

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS GE (*GASTROENTERITIS*)
DI RUANG ASHOKA RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN**



**Oleh:
IMMAS LAILATUL FAIZAH
NIM : 1601051**

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

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS GE (*GASTROENTERITIS*) DI RUANG ASHOKA RSUD BANGIL KABUPATEN PASURUAN

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



**Oleh:
IMMAS LAILATUL FAIZAH
NIM. 1601051**

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Immas Lailatul Faizah

NIM : 1601051

Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 23 Januari 1998

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul: “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS GE (GASTROENTERITIS) DI RUANG ASHOKA RSUD BANGIL KABUPATEN 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, 24 Mei 2019

Yang Menyatakan,

Immas Lailatul Faizah

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Riesmiyatiningdyah, S.Kep.Ns., M.Kes
NIDN. 0725027901

Faida Annisa S.Kep.Ns., MNS
NIDN. 0708078606

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Immas Lailatul Faizah

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An. S Dengan Diagnosa Medis Ge
(*Gastroenteritis*) Di Ruang Ashoka Rsud Bangil Kabupaten Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal : 19 Juni 2019

Oleh :

Pembimbing 1

Pembimbing 2

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

NIDN.0725027901

Faida Annisa S.Kep.Ns., MNS

NIDN. 0708078606

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Agus Sulistyowati, S.Kep.M.Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal: 19 Juni 2019

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Meli Diana S.Kep.Ns., M.Kes

Anggota : 1. Faida Annisa S.Kep.Ns., MNS

2. Riesmiyatiningdyah S.kep.Ns., M.Kes

Mengetahui

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

“HASIL bukanlah segalanya dan hasil bukanlah yang dinilai, Tetapi Sebuah PROSES lah yang menunjukkan ke SUKSES an. Berproseslah karena proses itu Indah”

Talk less do more

(Kurangi bicara, lakukanlah lebih)

Immas lailatul faizah

Lembar Persembahan

Syukur alhamdulillah saya ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-nya sehingga tugas akhir ini bisa selesai dengan baik.

Tugas akhir ini saya persembahkan kepada :

Ayah, mama, adik dan kedua mertua saya serta seluruh anggota keluarga saya yang telah memberikan segalanya buat saya, do'a, dukungan, dan kesabaran. Terima kasih atas segalanya yang kalian berikan semoga saya dapat membahagiakan kalian.

Untuk Suami dan Anakku tercinta Wahyu Prasetio dan Azzahra Bilqis Putri Prasetio, terima kasih sudah menjadi salah satu motivasi dan semangat saya untuk tetap fokus membagi kewajiban saya dalam mengerjakan KTI.

Untuk sahabat Troisbeb dan sahabat dari alumni BEM Akper Kerta Cendekia hingga detik ini terima kasih atas support dan dukungannya, semoga kebersamaan ini tidak akan pernah hilang dan selalu terjaga.

Untuk bapak dan ibu dosen terutama ibu Agus Sulistyowati, S.Kep, M.Kes, Ibu Riesmiyatiningdyah S.Kep., M.Kes, dan ibu Faida Annisa S.Kep.,Ns., MNS terima kasih banyak atas bimbingan dan ilmu yang sudah di berikan selama ini tanpa ibu semua ini tidak akan berarti.

Untuk teman seperjuanganku dan teman-teman yang tidak bisa aku sebutkan satu-persatu disini, terimakasih untuk kebersamaan kita selama ini, meskipun banyak persoalan, ada tawa dan ada tangis semua adalah proses pendewasaan semoga tali persaudaraan selalu terjaga dan dapat meraih sukses bersama-sama.. Aamiin..

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. S Dengan Diagnosa Medis Ge (*Gastroenteritis*) Di Ruang Ashoka Rsud Bangil Kabupaten 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. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Untuk Orangtua Ayah Sumiran dan Ibu Endang Suparmi dan juga adikku Deka Putri Latifatul yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini dari awal hingga akhir.
3. Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah mengesahkan.
4. Riesmiyatiningdyah S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing I yang selalu bijaksana memberikan bimbingan, mencurahkan perhatian, doa, dan nasehat serta yang selalu meluangkan waktunya untuk membantu penulis menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah ini.
5. Faida Annisa S.Kep.,Ns., MNS selaku pembimbing II yang selalu memberikan bimbingan, nasehat serta waktunya selama penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Direktur RSUD BANGIL yang telah membantu dan memberikan izin kepada penulis dalam melakukan penelitian.
7. Para sahabat yang telah mendukung untuk terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu, teman-teman seperjuangan yang telah menemani selama saya menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

8. 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 para 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, 19 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Lembar Judul.....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Motto	vi
Lembar Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	5
1.5.3 Sumber Data	6
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	9
2.1.4 Patofisiologi	10
2.1.5 Diagnosa Banding	11
2.1.6 Komplikasi	12
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	13
2.1.8 Pencegahan	14
2.1.9 Penatalaksanaan	14
2.2 Konsep Anak	16
2.2.1 Konsep Pertumbuhan dan perkembangan	16
2.2.2 Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Anak	18
2.2.3 Ciri-Ciri Tumbuh Kembang Anak	26
2.2.4 Kebutuhan Dasar Tumbuh Kembang Anak	27
2.2.5 Perkembangan Sosial Anak	28
2.2.6 Perkembangan Psikoseksual Anak	30
2.2.7 Perkembangan Psikososial Anak	32
2.2.8 Perkembangan Moral Anak	34
2.2.9 Perkembangan Kognitif Anak	35
2.3 Konsep Hospitalisasi.....	36
2.3.1 Pengertian	36

