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas.</p> <p>2) Mempermudah intervensi</p>

1,2		10.40	9. Mengobservasi dan catat warna jumlah dan konsistensi feses 10. Mengobservasi masukan makanan dan perubahan simtomatologi 11. Mengauskultasi bising usus - Suara bising usus 20 x/meit	
2,3		10.50	12. Mengajarkan orang tua membersihkan bagian bokong secara hati-hati dengan sabun 13. Menimbang BB secara periodic - BB saat sakit 6 kg - BB sebelum sakit 6,2 kg	
1,2		11.00	14. Berkolaborasi dengan tim gizi untuk merencanakan diet makanan pasien - Diet yang rendah serat	
4		11.15	15. Memberikan penyuluhan tentang diare	

3.6 Catatan Perkembangan

Nama pasien : An. A

Umur : 8 Bulan

No. RM : 388xxx

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan

Tanggal	Diagnose keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
20 Februari 2019	Diare	<p>S : Ibu pasien mengatakan muntah 2 kali ± @ 50 cc, BAB cair ada ampas sedikit 3 kali ± @ 200 cc, muntah ketika minum susu</p> <p>O: - BAB dengan konsistensi cair ampas sedikit</p> <p>- Kulit lembab, mukosa mulut dan bibir lembab</p> <p>- Bising usus 20 kali/ menit</p> <p>- Nadi : 98 x/menit</p> <p>Suhu : 37 °C</p> <p>RR : 22 x/menit</p>	

		<p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (no. 2,3,4,5)</p>	
20 Februari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mau makan, hanya minum susu, kalau minum susu terlalu banyak selalu muntah</p> <p>O: - Ku lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hanya minum susu - Muntah ± 100 cc - BB : 6 kg <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (no. 2,3,4,5)</p>	
20 Februari 2019	Kerusakan integritas kulit	<p>S : Ibu pasien mengatakan kemerahan pada daerah alat kelamin mulai membaik</p> <p>O:- sedikit tampak kemerahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integritas kulit baik <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (no. 2,3,4,5)</p>	
20 Februari 2019	Defisiensi pengetahuan	<p>S : Ibu pasien mengatakan sudah faham mengenai penyakit diare</p> <p>O :- Klien mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu memenuhi kebutuhan perawatan dan pengobatan sesuai dengan penyakitnya - Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang diare. <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dipertahankan</p>	

21 Februari 2019	Defisiensi pengetahuan	<p>S : Ibu pasien mengatakan sudah faham mengenai penyakit diare</p> <p>O :- keluarga pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan dan pengobatan sesuai dengan penyakitnya - Keluarga pasien mampu menyebutkan kembali tentang diare. <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dipertahankan</p>	
------------------------	---------------------------	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa Gastroenteritis di Ruang Asokha RSUD Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada An.A dengan melakukan anamneses pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis, pembahasan akan dimulai dari :

4.1.1 Identitas

Pada tinjauan pustaka didapatkan untuk umur pasien pada diare akut, sebagian besar adalah anak dibawah 2 tahun. Insiden paling tinggi umur 6-11 bulan karena pada masa ini mulai diberikan makanan pendamping. Kejadian diare akut pada anak laki-laki hampir sama dengan anak perempuan (Susilaningrum, 2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan data An.A berusia 8 bulan, berjenis kelamin laki-laki. Sehingga tidak ditemukan adanya kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

4.1.2 Keluhan utama

Biasanya pasien mengalami buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB < 4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/ sedang), atau BAB >10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare

berlangsung <14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, sementara apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten. (Nursalam, 2008).

Pada tinjauan kasus didapatkan data anaknya muntah dua kali dan diare tiga kali dalam sehari.

Antara keluhan utama yang ada pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ditemukan adanya kesenjangan, karena pasien mengalami buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB < 4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi).

4.1.1 Riwayat kesehatan sekarang

Pada tinjauan pustaka didapatkan pasien mengalami: bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, dan kemungkinan timbul diare, tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu, anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam, gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare, apabila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak, diuresis: terjadi oliguri (kurang 1 ml/kg/BB/jam) bila terjadi dehidrasi. Urine normal pada diare tanpa dehidrasi. Urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang. Tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat) (Nursalam, 2008).

Sedangkan pada tinjauan pustaka didapatkan Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Februari 2019 anaknya diare kurang lebih tiga kali dengan konsistensi cair, kemudian keluarga memeriksakan anaknya ke bidan terdekat, namun tidak ada hasil. Pada tanggal 17 Februari 2019 pasien datang ke IGD

RSUD Bangil dibawa oleh keluarganya dengan keluhan diare kurang lebih delapan kali dalam satu hari dengan konsistensi cair tanpa ampas, dan muntah kurang lebih tiga kali dalam satu hari, warna feses coklat, pasien cengen, gelisah, badannya tidak panas, pada pukul 20.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang Asoka. Pada tanggal 18 Februari 2019 pukul 13.00 WIB dilakukan pengkajian dengan keluhan muntah dua kali \pm @ 50 cc dan diare tiga kali \pm @ 130 cc, warna feses coklat

Pada riwayat kesehatan sekarang terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu, pasien tidak mengalami peningkatan suhu badan, BAB tidak ada lendir atau darah, tidak ada perubahan warna feses, tidak adanya perubahan warna feses karena tidak adanya percampuran empedu. Tidak ditemukannya lendir/darah pada feses pasien disebabkan karena pasien tidak mengalami disentri.

4.1.2 Riwayat kesehatan dahulu

Pada tinjauan pustaka didapatkan kemungkinan anak tidak dapat imunisasi campak diare lebih sering terjadi pada anak-anak dengan campak atau yang baru menderita campak dalam 4 minggu terakhir, adanya riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (antibiotik), makan makanan basi, karena faktor ini merupakan salah satu kemungkinan penyebab diare, riwayat air minum yang tercemar dengan bakteri tinja, menggunakan botol susu, tidak mencuci tangan setelah buang air besar, dan tidak mencuci tangan saat menjamah makanan, riwayat penyakit yang sering terjadi pada anak berusia dibawah 2 tahun biasanya adalah batuk, panas, pilek, dan kejang yang terjadi sebelumnya, selama, atau setelah diare (Nursalam, 2008). Sedangkan pada

tinjauan kasus didapatkan pasien pernah mengalai batuk pilek, pasien tidak dapat imunisasi campak, pasien mendapat imunisasi BCG, pasien menggunakan botol susu yang dicuci sehari sekali oleh ibu pasien.

Pada riwayat kesehatan dahulu tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pasien tidak dapat imunisasi campak, pasien mendapat imunisasi BCG, pasien menggunakan botol susu.