2.3.2 Dampak hospitalisasi	37
2.3.3 Cemas Akibat Perpisahan	37
2.3.4 Kehilangan Kendali	38
2.3.5 Karakteristik Perkembangan Respon Anak	39
2.3.6 Efek Hospitalisasi Anak	40
2.3.7 Reaksi Orang Tua Terhadap Hospitalisasi	40
2.3.8 Konsep Solusi	41
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	41
2.4.1 Pengkajian	41
2.4.2 Riwayat Keperawatan	41
2.4.3 Analisa Data	48
2.4.4 Diagnosa Keperawatan	49
2.4.5 Intervensi	49
2.4.6 Implementasi	60
2.4.7 Evaluasi	61
2.5 Kerangka Masalah	62
BAB 3 TINJAUAN KASUS	63
3.1 Asuhan Keperawatan	64
3.1.1 Pengkajian	64
3.1.2 Riwayat Keperawatan	64
3.1.3 Riwayat Kesehatan Keluarga	67
3.1.4 Riwayat Tumbuh Kembang	67
3.1.5 Genogram	68
3.1.6 Riwayat Nutrisi	69
3.1.7 Riwayat Psikososial	70
3.1.8 Observasi dan Pengkajian Fisik	71
3.1.9 Pemeriksaan Diagnostik	75
3.1.10 Terapi	76
3.1.11 Analisa Data	78
3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan	81
3.1.13 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	81
3.1.14 Rencana Tindakan Keperawatan	82
3.1.15 Implementasi Keperawatan	86
3.1.16 Catatan Perkembangan	90
3.1.17 Evaluasi Perkembangan	93
BAB 4 PEMBAHASAN	95
4.1 Pengkajian	95
4.2 Diagnosa Keperawatan	100
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan	102
4.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan	102
4.5 Evaluasi	102
BAB 5 EVALUASI	107
5.1 Simpulan	107
5.2 Saran	107
DAFTAR PUSTAKA	108
Lampiran	110

DAFTAR TABEL

No.Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1 Tahapan Perkembangan anak usia 13-24.....		19
Tabel 2.2 Tahapan Perkembangan anak usia 25-36.....		20
Tabel 2.3 Tahapan Perkembangan anak usia 36-48.....		22
Tabel 2.4 Tahapam Perkembangan anak usia 49-60.....		24
Tabel 2.5 Tahapan Perkembangan anak usia 61-72.....		25
Tabel 3.1.9 Pemeriksaan Diagnostik.....		76
Tabel 3.2 Analisa Data.....		78
Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan.....		82
Tabel 3.4 Implementasi Tindakan Keperawatan.....		88
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan.....		89

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
	Gambar 2.6 Kerangka Masalah.....	63
	Gambar 3.1.5 Genogram	68

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Ijin Pengambilan Kasus.....	110
Lampiran 2	Surat Persetujuan Pengambilan Kasus	111
Lampiran 3	<i>Informed Consent</i>	112
Lampiran 4	Satuan Acara Penyuluhan	113
Lampiran 5	Leaflet.....	121
Lampiran 6	Format Asuhan Keperawatan Anak.....	122
Lampiran	Lembar Konsul	140

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Diare adalah gangguan fungsi penyerapan dan sekresi dari saluran pencernaan, dipengaruhi oleh fungsi kolon dan dapat diidentifikasi dari perubahan jumlah, konsistensi, frekwensi, dan warna dari tinja (Whaley dan Wong, 1997). Sedangkan menurut FKUI (1991) diare adalah pola buang air besar yang tidak normal dengan bentuk tinja encer serta adanya peningkatan frekwensi BAB yang lebih biasanya (Nabiel, 2017). Diare adalah sindrom penyakit yang ditandai dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja melambat sampai mencair, serta bertambahnya frekuensi buang air besar dari biasanya hingga 3 kali atau lebih dalam sehari. Dengan kata lain, diare adalah buang air besar dengan tinja berbentuk cairan atau setengah cairan. Kandungan air pada tinja lebih banyak dari biasanya atau frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan 3 kali pada anak (Puri Mahayu, 2016). Ada pendapat yang menyatakan bahwa saat mencuci pakaian anak proses merendam tidak boleh terlalu lama. Bisa membuat anak gampang masuk angin dan muncet-muncet. Tetapi hal ini sama sekali tidak masuk akal kalau anak mengalami gejala awal diare dari pakaian masih lembab atau masih basah saat digunakan ditambah pola makannya yang tidak baik atau lingkungan yang kurang higienis (Adi Tagor, 2014).

Di Indonesia kematian anak dan balita masih sangat tinggi yang disebabkan oleh diare dengan prevalensi tertinggi dideteksi pada anak balita (1-4 tahun) yaitu 16,7%. Pada tahun 2003 hingga 2010, berdasarkan survei

morbiditas yang dilakukan oleh Subdit diare, insiden diare cenderung naik yakni tahun 2003 sebanyak 374/1000 penduduk, tahun 2006 naik menjadi 423/1000 penduduk dan tahun 2010 menjadi 411/1000 penduduk. Di tahun 2017 Provinsi Jawa timur kasus diare yang ditangani kesehatan sebanyak 1.279.021 dan di daerah Sidoarjo sebanyak 45.985 (Kemenkes RI, 2017). Jumlah penderita diare pada anak di RSUD Bangil satu tahun terakhir adalah 1 orang (Rekam medis RSUD Bangil, 2017).

Diare dapat disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, keracunan makanan, dan alergi makanan. Diare akut disebabkan oleh infeksi bakteri (*Vibrio cholerae*, *Escherichia coli*, *Salmonella sp*, *Shigella sp*, dan bakteri nonpatogen bila jumlahnya berlebihan), infeksi virus (*virus ECHO*, *poliomyelitis*, *virus Coxsackie*, *Orbivirus*), keracunan makanan dan alergi makanan. Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Feses makin cair, mungkin mengandung darah atau lendir, dan feses berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu. Akibat seringnya defekasi, anus atau sekitarnya lecet karena feses makin lama menjadi asam. Komplikasi yang diakibatkan oleh diare biasanya akan terjadi dehidrasi, renjatan hipovolemik, hipokalemia, hipoglikemia, intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase, kejang dan malnutrisi energi protein.