4.1.3 Riwayat kesehatan keluarga

Pada tinjauan pustaka didapatkan adanya anggota keluarga yang menderita diare sebelumnya, yang dapat menular ke anggota keluarga lainnya. Dan juga makanan yang tidak dijamin kebersihannya yang disajikan kepada anak. Riwayat keluarga melakukan perjalanan ke daerah tropis (Nursalam, 2008; Wong, 2008). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data ibu pasien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang terkena diare, Ibu pasien mengatakan lingkungan rumah bersih, saluran dirumahnya tidak menggenang, ibu pasien mengatakan setiap mau masak sayurannya selalu dicuci, anaknya selalu bermain dilantai dan mainannya tidak pernah dibersihkan. Dan ibu pasien mengatakan selalu mencuci botol susu satu kali sehari.

Pada riwayat kesehatan keluarga terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Yaitu pada tinjauan kasus tidak ada anggota keluarga yang menderita diare namun dilihat dari perilaku ibu pasien yang kurang memperhatikan kebersihan lingkungan tempat anaknya bermain dan mencuci botol susu satu kali sehari, hal ini merupakan salah satu penyebab diare.

4.1.4 Riwayat nutrisi

Pada tinjauan pustaka didapatkan riwayat pemberian makanan sebelum mengalami diare, meliputi: Pemberian ASI penuh pada anak umur 4-6 bulan sangat mengurangi resiko diare dan infeksi yang serius, pemberian susu formula. Apakah dibuat menggunakan air masak dan diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah menimbulkan gangguan pencemaran, perasaan haus. Anak yang diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa). Pada dehidrasi ringan atau sedang anak merasa haus ingin minum banyak. Sedangkan pada dehidrasi berat, anak malas minum atau tidak bisa minum (Nursalam, 2008). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan Ibu pasien mengatakan anaknya tidak minum ASI karena ASInya tidak bisa keluar sejak anaknya lahir. Ibu pasien mengatakan menurutnya ASI adalah makanan penting untuk bayi, ibu pasien mengatakan saat ini anaknya diberikan susu formula dan bubur halus dan tidak ada keluhan setelah pemberiannya.

Pada riwayat nutrisi terjadi kesenjangan antara tinjauan pustakan dan tinjauan kasus, karena makanan dan minuman yang diberikan kurang higienis, sehingga tidak menutup kemungkinan penyebab diare terdapat pada makanan dan minuman tersebut. Hal ini disebabkan karena peralatan makan dan minum yang digunakan kurang bersih.

4.1.5 Pemeriksaan fisik

4.1.6.1 B1 (pernafasan)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data adanya frekuensi pernafasan yang meningkat, irama pernafasan tidak teratur, dan adanya penumpukan sekret,

vokal fermitus sama kanan dan kiri, paru normal, anak akan mengalami deopsnea, pernafasan cepat > 30 x/menit karena asidosis metabolic (kontraksi otot pernafasan).

Pada tinjauan kasus didapatkan data bentuk dada normal, pola nafas teratur, irama nafas teratur, suara nafas vesikuler, susunan ruas tulang belakang sama, vocal fermitus sama kanan dan kiri (pada saat bayi menangis), tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi torax sonor, tidak ada alat bantu pernafasan, dan tidak ada batuk, RR : 21 x/menit

Pada sistem pernafasan terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, yaitu tidak ditemukannya peningkatan frekuensi nafas, pola nafas tidak teratur, tidak adanya penumpukan sekret, karena pada pasien tidak terjadi asidosis metabolik.

4.1.6.2 B2 (kardiovaskuler)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data anak dengan diare kronis akan mengalami nadi cepat dan lemah > 120 x/menit. Hal ini akibat dari manifestasi pola pernafasan, badan terasa panas tetapi suhu akral dingin karena perfusi jaringan menurun sehingga cardiac output meningkat, pada dehidrasi berat dapat terjadi gangguan sirkulasi, bunyi jantung S1, S2 murmur atau bunyi tambahan lainnya.

Pada tinjauan kasus didapatkan data irama jantung regular, bunyi jantung S1 (S1 terletak di ICS 5 midclavikula kiri) dan S2 (ICS 4 midsternalis kanan) tunggal, CRT < 3 detik tidak ada sianosis dan tidak ada clubbing finger, nadi 94 x/menit.

Pada sistem kardiovaskuler terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus . Pada tinjauan kasus terdapat bunyi jantung S1 (S1 terletak di ICS 5 midclavikula kiri) dan S2 (ICS 4 midsternalis kanan) tunggal, nadi 94 x/menit, tidak terjadi hipertermi. Pada tinjauan kasus tidak ditemukan akral dingin, penurunan perfusi jaringan, tidak ada murmur, nadinya tidak cepat dan lemah, hal ini disebabkan karena karena pasien tidak mengalami diare kronik dan dehidrasi berat.

4.1.6.3 B3 (persyarafan)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data anak dengan diare, terjadi kemungkinan anak mengalami dehidrasi, yaitu terdapat dua atau lebih dari tanda dan gejala klinis berupa letargi atau penurunan kesadaran, sakit kepala, dan disorientasi.

Pada tinjauan kasus didapatkan data kesadaran composmentis, gerakan reflek ada (rooting, babinski, eyblink, crawling), tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada nyeri kepala, ibu pasien mengatakan saat dirumah anaknya tidur siang selama 4 jam, tidur malam 9 jam. Pada saat di RS anaknya tidur siang 2 jam, tidur malam 6 jam. Ibu pasien mengatakan kebiasaan sebelut tidur anaknya rewel.

Pada system persyarafan terjadi kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus ditemukan kesadaran composmentis, tidak ada nyeri kepala. Hal ini, disebabkan karena pasien tidak mengalami dehidrasi berat, dan tidak muncul tanda-tanda syhok hipovolemik, sehingga kesadaran pasien composmentis.

4.1.6.4 B4 (perkemihan)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pasien dengan diare kronis urin produksi oliguria sampai anuria (200-400 ml/ 24 jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit. Jika anak mengalami dehidrasi, urin yang dihasilkan akan berwarna kuning gelap atau kecoklatan.

Pada tinjauan kasus didapatkan data bentuk alat kelamin normal, uretra normal, kebersihan alat kelamin bersih, produksi urin 200 ml//hari, dan tempat yang digunakan pampers.

Pada sistem perkemihan tidak terjadi kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus didapatkan produksi urin 200 ml//hari.

4.1.6.5 B5 (pencernaan)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data secara umum, anak akan mengalami defisit kebutuhan nutrisi dikarenakan mual muntah dan dehidrasi. Defekasi lebih dari 3 kali dalam sehari, feses berbentuk encer, terdapat darah, lendir, lemak serta berbuih/berbusa. Perut terasa sakit saat dilakukan palpasi, dan kembung saat dilakukan perkusi. Auskultasi, terdengar paristaltik usus meningkat (gurgling) > 5-20 detik dengan durasi 1 detik.

Pada tinjauan kasus didapatkan data mukosa lembab, bibir normal, lidah tampak putih, kebersihan rongga mulut bersih, keadaan gigi belum tumbuh, tidak ada kesulitan menelan, perut kembung, paristaltik 20 x/menit, BAB 3 x/hari, konsistensi cair ada ampas sedikit kurang lebih 600 cc, warna kuning, bau khas, tempat yang digunakan pampers, tidak ada pemakaian obat pancahar.

Pada sistem pencernaan terdapat kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Yaitu tidak terdapat darah, lendir, lemak serta berbuih/berbusa. Hal ini, karena pasien tidak mengalami disentri, pasien mengalami diare akut.

4.1.6.6 B6 (muskuloskeletal)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data anak tampak lemah, aktivitas menurun. Pada saat dilakukan palpasi terdapat hipotoni, kulit kering, elastisitas menurun. (Pritayani, 2013)

Pada tinjauan kasus didapatkan data kemampuan pergerakan sendi dan tungkai bebas, kekuatan otot tonus tidak terkaji saat dilakukan pemeriksaan pasien rewel, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit bersih, akral hangat, turgor baik < 3 detik, tidak ada oedem, kebersihan kulit bersih, ibu pasien mengatakan adanya kemerahan pada sekitar anus dan selangkangan, kulit sekitar anus dan selangkangan pasien tampak kemerahan, adanya ruam.

Pada sistem muskuloskeletal terdapat kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu, pada tinjauan kasus didapatkan tungkai bebas, kekuatan otot tonus tidak terkaji saat dilakukan pemeriksaan pasien rewel, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit bersih, akral hangat, turgor baik < 3 detik, tidak ada oedem, kebersihan kulit bersih, kulit sekitar anus dan selangkangan pasien tampak kemerahan, adanya ruam. Pada pengkajian tidak ditemukan aktivitas menurun, kulit kering, elastisitas menurun, karena pasien tidak mengalami dehidrasi dan orang tua tanggap untuk memenuhi kebutuhan cairan anaknya.

4.1.6.7 B7 (pengindraan)

Pada tinjauan pustaka didapatkan didapatkan data :

- 1) Mata : Pada keadaan diare dan mengalami dehidrasi, ditemukan mata cowong dan reflek pupil menurun.
- 2) Hidung : Pada klien dengan dehidrasi berat dapat menimbulkan asidosis metabolik sehingga kompensasinya adalah alkalosis respiratorik untuk mengeluarkan CO₂ dan O₂, Nampak adanya pernafasan cuping hidung.
- 3) Telinga : Kemungkinan terjadi infeksi telinga (OMA, OPA) berpengaruh pada kemungkinan infeksi parental yang pada akhirnya menyebabkan terjadinya diare
- 4) Lidah : Inspeksi pada lidah biasanya ditemukan lidah berwarna putih terutama pada bagian tengah lidah. Hal ini disebabkan karena terjadi penurunan nafsu makan pada anak dehidrasi.
- 5) Kulit : Pada anak yang mengalami dehidrasi kulit menjadi kering

Pada tinjauan kasus didapataka data :

- 1) Mata : Pupil isokor kanan dan kiri, reflek cahaya normal , konjungtiva tidak anemis kanan dan kiri, sklera putih kanan dan kiri, palpebra tidak ada edema kanan dan kiri, ketajaman penglihatan normal kanan dan kiri (diberi warna yang mencolok dan permainan yang bisa bergerak), strabismus tidak ada kanan dan kiri, tidak ada alat bantu, pergerakan bola mata normal kanan dan kiri, mata tidak cowong.
- 2) Hidung : Mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, tidak ada alat bantu.
- 3) Telinga : Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ketajaman pendengaran baik (dengan suara dan tepuk tangan), tidak ada alat bantu.

4) Peraba : Normal

Pada sistem pengindraan terdapat kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus didapatkan pada mata pupil isokor kanan dan kiri, reflek cahaya normal , konjungtiva tidak anemis kanan dan kiri, sklera putih kanan dan kiri, pada hidung mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, tidak ada alat bantu, pada telinga bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ketajaman pendengaran baik. Hal ini, karena pasien tidak mengalami dehidrasi.

4.1.6.8 B8 (endokrin)

Pada tinjauan pustaka didapatkan data sisten endokrin tidak ditemukan adanya kelainan.

Pada tinjauan kasus didapatkan data tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada hiperglikemia dan hipoglikemia.

Pada sistem endokrin tidak ada kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus terdapat Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada hiperglikemia dan hipoglikemia.

4.1 Diagnosa Keperawatan

4.2.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada tujuh, yaitu :

4.2.1.1 Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus

4.2.1.2 Defisien volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan

- 4.2.1.3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebih
- 4.2.1.4 Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair
- 4.2.1.5 Hambatan pertukaran gas yang berhubungan dengan asidosis metabolic
- 4.2.1.6 Resiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit berlebihan.
- 4.2.1.7 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi
- 4.2.2 Pada tinjauan kasus ditemukan empat diagnose keperawatan yaitu :
 - 4.2.2.1 Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi usus
 - 4.2.2.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah dan nafsu makan menurun
 - 4.2.2.3 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB meningkat
 - 4.2.2.4 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi

Pada diagnosa keperawatan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus masalah keperawatan tidak muncul adalah : Defisien volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan, karena pada perhitungan balance cairan hasilnya positif, turgor kulit kembali < 3 detik, mukosa bibir lembab. Hambatan pertukaran gas yang berhubungan dengan asidosis metabolic, karena tidak ada pemeriksaan GDA (Gas Darah Arteri). Resiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit berlebihan, karena pada perhitungan balance cairan hasilnya positif, serta akral hangat.

4.2 Intervensi Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

Dan tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria hasil waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi usus. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan diare pada pasien teratasi. Kriteria hasil :orang tua mampu menjelaskan penyebab diare, mempertahankan turgor kulit, menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi, feses berbentuk, BAB sehari sekali – tiga hari. Pada rencana tindakan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah dan nafsu makan menurun. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mengonsumsi nutrisi dalam jumlah yang adekuat untuk mempertahankan berat badan yang tepat menurut usianya. Kriteria hasil : Orang tua mampu menjelaskan kembali tentang nutrisi,

makanan yang disajikan habis minimal $\frac{3}{4}$ porsi, adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, tidak ada tanda-tanda malnutrisi, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. Pada rencana tindakan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB meingkat. Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x24 jam diharapkan kulit pasien tetap utuh. Dengan kriteria hasil : Orang tua mampu menjelaskan kembali tentang penyebab anus lecet dan terjadi kemerahan, orang tua mampu mempertahankan kelembaban kulit, orang tua mampu mendemostrasikan cara membersihkan bagian bokong ,integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi), tidak ada luka/ lesi pada kulit, perfusi jaringan baik. Pada rencana tindakan terjadi kesenjangan anantara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, yaitu pada tinjauan kasus ditambahkan observasi kondisi kulit sekitar anus yang berguna untuk mengetahui kondisi kulit sekitar anus lebih lanjut.

Defisiensi pegetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan klien dan keluarga mengerti proses penyakitnya dan program perawatan serta therapy yang diberikan dengan Kriteria Hasil : Menjelaskan kembali tentang penyakitnya, ibu pasien mampu menyebutkan kembali tentang penyebab penyakitnya, ibu pasien mampu menyebutkan kembali tanda dan gejala, ibu pasien mampu menyebutkan kembali pencegahan diare, ibu pasien mampu menyebutkan penatalaksanaan diare.