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 An.S dengan diagnosa medis *Gastroenteritis* di Ruang Ashoka RSUD Bangil ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada An. S dengan diagnosa medis *Gastroenteritis* di ruang Ashoka RSUD Bangil ?

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji An.S dengan diagnosa medis *Gastroenteritis* di ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada An. S dengan diagnosa *Gastroenteritis* di ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada An. S dengan diagnosa medis *Gastroenteritis* di ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada An. S dengan diagnosa medis *Gastroenteritis* di ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.5 Mengevaluasi tindakan keperawatan pada An. S dengan diagnosa medis *Gastroenteritis* di ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.3.2.6 Mendokumentasikan tindakan keperawatan An. S dengan diagnosa medis *Gastroenteritis* di ruang Ashoka RSUD Bangil.

1.4 Manfaat Penelitian

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

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

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode 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, diagnosis, 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 medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi 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 pasien dengan diagnosa medis leukemia serta kerangka masalah

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, 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

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian

Diare adalah gangguan fungsi penyerapan dan sekresi dari saluran pencernaan, dipengaruhi oleh fungsi kolon dan dapat diidentifikasi dari perubahan jumlah, konsistensi, frekwensi, dan warna dari tinja (Whaley dan Wong, 1997). Sedangkan menurut FKUI (1991) diare adalah pola buang air besar yang tidak normal dengan bentuk tinja encer serta adanya peningkatan frekwensi BAB yang lebih biasanya (Nabiel, 2017).

2.1.2 Etiologi

Infeksi merupakan penyebab utama diare akut, baik oleh bakteri, parasit maupun virus. Penyebab lain adalah vaksin dan obat, nutrisi enteral diikuti puasa yang berlangsung lama, kemoterapi, impaksi fekal (overflow diarrhea) atau berbagai kondisi lain.

2.1.2.1 Infeksi bakteri : *vibrio escherichia coli*, *salmonella*, *shigella*, *campylobacter*, *yershinia*, dan lain-lain.

2.1.2.2 Infeksi virus : *enterovirus*, (*Virus ECHO*, *coxsackiae*, *poliomelitis*), *adenovirus*, *retrovirus*, dan lain-lain.

2.1.2.3 Infeksi parasit : cacing (*ascari*, *trichoris*, *oxyuris*, *histolitika*, *gardia lambia*, *tricomonas hominis*), jamur (*candida albicans*)

2.1.2.4 Infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti : Otitis media akut (OMA), tonsilitas, aonsilotringitis, bronco pneumonia, encetalitis.

(Nabiel, 2017).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Feses makin cair, mungkin mengandung darah atau lendir, dan feses berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu. Akibat seringnya defekasi, anus atau sekitarnya lecet karena feses makin lama menjadi asam. Pasien dengan diare akut akibat infeksi sering mengalami nausea, muntah, nyeri perut sampai kejang perut, demam dan diare. Terjadinya renjatan hipovolemik harus dihindari. Kekurangan cairan menyebabkan pasien akan merasa haus, lidah kering, tulang pipi menonjol, turgor kulit menurun, serta suara menjadi serak. Gangguan biokimiawi seperti asidosis metabolik akan menyebabkan frekuensi pernafasan lebih cepat dan dalam (pernafasan kusmaul).

Bila terjadi renjatan hipivolemik berat maka denyut nadi cepat (lebih dari 120x/menit). Tekanan darah menurun sampai tak terukur, pasien gelisah, muka pucat, ujung-ujung ekstrimitas dingin, kadang sianosis. Kekurangan kalium

menyebabkan aritmia jantung perfusi ginjal menurun sehingga timbul anuria, sehingga bila kekurangan cairan tak segera diatasi dapat timbul penyakit berupa nekrosis tubulus akut. Secara klinis diare karena infeksi akut terbagi menjadi 2 golongan :

2.1.3.1 Koleriform, dengan diare yang terutama terdiri atas cairan saja.

2.1.3.2 Disentriiform, pada diare didapatkan lendir kental dan kadang-kadang darah.

Sedangkan akibat diare dalam jangka panjang adalah :

2.1.3.3 Dehidrasi

2.1.3.4 Asidosis metabolik

2.1.3.5 Gangguan gizi akibat muntah dan berak-berak.

2.1.3.6 Hipoglikemi

2.1.3.7 Gangguan sirkulasi darah akibat yang banyak keluar terjadi syok

Adapun derajat dari dehidrasi adalah :

2.1.3.8 Tidak ada dehidrasi bila terjadi penurunan BB 2,5 %.

2.1.3.9 Dehidrasi ringan, bila terjadi penurunan BB 2,5 – 5 %.

2.1.3.10 Dehidrasi sedang, bila terjadi penurunan BB 5 – 10 %.

2.1.3.11 Dehidrasi berat, bila terjadi penurunan BB 10 %.

(Nabiel, 2017)

2.1.4 Patofisiologi

Penyebab gastroenteritis akut adalah masuknya virus (*Rotavirus*, *Adenovirus Enteris*, *Virus Norwalk*), Bakteri atau toksin (*Compylobacter*, *Salmonella*, *Escherihia Coli*, *Yesinia* dan lainnya), parasit (*Biardia Lambia*, *Cryptosporidium*). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi

pada sel-sel, memproduksi enterotoksin atau cytotoksin dimana merusak sel-sel, atau melekat pada dinding usus pada gastroenteritis akut.

Penularan gastroenteritis bisa melalui fekal-oral dari satu klien ke klien yang lainnya. Beberapa kasus ditemui penyebaran patogen dikarenakan makanan dan minuman yang terkontaminasi.