4.3 Impelmentasi Keperawatan

Dalam melaksanakan pelaksanaan ada beberapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik. Hal-hal yang menunjang dalam pelaksanaan dalam asuhan keperawatannya itu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang meunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan yang baik oleh kepala ruangan dan tim perawat di ruang asokha kepada penulis. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, impelmentasi yang sama dengan tinjauan pustaka, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan yang nyata dilakukan pada klien.

Pada diagnosa diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti mengobservasi dan catat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi feses, menganjurkan pasien untuk tirah baring, menganjurkan keluarga untuk tetap memberikan cairan per oral, mengauskultasi bising usus, berkolaborasi pemberian diet bagi pasien dengan tim gizi.

Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah dan nafsu makan menurun, semua perencanaan tindakan keperawatan telh dilakukan seperti menjelaska pada orang tua pentingnya nutrisi bagi tubuh anak, mengobservasi masukan makanan dan perubahan simtomatologi, memberikan dan ajarkan keluarga

untuk tetap melakukan ritual saat makan, menimbang BB secara periodic, berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat.

Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB meingkat, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan pada orang tua penyebab anus anak lecet dan terjadi kemerahan, menganjurkan orang tua untuk mengganti popok dengan sering, menganjurkan orang tua membersihkan bagian bokong secara hati-hati dengan sabun non alkalis yang lunak dan air atau merendam anak dalam bath-tub, menganjurkan menghindari pemakaian tisu pembersih komersial yang mengandung alkohol pada kulit yang mengalami ekskoriasi, mengobservasi kondisi sekitar anus.

Pada diagnosa defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti melakukan penyuluhan pada keluarga pasien mengenai penyakit diare.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan. Semua rencana bisa dilaksanakan karena adanya kerjasama yang baik antara keluarga pasien, perawat dan penelitiserta didukung dengan peralatan yang memadai di ruangan tersebut.

4.4 Evaluai Keperawatn

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semua sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus. Pada tanggal 21 Februari 2019 masalah teratasi sebagian yang ditandai dengan Ibu pasien mengatakan bab 2 kali cair ada ampas, kulit lembab, mukosa mulut dan bibir lembab, bising usus 17 kali/menit.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah dan nafsu makan menurun. Pada tanggal 21 Februari 2019 masalah teratasi sebagian yang ditandai dengan Ibu pasien mengatakan mau makan bubur hanya 5 sendok saja, muntah 1 kali, ku lemah, ada sisa makanan, BB 6 kg, muntah \pm 50 cc.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB meingkat. Pada tanggal 21 Februari 2019 masalah teratasi sebagian yang ditandai dengan Ibu pasien mengatakan kemeraha pada daerah anus mulai berkurang, tampak kemerhan sedikit pada anus, tidak ada ruam.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi. Pada tanggal 21 Februari 2019 masalah sudah teratasi yang ditandai dengan Ibu pasien mengatakan sudah faham mengenai penyakit diare, keluarga pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya, keluarga pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan dan pengobatan sesuai dengan penyakitnya, keluarga pasien mampu menyebutkan kembali tentang diare.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada anak dengan kasus Gastroenteritis di ruang Asokha RSUD Bangil, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa medis Gastroenteritis.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang Asuhan Keperawatan pada anak dengan diagnose Gastroenteritis maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pada pengkajian pasien didapatkan Mukosa lembab, bibir normal, lidah tampak putih, kebersihan rongga mulut bersih, keadaan gigi belum tumbuh, tidak ada kesulitan menelan,perut kembung, paristaltik 20 x/menit, BAB 3 x/hari, konsistensi cair ada ampas sedikit kurang lebih 600 cc, warna kuning, bau khas, tempat yang digunakan pempers, tidak ada pemakaian obat pancahar, pada saat sakit pasien mengalami penurunan nafsu makan, frekuensi makan hanya 5 sendok 3 kali sehari, menu makanan bubur halus, makanan pantangan saat ini yang berserat, tidak ada pembatasan makanan, cara makan disuapi ibunya, ritualnya masih sama sebelum sakit, BB saat sakit 6,2 kg, BB saat sakit 6 kg, BBI 8 kg, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai bebas, kekuatan otot tonus tidak terkaji saat dilakukan pemeriksaan pasien rewel, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit bersih, akril hangat, turgor baik < 3 detik, tidak ada oedem, kebersihan kulit bersih, ibu pasien mengatakan adanya

kemerahan pada sekitar anus dan selangkangan, kulit sekitar anus dan selangkangan pasien tampak kemerahan, adanya ruam, Ibu pasien mengatakan mengetahui tentang diare yaitu BAB yang terus menerus tetapi tidak tau tentang penyebab diare dan cara menanganinya, pengetahuan keluarga masih kurang.

5.1.2 Masalah yang muncul adalah diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah dan nafsu makan menurun, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB meingkat, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi

Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus. Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x24 jam diharapkan dare pada pasien teratasi. Kriteria hasil : Keluarga pasien melaporkan diare sudah berkurang, feses berbentuk, frekuensi BAB 1-2 x/hari, bising usus dalam bentuk normal. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah dan nafsu makan menurun. Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x24 jam diharapkan pasien mengonsumsi nutrisi dalam jumlah yang adekuat untuk mempertahankan berat badan yang tepat menurut usianya. Kriteria hasil : Orang tua mampu menjelaskan kembali tentang nutrisi, makanan yang disajikan habis minimal $\frac{3}{4}$ porsi, adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, tidak ada tanda-tanda malnutrisi, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB meingkat. Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x24 jam diharapkan kulit pasien tetap utuh. Dengan kriteria hasil : Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature,

hidrasi, pigmentasi), tidak ada luka/ lesi pada kulit, perfusi jaringan baik, menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang, mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan klien dan keluarga mengerti proses penyakitnya dan program perawatan serta therapy yang diberikan dengan Kriteria Hasil : Menjelaskan kembali tentang penyakitnya, ibu pasien mampu menyebutkan kembali tentang penyebab penyakitnya, ibu pasien mampu menyebutkan kembali tanda dan gejala, ibu pasien mampu menyebutkan kembali pencegahan diare, ibu pasien mampu menyebutkan penatalaksanaan diare.

5.1.3 Tindakan yang dilakukan perawat disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Sebagian besar rencana keperawatan dilaksanakan pada implementasi keperawatan.

5.1.4 Pada tanggal 21 Februari 2019 diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus masalah teratasi sebagian yang ditandai dengan Ibu pasien mengatakan bab 2 kali cair ada ampas, kulit lembab, mukosa mulut dan bibir lembab, bising usus 17 kali/ menit, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah dan nafsu makan menurun 2019 masalah teratasi sebagian yang ditandai dengan Ibu pasien mengatakan mau makan bubur hanya 5 sendok saja, muntah 1 kali, ku lemah, ada sisa makanan, BB 6 kg, muntah \pm 50 cc, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB meingkat masalah teratasi sebagian yang

ditandai dengan Ibu pasien mengatakan kemeraha pada daerah anus mulai berkurang, tampak kemerhan sedikit pada anus, tidak ada ruam, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi masalah sudah teratasi yang ditandai dengan Ibu pasien mengatakan sudah faham mengenai penyakit diare, keluarga pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya, keluarga pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan dan pengobatan sesuai dengan penyakitnya, keluarga pasien mampu menyebutkan kembali tentang diare.