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotik. Selain itu menimbulkan gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian terjadi diare (Taqiyyah dan Jauhar, 2013).

2.1.5 Diagnosa Banding

2.1.5.1 Bayi

- 1) Infeksi di luar usus
- 2) Ostitis media
- 3) Infeksi saluran kemih
- 4) Kistik fibrosis
- 5) Akrodermatitis

2.1.5.2 Sesudah bayi

- 1) Defisiensi laktase
- 2) Penyakit radang usus
- 3) Kolitis ulserariva
- 4) Sindrom usus intabel
- 5) Skleroderma

(Behrman,dkk,2000)

2.1.6 Komplikasi

2.1.6.1 Dehidrasi

- 1) Dehidrasi ringan apabila kehilangan cairan <5% dari BB
 - (1) Haus, gelisah
 - (2) Denyut nadi 90-110x/menit, nafas normal
 - (3) Turgor kulit normal
 - (4) Pengeluaran urine (1300 ml/hari)
 - (5) Kesadaran baik
 - (6) Denyut jantung meningkat
- 2) Dehidrasi sedang apabila kehilangan cairan <5% BB – 10% BB
 - (1) Haus meningkat
 - (2) Nadi cepat dan lemah
 - (3) Turgor kulit kering, membran mukosa kering
 - (4) Pengeluaran urine berkurang
 - (5) Suhu tubuh meningkat
- 3) Dehidrasi berat apabila kehilangan cairan <10% BB - 15% BB
 - (1) Penurunan kesadaran
 - (2) Lemah lesu
 - (3) Takikardi
 - (4) Mata cekung
 - (5) Pengeluaran urine tidak ada
 - (6) Hipotensi
 - (7) Nadi cepat dan lemah
 - (8) Ekstremitas dingin

2.1.6.2 Rejatan hipovolemik

Akibat menurunnya volume darah, apabila penurunan volume darah mencapai 15% BB – 25% BB akan menyebabkan penurunan tekanan darah.

2.1.6.2 Hipokalemia (dengan gejala mekorismus, hiptoni otot, lemah, bradikardi, perubahan pada elektro kardiogram).

2.1.6.3 Hipoglikemia

2.1.6.4 Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktase karena kerusakan vili mukosa, usus halus.

2.1.6.5 Kejang terutama pada dehidrasi hipertonik.

2.1.6.6 Malnutrisi energi, protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan (Titik lestari, 2016).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik :

2.1.7.1 Pemeriksaan tinja

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

2.1.7.2 Pemeriksaan laboratorium

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

2.1.7.4 Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah, bila memungkinkan dengan menentukan PH keseimbangan analisa gas darah atau astrup.

2.1.7.5 Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.

2.1.7.6 Pemeriksaan elektrolit intubasi duodenum untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik (Titik Lestari, 2016).

2.1.8 Pencegahan

2.1.8.1 Memberi ASI eksklusif kepada bayi usia 0-6 bulan.

2.1.8.2 Menghindari penggunaan susu formula.

2.1.8.3 Memperbaiki cara penyiapan dan penyimpanan makanan pendamping ASI.

2.1.8.4 Menggunakan air bersih untuk minum.

2.1.8.5 Memncuci tangan dengan baik sesudah buang air besar dan setelah membuang feses bayi, serta sebelum menyiapkan makanan atau sebelum makan.

2.1.8.6 Membuang feses bayi secara benar.

(Sodikin, 2012).

2.1.9 Penatalaksanaan

2.1.9.1 Cairan per oral

Pada pasien dengan dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berikan NaCl dan NaHCO₃, KCl, dan glukosa. Untuk diare akut dan kolera pada anak di atas umur 6 bulan kadar natrium 90 mEq/L. Pada anak di bawah umur 6 bulan dengan dehidrasi ringan atau

sedang kadar Natrium 50-60 mEq/L. Formula lengkap sering disebut oralit. Cairan sederhana yang dapat dibuat sendiri hanya mengandung garam dan gula, atau air tajin diberi gula dan garam, untuk pengobatan sementara dirumah sebelum dibawa berobat kerumah sakit atau pelayanan kesehatan untuk mencegah dehidrasi lebih jauh.

2.1.9.2 Cairan parental

Diberikan pada pasien dehidrasi berat :

1) Untuk anak umur 1 bulan – 2 tahun berat badan 3-10 kg

(1) 1 jam pertama : $40 \text{ ml/kgBB/menit} = 3 \text{ tts/kgBB/mnt}$ berukuran 1 ml = 15 tts atau 13 tts/kgBB/menit (set infus 1 ml = 20 tetes).

(2) 7 jam berikutnya : $12 \text{ ml/kgBB/mnt} = 3 \text{ tts/kgBB/mnt}$ (infuset berukuran 1 ml = 15 tts atau 4 tts/kgBB/mnt (set infus 1 ml = 20 tetes).

(3) 6 jam berikutnya : 125 ml/kgBB/oralit.

2) Untuk anak lebih dari 2-5 tahun dengan berat badan 10-15 kg

Jam pertama : 30 ml/kgBB/jam atau 8 tts/kgBB/mnt (1 ml=15 tts atau 10 tts/kgBB/menit (1 ml = 20 tetes).

3) Untuk anak lebih dari 5-10 tahun dengan berat badan 15-25 kg

(1) Jam pertama : 20 ml/kgBB/jam atau 5 tts/kgBB/mnt (1 ml = 15 tts atau 7 tts/kgBB/mnt (1 ml = 20 tetes).

(2) 7 jam berikut : $10 \text{ ml/atau } 2,5 \text{ tts/kgBB/mnt}$ (1 ml = 15 tts atau 3 tts/kgBB/mnt (1 ml = 20 tetes).