5.1 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberi saran sebagai berikut :

- 5.2.1 Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
- 5.2.2 Dalam meningkatkan muu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan seminar atau suatu pertemuan untuk membahas tentang masalah kesehatan pada satu pasien
- 5.2.3 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuha keperawatan pada anak dengan diagnose Gastroenteritis.
- 5.2.4 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.
- 5.2.5 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal atau informal.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief, 2014. *Ilmu kesehatan anak*. EGC : Jakarta
- Bararah, Taqiyyah & Mohammad Jauhar. 2013. *Asuhan Keperawatan : Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta : Prestasi Pustaka Publisher
- Cahyaningsih, Dwi. 2011. *Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Rwmaja*. Jakarta : Trans Info Media
- Christianti, 2012. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Dewi, Vivian Nanny Lia. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta: Salemba Medika
- Harlimsyah, 2007. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Hidayat, 2008. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Juffrie, M.; Soenarto, S.S.Y.; Oswari, H.; Arief, S.; Rosalina, I.; & Mulyani, N.S. 2010. *Buku Ajar Gastroenterologi-Hepatologi*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI
- Kemenkes RI, (2011). *Buletin data dan Kesehata: Situasi Diare di Indonesia*, Jakarta : Kemenkes
- Lestari, Titik. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Minarti, 2010. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta
- Ngastiyah. 2014. *Perawatan anak sakit edisi 2*. Jakarta : EGC
- Nurarif, H.A dan Kusuma Hardi. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Medis & NANDA NIC NOC*, Jojakarta. Media Action
- Nursalam, Susilaningrum, R.; & Utami, R. 2008. *Asuhan keperawatan bayi dan anak*. Jakarta : Salemba Medika
- Rahmayana Dwi. (2011). *Dokumentasi Evaluasi Keperawatan*
- Rampengan T.H, 2007. *Asuhan Keperawatan berdasarkan Medis & NANDA NIC NOC*. EGC : Jakarta.
- Rekam Medis RSUD Bangil, 2017. *Data Diagnosa Ranap RSUD Bangil, 2017, Bangil*.
- Riendravi, 2013. . *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta

- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013*. Diakses: 19 Oktober 2014.
- Satriana. 2010. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta.
- Soetjiningsih. 2006. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC : Jakarta.
- Suharyono.2008. *Diare Akut Klinik dan Laboratori*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sulistiyawati, 2014. *Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan*. EGC : Jakarta.
- Suriadi, Rita Yuliana. 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Anak. Edisi 2*. Jakarta: Sagung Seto
- Tagor Adi. (2014). *Mitos Seputar Anak Diare*. Diakses pada tanggal 06 Maret 2014 pada pukul 19.42 WIB
- Wong Donna L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Vol. 2*. EGC : Jakarta.
- Young jabbar. (2014). *Ilmu Kesehatan*.
<http://jabbarbtj.blogspot.co.id/2014/09/proses-keperawatan-pengkajian-diagnosa.html>. Diakses pada tanggal 10 Oktober 2015 pada pukul 20.00 WIB

II. RIWAYAT KEPERAWATAN

Keluhan Utama/alasan

MRS.....

.....

1. Riwayat penyakit saat ini

.....
.....
.....
.....

2. Riwayat Keperawatan

Sebelumnya.....

a. Penyakit yang pernah diderita :

Demam Batuk/pilek Diare

Kejang Mimisan Lain-lain....

b. Kecelakaan yang pernah dialami :

Jatuh Lalu lintas Lain-lain....

Tenggelam Keracunan

c. Operasi : Ya Tidak Tahun:.....

d. Alergi : Makanan Obat Udara

Debu Lainnya,sebutkan.....

3. Riwayat persalinan :

a. Pre natal care

- Pemeriksaan kehamilan :.....kali, Imunisasi TT.....kali

• Keluhan selama hamil : Perdarahan

Muntah2

Batuk/Pilek

Infeksi

IV. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG

- a. Berat Badan :.....kg, Tinggi badan :.....cm
- b. Erupsi gigi pertama :.....bulan, Jumlah gigi sekarang :.....buah
- c. Tahap perkembangan psikososial (sesuai usia).....
.....
.....
- d. Tahap perkembangan psikoseksual (sesuai usia).....
.....
.....
.....
- e. Perkembangan motorik halus (sesuai usia).....
.....
.....
- f. Perkembangan motorik kasar (sesuai usia).....
.....
.....
- g. Perkembangan sosialisasi (sesuai usia).....
.....
.....
- h. Perkembangan bahasa (sesuai usia).....
.....
.....
- i. Kemampuan menolong diri sendiri (sesuai usia).....
.....
.....

V. GENOGRAM (3 generasi)

VI. RIWAYAT NUTRISI

a. Pemberian ASI

- Pertama kali disusui
:.....
- Cara pemberian :
- Lama pemberian :.....bulan/tahun
- Pengetahuan ibu tentang ASI
:.....
.....

b. Pemberian susu formula

- Alasan pemberian susu formula.....
.....
- Jumlah pemberian.....
.....
- Cara pemberian.....
.....
.....

c. Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

USIA	Jenis Nutrisi	Keluhan
0-6 bulan		
6-12 bulan		
Saat ini		

d. Pola nutrisi sehari-hari

Kondisi	Sebelum Sakit	Sesudah Sakit
Selera makan		

Menu makan		
Frekuensi makan		
Makanan pantangan		
Pembatasan pola makanan		
Cara makan		
Ritual saat makan		

e. Cairan

Kondisi	Sebelum Sakit	Sesudah Sakit
Jenis minuman		
Frekuensi minum		
Kebutuhan cairan		
Cara pemenuhan kebutuhan nutrisi		

VII. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

a. Tempat tinggal anak

.....
.....
.....
.....

b. Hubungan antar anggota keluarga

.....

c. Pengasuh anak

.....

d. Persepsi keluarga terhadap penyakit anak

.....
.....
.....
.....

VIII. OBSERVASI DAN PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan umum klien

.....

2. Tanda-tanda vital

- a. Suhu.....⁰C
- b. Nadi.....x/mnt
- c. Respirasi.....x/mnt
- d. Tekanan darah.....mmHg

3. Antropometri

- a. Tinggi badan.....cm
- b. Berat badan.....kg
- c. LLA.....cm

- d. Lingkar dada.....cm
- e. Lingkar kepala.....cm
- f. Lingkar perut.....cm

4. Sistem Pernafasan

- a. Bentuk dada.....
.....
- b. Pola nafas : frekuensi.....x/mnt
- c. Retraksi otot bantu nafas.....
- d. Perkusi thorax.....
.....
- e. Alat bantu pernafasan.....
.
- f. Batuk : Ada, warna sputum..... Tidak ada
- g. Lain-lain.....
.....