(3) 16 jam berikut : 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 tts/kgBB/mnt (1 ml = 5 tetes) 8 tts/kgBB/mnt (1 ml = 20 tetes).

- 5) Untuk bayi berat badan lahir rendah

Kebutuhan cairan : $250 \text{ ml/kgBB/24 jam}$, jenis cairan 4 : 1 (4 bagian glukosa 10% + 1 bagian NaHCO_3 1½%).

2.1.9.3 Jika ada syok, segera dilakukan resusitasi cairan (20 ml/kg larutan salin normal atau larutan ringer laktat, ulangi jika perlu).

2.1.9.4 Setelah rehidrasi selesai, diet dapat dilanjutkan dengan makanan yang mudah dicerna seperti pisang, nasi atau bubur, biji-bijian kering dan susu ibu. Makanan dan cairan rehidrasi oral dengan nyata mengurangi lamanya diare. Secepatnya kembali ke makanan bisa merupakan hal yang penting, terutama pada kasus-kasus malnutrisi yang sudah ada sebelumnya. Susu dan jus harus diencerkan sebelum diberikan.

2.1.9.5 Antimetika dan antipasmodik biasanya tidak dianjurkan. Tetapi antibiotik digunakan untuk mengobati penyakit yang disebabkan organisme *Shigella*, *E.coli*, organisme *Salmonella*, dan *G lambia*. Antibiotik dapat memperpanjang status karier pada infeksi *Salmonella* (Ngastiyah, 2005).

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.(Riyadi, 2009)

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, 2009).

2.2.2 Tahap-tahap tumbuh kembang anak (Donna L Wong, 2008)

2.2.1.1 Pre natal

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

2.2.1.2 Bayi

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

2.2.1.3 Anak-anak awal

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

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

2.2.1.5 Anak-anak akhir:

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

2.2.1.6 Tahapan perkembangan anak

Tabel 2.1 Perkembangan anak usia 13-24 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIK ASI PASIF	KOMUNIK ASI AKTIF	MENOLO NG DIRI SENDIRI
1. Berjalan sendiri	1. Menggunakan benda	1. Memberikan reaksi yang tepat kalau ditanya “dimana”	1. Mengucapkan kata yang mempunyai arti.	1. Bisa memakai sendok, tapi masih tumpah.
2. Berjalan mundur	2. Memasukkan benda kedalam lubang	2. Mengerti arti kata “di, didalam, dibawah”	2. Menggunakan perkataan yang disukai gerakan untuk meminta sesuatu.	2. Minum dari cangkir dipegang dengan satu tangan tanpa dibantu.
3. Mengambil alat permainan dari lantai tanpa jatuh	3. Membuka-buka lembaran	3. Menjalankan perintah untuk membawa benda yang sudah dikenalnya dari ruangan lain	3. Mengucapkan kata-kata tunggal secara beruntun untuk menceritakan suatu kejadian.	3. Membuka sepatu, kaos kaki, celana, baju kaos.
4. Menarik dan mendorong alat permainan	4. Mencoret-coret	4. Mengerti kalimat sederhana	4. Menyebutkan diri	4. Membuka tutup baju seleret(re
5. Duduk sendiri, mengerti penghargaan/pujian	5. Menarik, memutar, mendorong benda-benda			
6. Naik dan turun tangga	6. Melempar-lempar			
	7. Menggambar dengan gerakan tangan yang menyeluruh, menggeser tangan, membuat garis besar			

dengan pertolongan		yang terdiri dari paling banyak dua kata saja	sendiri namanya.	tsluiting) yang besar.
7. Bergoyang-goyang mengikuti irama musik		5. Mengerti dua perintah sederhana yang saling berhubungan	5. Dapat mengatakan hak milik/kepunyaannya untuk menunjuk pada benda-benda miliknya. Menambah perbendaharaan kata(sebanyak lebih kurang 50 kata).	5. Bisa mengatakan kalau ingin kebelakang (buang air)

Tabel 2.2 Perkembangan anak usia 25-36 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
1. Lari tanpa	1. Mengatur/memakai benda-	1. Menunjuk gambar	1. Membuat kalimat	1. Menggunakan sendok

jatuh.	benda.	dari benda	dua kata.	tumpah
2. Lompat	2.Membalik	yang	2. Menyebutk	sedikit.
ditempat	halaman buku	umum/suda	an nama.	2. Mengambil
kedua	satu persatu.	h	3. Mengguna	minuman
kaki	3.Memegang alat	dikenal,kal	kan kata	dari
jatuh	tulis gambar.	au benda	tanya apa	kendi/teko/
bersama	4.Menggunakan	tersebut	dan dimana	ceret tanpa
an.	satu tangan	disebutkan.	4. Membuat	dibantu.
3. Berdiri	secara	2. Dapat	kalimat	3. Membuka
pada	tetap,dalam	mengenal	sangkal.	pintu
satu	hampir semua	benda	5. Menunjukk	dengan
kaki.	kegiatan.	kalau	an	memutar
4. Berjingk	5.Meniru garis	diberitahu	kekesalan	pegangan
at diatas	(lingkaran,lurus	kegunaany	atau	pintu.
jari-jari	dan	a.	kejengkela	4. Membuka
kaki.	berditi/tegak	3. Mengerti	n karena	baju
5. Menend	lurus).	bentuk	tidak	dengan
ang	6.Melukis	pertanyaan	mengerti	dibantu.
bola.	bentuk-bentuk.	apa dan		5. Mencuci
	7.Meremas-	dimana.		dan
	remas,menggul	4. Mengerti		mengering
	ung tanah liat.	kata		kan tangan
		larangan		dengan
		seperti :		bantuan.

		tidak,bukan ,tidak dapat,jangan. 5. Senang mendengar kan cerita yang sederhana dan minta diceritakan lagi.		6. Belajar dilakukan dengan eksplorasi. 7. Mulai mengerti menggunakan an benda- benda
--	--	--	--	---