5. Sistem Kardiovaskuler

- a. Nyeri dada : Ada Tidak ada
- b. Irama jantung.....
.....
- c. Pulsasi.....
.....
- d. Bunyi jantung.....
.....
- e. CRT.....detik
- f. Cyanosis : Ya Tidak
- g. Clubbing finger : Ada Tidak
- h. Lain-lain.....
.....

6. Sistem Persyarafan

- a. Kesadaran.....
.....
- b. GCS.....
.....
- c. Reflek-reflek :

- Suckling Ada Tidak
 Menggegam Ada Tidak
 Babinsky Ada Tidak
 Moro Ada Tidak
 Patelia Ada Tidak
- d. Kejang : Ada Tidak
 Jenis.....

- e. Kaku kuduk Ada Tidak
 f. Nyeri kepala Ada Tidak
 g. Istirahat tidur : Siang
 :.....
 Malam
 :.....
 Kebiasaan sebelum tidur
 :.....
 Kesulitan tidur
 :.....
- h. Kelainan nervus
 cranialis.....
- i. Lain-
 lain.....

7. Sistem Genitourinaria

- a. Bentuk alat
 kelamin.....
- b. Uretra.....

- c. Kebersihan alat
 kelamin.....
 Frekuensi berkemih.....x/hr, warna....., bau.....
 Produksi urin.....ml/hr
 Tempat yang
 digunakan.....
 Masalah eliminasi
 urine.....
- d. Lain-
 lain.....

8. Sistem Pencernaan

- a. Mulut

Mukosa.....
.....

Bibir.....
.....

Lidah.....
.....

Kebersihan rongga
mulut.....

Kebersihan gosok
gigi.....

Keadaan
gigi.....

...

b. Tenggorokan

.....
.....
.....

c. Abdomen

.....
.....
.....

Nyeri tekan : lokasi....., peristaltic.....x/mnt

Buang Air Besar.....x/hr, konsisten....., warna.....,
bau.....

Masalah eliminasi

alvi.....

Pemakaian obat

pencahar.....

Lain-

lain.....

.....

.....

.....

9. Sistem Muskuloskeletal dan integument

a. Kemampuan pergerakan sendi dan

tungkai.....

b. Kekuatan otot/tonus otot

c. Fraktur : () ada () tidak

d. Dislokasi : () ada () tiak ada

e. Kulit.....

.....

- f. Akral.....
.....
- g. Turgor.....
.....
- h. Kelembapan.....
.....
- i. Oedema () ada , lokasi..... () tidak ada
- j. Kebersihan.....
.....
- k. Lain-
lain.....
.....
.....

10. Sistem Pengindraan

- a. Mata
 - Pupil.....
.....
 - Reflek
cahaya.....
.....
 - Konjungtiva.....
.....
 - Sklera.....
.....
 - Palpebra.....
.....
 - Alat
bantu.....
.....
 - Pergerakan bola
mata.....
.....
- b. Hidung
 - Mukosa.....
.....
 - Sekret.....
.....
 - Kelainan
lain.....
..

- c. Telinga
 - Bentuk.....
 -
 - Ketajaman pendengaran.....
 - Kelainan lain, Sebutkan.....
 -
- d. Perasa.....
-
- e. Peraba.....
-

11. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar thyroïd : () ya () tidak
- b. Pembesaran kelenjar parotis : () ya () tidak
- c. Hiperglikemia : () ya () tidak
- d. Hipoglikemia : () ya () tidak
- e. Lain-lain.....
-
-
-

IX. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

X. TERAPI

ANALISA DATA

Tanggal :
Nama pasien :

Umur :
No. RM :

No.dx	Data	Etiologi	Masalah keperawatan

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1.
2.
3.
4.
5.

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1.
2.
3.
4.
5.

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tanggal :

Dx medis :

Nama pasien :

No. RM :

No.dx	Tujuan/Kriteria hasil	Intervensi	Rasional

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama pasien :

No. RM :

Umur :

No.dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/TTD

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien :

Umur :

No. RM :

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien :

Umur :

No. RM :

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik	: Diare
Sub Topik	: Pencegahan dan Pertolongan Pertama Diare
Sasaran	: Keluarga Pasien
Hari/Tanggal	: Selasa / 22 Januari 2019
Jam	: 08.00 WIB - selesai
Waktu	: 40 menit
Tempat	: Ruang Ashoka

1. TUJUAN

1.1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti kegiatan Penyuluhan tentang Pencegahan dan Penanganan Diare selama 40 menit, diharapkan yang menderita atau beresiko dapat memahami tentang penanganan pertama Diare dan dapat diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari.

1.2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti kegiatan Penyuluhan tentang Diare selama 40 menit, diharapkan seluruh pasien atau keluarga dapat mengetahui tentang:

1. Pengertian Diare
2. Penyebab Diare
3. Bahaya Diare
4. Penanganan Diare
5. Nutrisi bagi penderita Diare
6. Pencegahan Diare
7. Teknik Mencuci Tangan dengan Benar
8. Pembuatan dan Pemberian Oralit

2. MATERI

Terlampir

3. MEDIA

1. Materi SAP
2. Leaflet

4. METODE

1. Penyuluhan
2. Tanya jawab

5. PENGORGANISASIAN & URAIAN TUGAS

1. Protokol / Pembawa Acara

Uraian tugas :

- a. Membuka acara penyuluhan, memperkenalkan diri dan tim kepada peserta
- b. Mengatur proses dan lamanya penyuluhan
- c. Menutup acara penyuluhan

2. Penyuluh / Pengajar

Uraian tugas :

- a. Menjelaskan materi penyuluhan dengan jelas dan dengan bahasa yang mudah dipahami oleh peserta
- b. Memotivasi peserta untuk tetap aktif dan memperhatikan proses penyuluhan'
- c. Memotivasi peserta untuk bertanya

3. Fasilitator

Uraian tugas :

- a. Ikut bergabung dan duduk bersama diantara peserta
- b. Mengevaluasi peserta tentang kejelasan materi penyuluhan
- c. Memotivasi peserta untuk bertanya materi yang belum jelas
- d. Menginterupsi penyuluh tentang istilah / hal-hal yang dirasa kurang jelas bagi peserta
- e. Memperagakan atau mempraktekkan teknik mencuci tangan
- f. Mengajari cara pembuatan dan pemberian oralit

4. Observer

Uraian tugas :

- a. Mencatat nama, alamat dan jumlah peserta, serta menempatkan diri sehingga memungkinkan dapat mengamalkan jalannya proses penyuluhan
- b. Mencatat pertanyaan yang diajukan peserta
- c. Mengamati perilaku verbal dan non verbal peserta selama proses penyuluhan
- d. Menyampaikan evaluasi langsung kepada penyuluh yang dirasa tidak sesuai dengan rencana penyuluhan