Tabel 2.3 Perkembangan anak usia 36-48 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF	MENOLONG DIRI SENDIRI
1. Lari menghindari hambatan dan tantangan. 2. Berjalan	1. Membuat menara dari sembilan balok kecil. 2. Meniru bentuk- bentuk	1. Mulai memahami kalimat- kalimat konsep- konsep waktu.	1. Bicara dalam kalimat yang terdiri dari 3. 2. Anak	1. Dapat menuang air dengan baik(tanpa tumpah)dari tempat air(teko/cer

diatas	membuat	2. Mengerti	dapat	et)tutup
garis.	lingkaran.	perbandingan	mencari	kecil.
3. Berdiri	3. Meniru	-	terakan	2. Memasang
diatas	garis.	perbandingan	pengalam	dan
satu kaki	4. Membuat	dalam hal	an masa	membuka
untuk 5-	silang.	ukuran,mem	yang lalu.	kancing
10 detik.	5. Membuat	bandingkan	3. Menyebut	besar.
4. Melonjat	segiempat.	benda-benda	diri	3. Mencuci
diatas	6. Meniru	atau dua hal.	dengan	tangan
satu kaki.	tulisan.	3. Memahami	memakai	dibantu.
5. Mendoro	7. Membuat	konsep sebab	kata	4. Membuang
ng,menari	bentuk	akibat.	“saya,aku	ingus kalau
k,menge		4. Mengerti dan	”.	diingatkan.
mudikan		dapat	4. Berbicara	
permaina		melaksanaka	dengan	
n beroda.		n sampa-	ucapan	
6. Mengend		sampai 4	yang	
arai		perintah/petu	dapat	
sepeda		njuk yang	dimengert	
roda tiga.		ada	i orang	
7. Lompat		kaitannya.	lain(yang	
diatas		5. Mengerti	masih	
benda		kalau	asing).	
setinggi		diberitahuka		

15cm mendarat dengan kedua kaki bersama.		n “ayo pura- pura”		
8. Melempar bola diatas kepala.				
9. Menangk ap bola yang dilempar kepadany a.				

Tabel 2.4 Perkembangan anak usia 49-60 bulan

GERAKAN MOTORIK KASAR	GERAKAN MOTORIK HALUS	KOMUNIKASI PASIF	KOMUNIKASI AKTIF
1. Berjalan mundur dengan tumit berjingkat(ji	1. Menggunting kertas dengan mengikuti	1. Dapat mengikuti 3 perintah tidak berhubungan,dal am urutan yang	1. Bertanya dengan pertanyaan : -kapan

njit).	garis tanpa	tepat.	-
2. Lompat	terputus.	2. Mengerti	bagaiman
kedepan	2. Menggambar	perbandingan	a
10kali tanpa	garis silang.	sesuatu sifat dari	-mengapa
terjatuh.	3. Menggambar	benda/orang	2. Menggunakan
3. Naik turun	segiempat	secara	kata :
tangga		bertingkat(3tingk	-dapat
dengan kaki		atan ini: ia lah	-akan
berganti-		biasa,lebih,paling	3.
ganti		).	Menggabungkan
		3. Mendengarkan	kalimat.
		cerita yang	4. Berbicara
		panjang.	tentang
		4. Menggabungkan	hubungan sebab
		perintah lisan	akibat dengan
		kedalam kegiatan	menggunakan
		bermain.	karena dan jadi.
		5. Menceritakan isi	5. Menceritakan
		cerita,walau	isi cerita,walau
		mungkin masih	mungkin masih
		campur aduk	campur aduk
		faktanya.	faktanya

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	1. Menggantung	1. Menunjukkan berbagai	1. Dalam tata bahasa	1. Dapat berpa

ujung jari kaki (jinjit).	bentuk-bentuk sederhana	bentuk ketrampilan dan kemauan dibidang pra akademik seperti T.K.	sudah mendekati penggunaa n tata bahasa orang dewasa.	kaian sendir i secara lengka p.
2. Jalan diatas papan keseimbangan	2. Meniru membuat segi tiga,bentuk k-bentuk simetris.		2. Dapat menanti gilirannya yang tepat dalam pembicara an.	2. Menyi kat gigi tanpa dibant u.
3. Dapat meloncat sampai 20cm.				
4. Main lompat tali dengan kaki berganti-ganti	3. Membuat bentuk wajik,segi tiga,segi empat. 4. Menulis angka. 5. Memberi warna(berbagai bentuk gambar).		3. Memberi dan menerima keteranga n	3. Meny ebran g jalan denga n selam at

2.2.3 Ciri ciri tumbuh kembang anak

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

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

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

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

2.2.3.4 Perkembangan erat hubungannya dengan maturasi sistem susunan saraf.

2.2.3.5 Aktifitas seluruh tubuh diganti respon individu yang khas.

2.2.3.6 Arah perkembangan anak adalah sefalokaudal.

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

(Soetjiningsih, 2009)

2.2.4 Kebutuhan Dasar tumbuh kembang anak

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang anak, secara umum di golongan menjadi tiga kebutuhan dasar sebagai berikut: (Soejtiningsih, 2009)

2.2.4.1 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

2.2.4.2 Kebutuhan emosi/kasih sayang (ASIH)

Hubungan yang penuh kasih sayang, erat, mesra, dan selaras antara kedua orang tua, 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.

2.2.4.3 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.

2.2.5 Perkembangan sosial anak , (Wong, 2008)

2.2.5.1 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.

2.2.5.2 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.

2.2.5.3 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.

2.2.5.4 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.

2.2.5.5 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.

2.2.5.6 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.

2.2.6 Perkembangan psikoseksual anak (Harlimsyah, 2010) :

2.2.6.1 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.

2.2.6.2 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.

2.2.6.3 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.

2.2.6.4 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.

2.2.6.5 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).

2.2.7 Perkembangan psikososial anak, menurut (Riendrafi, 2013)

2.2.7.1 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.

2.2.7.2 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.

2.2.7.3 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.

2.2.7.4 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*.

2.2.7.5 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.

2.2.7.6 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.

2.2.7.7 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.

2.2.7.8 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. (Riendrafi, 2013)

2.2.8 Perkembangan moral anak

2.2.8.1 Usia 3 tahun

Tingkah lakunya semata-mata dikuasai oleh dorongan yang didasari dengan kecendrungan 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.

2.2.8.2 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.

2.2.8.3 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, 2002).

2.2.9 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, 2010).

2.2.9.1 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.

2.2.9.2 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.

2.2.9.3 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 alasan darurat atas berencana mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit menjalani terapi dan perawatan sampai

pemulangan . 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. (Supartini, 2004)

2.3.2 Dampak hospitalisasi

- 1) Dampak privasi : Setiap mau melakukan tindakan perawat harus selalu memberitahu dan menjelaskan tindakan perihal apa yang mau dilakukan
- 2) Gaya hidup : Pasien anak yang dirawat dirumah sakit sering kali mengalami perubahan pola gaya hidup hal ini disebabkan perbedaan pola dirumah sakit dengan dirumah anak.
- 3) Otonomi : Ia akan pasrah terhadap tindakan apapun yang dilakukan oleh petugas kesehatan demi mendapatkan kesembuhan.
- 4) Peran : Banyak yang berubah seperti perubahan peran, masalah keuangan, perubahan kebiasaan sosial, dan rasa kesepian. (Wong, 2008)

2.3.3 Cemas akibat perpisahan

Selama fase protes, anak-anak bereaksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orangtua. Mereka menangis dan berteriak memanggil orangtua 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 superfisial, tampak bahwa anak akhirnya menyesuaikan diri terhadap kehilangan. Perilaku ini merupakan hasil dari kepasrahan dan bukan merupakan tanda-tanda kesenangan. Anak memisahkan diri dari orangtua dan mengatasinya dengan membentuk hubungan yang dangkal dengan orang lain, menjadi makin berpusat pada diri sendiri, dan semakin berhubungan dengan objek materi. (Wong, 2008)

2.3.4 Kehilangan kendali

2.3.4.1 Bayi : bayi berusaha mengendalikan lingkungannya dengan ungkapan emosional, seperti menangis atau tersenyum

2.3.4.2 Todler : pengalaman hospitalisasi atau sakit sangat membatasi harapan dan prediksi mereka, karena secara praktis lingkungan rumah sakit sangat berbeda dengan yang ada di rumah. Misalnya, mereka menolak ketika diberi makan yang berbeda dengan makanan yang biasa dimakan di rumahnya.

2.3.4.3 Anak pra sekolah : mereka memahami berbagai peristiwa dari sudut pandang mereka sendiri. Misalnya jika konsep anak pra sekolah tentang perawat adalah mereka yang menyebabkan nyeri , maka akan berpikir setiap perawat juga akan menyebabkan nyeri.

2.3.4.4 Anak usia sekolah : anak usia sekolah biasanya rentan terhadap kejadian-kejadian yang dapat mengurangi rasa kendali dan kekuatan mereka karena mereka berusaha keras memperoleh kemandirian dan produktivitas

2.3.4.5 Remaja : remaja dapat merasa terancam oleh orang lain yang menghubungkan fakta-fakta dengan cara yang merendahkan diri. Remaja ingin mengetahui apakah orang lain dapat berhubungan setingkat dengannya atau tidak. (Wong, 2008)

2.3.5 Karakteristik Perkembangan Respon Anak Terhadap Nyeri

2.3.5.1 Bayi

- 1) Respon tubuh umum, seperti memukul-mukul
- 2) Menangis dengan keras
- 3) Ekspresi nyeri pada wajah (alis menurun dan berkerut bersamaan, mata tertutup rapat, dan mulut terbuka serta membentuk bujur sangkar)

2.3.5.2 Toodler

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

2.3.5.3 Anak usia sekolah

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

2.3.5.4 Remaja

- 1) Protes vokal sedikit
- 2) Aktivitas motorik sedikit

- 3) Ekspresi verbal lebih banyak, seperti ‘sakit’ atau “kamu menyakitiku”
- 4) Ketegangan otot dan kontrol tubuh meningkat

(Wong, 2008)

2.3.6 Efek hospitalisasi pada anak

2.3.6.1 Anak kecil

- 1) Kecenderungan untuk berpegangan 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 pemalu

2.3.6.2 Anak yang lebih tua

- 1) Dingin secara emosional, dilanjutkan dengan ketergantungan pada orangtua yang intens dan menuntut
- 2) Marah pada orangtua
- 3) Cemburu dengan orang lain (misalnya sibling).

(Wong, 2008)

2.3.7 Reaksi Orang Tua Terhadap Hospitalisasi

Pada awalnya orang tua dapat bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul secara tiba-tiba dan serius. Setelah realisasi penyakit, orang tua bereaksi dengan marah atau merasa bersalah. Orangtua dapat mempertanyakan kelayakan diri mereka sendiri sebagai pemberi perawatan terhadap anaknya. Takut, cemas, dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orangtua. Takut dan

cemas berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Perasaan frustrasi berkaitan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan pengobatan. Orangtua akhirnya dapat bereaksi dengan beberapa tingkat depresi. (Wong, 2008)

2.3.8 Konsep Solusi

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, 2008)

2.4 Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

2.4.1.1 Identitas pasien

Untuk umur pasien pada diare akut, sebagian besar adalah anak di bawah 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).