5. Kegiatan Pembelajaran

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	5 menit	Pembukaan : <ul style="list-style-type: none"> • Memberisalam • Menjelaskan tujuan penyuluhan • Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan 	Menjawab salam, mendengarkan dan memperhatikan
2	20 menit	Pelaksanaan : <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur. Materi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian Diare 2. Penyebab Diare 3. Bahaya Diare 4. Penanganan Diare 5. Nutrisi bagi penderita Diare 6. Pencegahan Diare 7. Teknik Mencuci Tangan dengan Benar 8. Pembuatan dan Pemberian Oralit 	Menyimak dan memperhatikan
3	10 menit	Evaluasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan inti penyuluhan. 2. Menyampaikan secara singkat materi penyuluhan. 3. Memberi kesempatan kepada peserta untuk mengulang teknik cuci tangan yang diajarkan 4. Memberi kesempatan kepada peserta untuk mengulang cara pembuatan dan pemberian oralit 	Menyimak, mempraktikkan dan mendengarkan

		<p>5. Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya.</p> <p>6. Memberi kesempatan kepada peserta untuk menjawab pertanyaan yang dilontarkan.</p>	
4	8 menit	<p>Penutup :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan. • Menyampaikan terimakasih atas perhatian dan waktu yang telah diberikan kepada peserta • Mengucapkan salam 	Menjawab salam

6. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- a. Peserta hadir ditempat penyuluhan.
- b. Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan di Ruang Ashoka.
- c. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelumnya.

2. Evaluasi Proses

- a. Peserta antusias terhadap materi penyuluhan.
- b. Peserta mengikuti jalannya penyuluhan sampai selesai
- c. Peserta dapat mempraktekkan teknik cuci tangan dengan benar
- d. Peserta dapat mengulang cara pembuatan dan pemberian oralit sesuai anjuran dan takaran yang disampaikan
- e. Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar.

3. Evaluasi Hasil

- a. Setelah penyuluhan diharapkan sekitar 80% peserta penyuluhan mampu mengerti dan memahami penyuluhan yang diberikan sesuai dengan tujuan khusus.

Lampiran

MATERI

1.1. Pengertian

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2005), penyakit diare adalah suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar yang lebih dari biasa, yaitu 3 kali atau lebih dalam sehari yang mungkin dapat disertai dengan muntah atau tinja yang berdarah. Penyakit ini paling sering dijumpai pada anak balita, terutama pada 3 tahun pertama kehidupan, dimana seorang anak bisa mengalami 1-3 episode diare berat (Simatupang, 2004).

Diare adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dan 3 kali sehari, disertai konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dan satu minggu (Juffrie, dkk, 2010).

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Dan dapat disimpulkan bahwa diare adalah buang air besar yang bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari 3 kali perhari dan konsistensi dari tinja yang melembek sampai mencair.

1.2. Penyebab Diare

Ada beberapa hal yang bisa menyebabkan timbulnya diare (Simatupang, 2005). Diare disebabkan oleh masuknya kuman kedalam tubuh melalui perantara hewan, kuman yang berada dalam makanan, air, melalui tubuh (tidak mencuci tangan waktu makan). Berikut adalah faktor penyebab lainnya, yaitu :

1. Efek samping obat-obatan tertentu
2. Faktor malabsorpsi. Malabsorpsi ini pada zat yang mengandung karbohidrat, lemak, dan protein.
3. Konsumsi alkohol dan kopi yang berlebihan

4. Faktor makanan. Faktor makanan ini yang seringkali bisa menyebabkan terjadinya diare. Diantaranya yaitu akibat dari makanan basi, beracun, terlalu banyak lemak, sayuran dimasak kurang matang.
5. Minum air tidak masak
6. Makan jajanan yang tidak bersih
7. Berak disembarang tempat
8. Makan dengan tangan kotor
9. Faktor psikologis. Psikologis ini ternyata juga berpengaruh keada angka kejadian dari diare. Diantara faktor psikologis yang mempengaruhi terjadinya diare adalah rasa takut, cemas, dan gelisah.

1.3. Bahaya Diare

Saat terjadi diare, feses yang dikeluarkan oleh penderita memiliki kandungan air yang sangat tinggi (sangat encer). Selain itu, frekuensi buang air besar pun meningkat secara drastis. Dalam sehari penderita bisa kehilangan lima liter cairan tubuh. Penderita juga dapat kehilangan zat mineral (elektrolit) yang terlarut dalam cairan tubuh. Padahal bersama cairan tubuh, elektrolit berperan dalam menjaga agar fungsi tubuh senantiasa normal. Tanda –tanda diare, yaitu :

1. Berak Cair dan Muntah
2. Kadang demam
3. Malas makan & minum
4. Anak rewel
5. Malas bergerak / malas
6. Kencing sedikit
7. Dehidrasi (kekurangan cairan)

Karena kehilangan cukup banyak cairan tubuh, penderita bisa mengalami dehidrasi. Dehidrasi berkelanjutan yang terjadi pada anak-anak atau balita dapat mengakibatkan kematian. Namun pada orang dewasa, kematian akibat dehidrasi jarang ditemukan.

Tingkat dehidrasi dapat dilihat dari gejala-gejala yang menunjukkan hilangnya cairan tubuh. Pada tahap awal dehidrasi, penderita akan merasakan

mulut kering dan rasa haus yang berlebihan. Adapun tanda-tanda dehidrasi selanjutnya tergantung pada tingkat dehidrasi yang dialami penderita.

1.4. Penanganan Diare

Diare menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit sehingga penderita harus diberi cairan sebanyak mungkin untuk mengganti cairan yang hilang. Sebagai pertolongan pertama, diberi cairan rumah tangga seperti tajin, air sayur, air matang, teh. Disamping itu, harus diberi cairan elektrolit berupa oralit. Jika tidak ada oralit, bisa menggunakan larutan gula garam. Cara pembuatannya sebagai berikut : satu sendok teh munjung gula pasir, seperempat sendok teh muntung garam, dilarutkan dalam satu gelas air matang (200cc). Selanjutnya penderita diberi minum.

1.5. Nutrisi bagi penderita Diare

Kondisi peristaltik usus yang tidak memungkinkan, maka perlu diberi makanan yang lunak untuk membantu peristaltik usus. Bagi bayi yang menyusui, ASI tetap diberikan dan PASI diencerkan.

Diet BRAT adalah singkatan dari *Banana, Rice, Applesuace, and Toast* (pisang, nasi, saus apel, dan roti panggang). Makanan tersebut penting dikonsumsi terutama 24 jam pertama diare yang dapat membantu meringankan diare serta memberikan vitamin penting, mineral, dan karbohidrat yang mudah dicerna (diserap).

Bisa disimpulkan, makanan yang baik dikonsumsi saat diare antara lain :

- a. Pisang
- b. Beras
- c. Sereal
- d. Saus apel
- e. Apel
- f. Teh
- g. Roti dan jelly
- h. Yoghurt
- i. Kentang rebus
- j. Asupan cairan dan elektrolit (LGG / Oralit)

Menu diatas baik dikonsumsi untuk orang dewasa dan anak-anak, namun mengenai makanan untuk bayi diare dibawah usia 12 bulan harus berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter.

Hindari makanan berikut ini saat diare, yaitu:

- a. Makanan berlemak : gorengan dan makanan yang bersantan kental
- b. Susu, mentega, es krim, dan keju
- c. Minuman alkohol dan kafein
- d. Pemanis buatan
- e. Makanan yang menyebabkan gas berlebih : kubis atau kol, kacang-kacangan, brokoli, dan kembang kol.

1.6. Pencegahan Diare

Adapun pencegahan diare adalah :

- a) Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan
- b) Menutup makanan dan minuman
- c) Mencuci buah atau sayuran sebelum dimakan atau dimasak
- d) Selalu minum air yang sudah dimasak
- e) Menjaga kebersihan lingkungan : rumah, aliran air, sampah di buang pada tempatnya dan ditutup
- f) Makan makanan yang sehat dan bergizi

Bila telah dilakukan upaya pertolongan pertama namun diare masih terus berlangsung segera bawa penderita ke pusat pelayanan kesehatan terdekat.

1.7. Teknik cuci tangan

Cuci tangan 7 langkah adalah tata cara mencuci tangan menggunakan sabun untuk membersihkan jari-jari, telapak dan punggung tangan dari semua kotoran, kuman serta bakteri jahat penyebab penyakit

Cuci tangan 7 langkah merupakan cara membersihkan tangan sesuai prosedur yang benar untuk membunuh kuman penyebab penyakit. Dengan mencuci tangan pakai sabun baik sebelum makan ataupun sebelum memuali pekerjaan, akan menjaga kesehatan tubuh dan mencegah penyebaran penyakit

melalui kuman yang menempel di tangan. Berikut langkah cuci tangan yang baik dan benar :

1. Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan tangan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut



2. Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian



3. Jangan lupa jari-jari tangan, gosok sela-sela jari hingga bersih



4. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan mengatupkan



5. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian



6. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan



7. Bersihkan kedua pergelangan tangan secara bergantian dengan cara memutar, kemudian diakhiri dengan membilas seluruh bagian tangan dengan air bersih yang mengalir lalu keringkan memakai handuk bersih atau tisu.

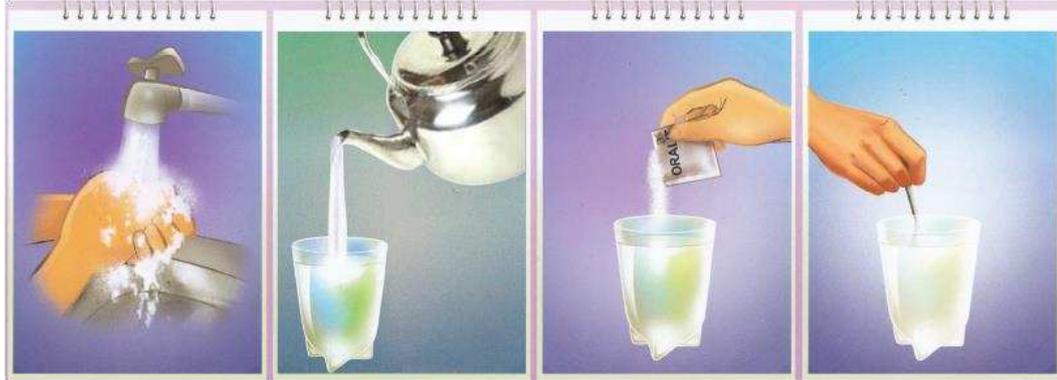


1.8. Cara pembuatan dan takaran pemberian oralit

Bahan – bahan yang dibutuhkan untuk membuat oralit adalah :

- 1 sendok teh gula
- Seperempat (1/4) sendok teh garam
- 1 gelas air putih (200 ml)

Cara membuatnya adalah dengan melarutkan bahan-bahan di atas yaitu 1 sendok teh gula dan seperempat sendok teh garam ke dalam 1 gelas air putih (200 ml). Kemudian aduk perlahan hingga semuanya larut lalu bisa diminum.



Untuk pemberian oralit, tentu ada takarannya sehingga tidak terlalu berlebihan yang malah akan membahayakan. Dan juga jangan terlalu sedikit sehingga diharapkan dapat memberikan hasil yang optimal. Berikut aturannya :

- Untuk anak di bawah 1 tahun, 3 jam pertama diberikan 1,5 gelas oralit. Selanjutnya 0,5 gelas setiap kali selesai berak/mencret
- Untuk anak di bawah 5 tahun (balita), 2 jam pertama diberikan 3 gelas oralit. Selanjutnya 1 gelas setiap kali selesai berak/mencret
- Untuk anak di atas 5 tahun, 3 jam pertama diberikan 6 gelas oralit. Selanjutnya 1,5 gelas setiap kali selesai berak/mencret
- Untuk anak di atas 12 tahun dan dewasa, 3 jam pertama diberikan 12 gelas oralit. Selanjutnya 2 gelas setiap kali selesai berak/mencret.

Itulah cara pemberian oralit untuk menghindari dari dehidrasi akibat diare.

GASTROENTRITIS (DIARE)



Oleh :

DEBI EKA NOVIA P

AKPER KERTA CENDEKIA
SIDOARJO

APA ITU DIARE ?

Diare adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dan 3 kali sehari, disertai konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dan satu minggu.



APA PENYEBABNYA?

1. Efek samping obat-obatan tertentu
2. Faktor makanan.
3. Minum air tidak masak
4. Makan jajanan yang tidak bersih
5. Berak disembarang tempat
6. Makan dengan tangan kotor
7. Faktor psikologis.

TANDA DAN GEJALANYA

1. Berak Cair dan Muntah
2. Kadang demam
3. Malas makan & minum
4. Anak rewel
5. Malas bergerak / malas
6. Kencing sedikit
7. Dehidrasi (kekurangan cairan)



BAGAIMANA CARA MENCEGAHNYA

- Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan
- Menutup makanan dan minuman
- Mencuci buah atau sayuran sebelum dimakan atau dimasak
- Selalu minum air yang sudah dimasak
- Menjaga kebersihan lingkungan : rumah, aliran air, sampah di buang pada tempatnya dan ditutup
- Makan makanan yang sehat dan bergizi
- Pemberian oralit
1 sendok teh gula dan seperempat sendok teh garam ke dalam 1 gelas air putih (200 ml).

CARA PEMBERIAN ORALIT

- 1) Di bawah 1 tahun : 3 jam pertama 1,5 gelas selanjutnya 0.5 gelas setiap kali mencret
- 2) Di bawa 5 tahun (anak balita) : 3 jam pertama 3 gelas, selanjutnya 1 gelas setiap kali mencret
- 3) Anak diatas 5 tahun : 3 jam pertama 6 gelas, selanjutnya 1,5 gelas setiap kali mencret
- 4) Anak diatas 12 tahun dan dewasa : 3 jam pertama 12 gelas, selanjutnya 2 gelas setiap kali mencret (1 gelas : 200 cc)