2.4.2 Riwayat Keperawatan

2.4.2.1 Keluhan Utama

Buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari. BAB lebih dari 3 kali dengan konsistensi cair. Bila diare berlangsung kurang dari 14 hari adalah diare akut. Bila berlangsung 14 hari atau lebih adalah diare persisten (Susilaningrum, 2013).

2.4.2.2 Riwayat penyakit saat ini

Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang, kemungkinan timbul diare. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau 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. Bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai tampak (Susilaningrum.dkk, 2013).

2.4.2.3 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

- 1) Riwayat imunisasi terutama anak yang belum imunisasi campak. Diare lebih sering terjadi dan berakibat berat pada anak-anak dengan campak atau yang menderita campak dalam empat minggu terakhir.
- 2) Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan karena faktor ini salah satu kemungkinan penyebab diare.
- 3) Riwayat penyakit yang sering pada anak dibawah 2 tahun biasanya batuk, panas, pilek dan kejang yang terjadi sebelum, selama, atau setelah diare (Susilaningrum.dkk, 2013).

4) Riwayat imunisasi

(1) BCG

Kegunaan : mencegah penyakit tuberkolusis yang infeksi yang disebabkan bakteri mycobacterium.

Frekuensi pemberian : hanya 1 kali tidak perlu diulang, saat bayi baru lahir atau dibawah 2 bulan.

Reaksi yang timbul : muncul bisul kecil dan bernanah di daerah bekas suntikan setelah 4-6 minggu. Tidak menimbulkan nyeri dan tidak diiringi panas. Bisul akan sembuh sendiri dan meninggalkan luka parut.

(2) DPT

Kegunaan : mencegah 3 jenis penyakit, yaitu difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan yang biasanya berlangsung dalam waktu lama).

Frekuensi pemberian : sebanyak 5 kali, 3 kali diusia bayi (2,4,6 bulan), 1 kali di usia 18 bulan dan 1 kali diusia 1 tahun.

Reaksi yang timbul : umumnya muncuul demam yang dapat diatasi dengan obat penurun panas.

(3) Polio

Kegunaan : melindungi tubuh terhadap virus polio yang menyebabkan kelumpuhan.

Frekuensi pemberian : diberikan saat kunjungan pertama setelah lahir. Selanjutnya vaksin ini diberikan 3 kali yakni saat bayi berumur 2,4,6 bulan.

Reaksi yang timbul : hampir tidak ada hanya sebagian kecil anak yang mengalami pusing, diare ringan dan sakit otot.

(4) Campak

Kegunaan : melindungi anak dari penyakit campak yang disebabkan virus.

Frekuensi pemberian : diberikan saat anak umur 9 bulan. Campak kedua diberikan pada anak SD (6tahun). Jika belum mendapatkan vaksin campak pada umur 9 bulan anak akan bisa diberikan vaksin kombinasi dengan golongan dan campak jerman (*MMR atau Measles, Mumps, Rubella*) diusia 15 bulan.

Reaksi yang timbul : pada beberapa anak bisa menyebabkan demam dan diare namun kasusnya sangat kecil. Biasanya demam berlangsung seminggu kadang juga terdapat efek kemerahan mirip campak selama 3 hari.

(5) Hepatitis B

Kegunaan : melindungi tubuh dari virus Hepatitis B, yang bisa menyebabkan kerusakan pada hati.

Frekuensi pemberian : dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 bulan lalu 3-6 bulan.

Reaksi yang timbul : berupa keluhan nyeri pada bekas suntikan yang disusul demam ringan dan pembengkakan namun reaksi ini akan hilang dalam waktu 2 hari.

(Dedeh, 2009).

5) Riwayat kesehatan keluarga

(1) Lingkungan rumah dan Komunitas

Umumnya penyakit diare memiliki daerah *epidemic* di kebanyakan daerah dan wilayah kumuh, hal ini berkaitan dengan masalah ekonomi. Lingkungan yang mengakibatkan timbulnya diare bisa berhubungan dengan masalah air, tanah dan berjangkitnya lalat. Lingkungan yang tidak bersih dapat menjadi pemicu timbulnya diare di dalam tubuh anak.

(Anne Ahira, 2010)

6) Riwayat Nutrisi

Riwayat pemberian makanan sebelum mengalami diare, meliputi :

- (1) Pemberian ASI penuh pada anak umur 0-6 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 pada pencernaan.
- (3) Perasaan haus. Anak diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa). Pada dehidrasi ringan atau sedang merasa haus ingin minum banyak. Sedangkan pada dehidrasi berat, anak malas minum atau tidak bisa minum (Nursalam, 2008).

7) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Pada usia toddler anak senang sekali bermain. Biasanya anak sering memasukkan benda atau barang yang digunakan saat bermain. Jajan sembarangan, kurangnya kebiasaan cuci tangan, kebersihan jamban dan lingkungan sekitar anak dapat menyebabkan terjadinya diare. Maka dari itu ibu harus selalu waspada terhadap anaknya.

8) Pemeriksaan fisik

(1) B1 (Respirasi)

Inspeksi : adanya frekuensi pernafasan yang meningkat atau normal, irama pernafasan teratur, pola nafas reguler, bentuk dada simetris, dan tidak ada retraksi otot bantu nafas.

Palpasi : Vocal fremitus kanan dan kiri sama.

Perkusi : paru-paru sonor.

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan.

(2) B2 (Kardiovaskuler)

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

Perkusi : perkusi jantung normal

Auskultasi : tekanan darah pada anak menurun, suara jantung S1 normal dan S2 normal

(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/24jam), 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 dan muntah

Inspeksi : defekasi lebih dari 3 kali dalam sehari, feses berbentuk encer, terdapat darah, lendir, lemak serta berbuih membran mukosa kering.

Perkusi : perut akan terasa begah dan kembung.

Palpasi : perut terasa sakit dan nyeri saat ditekan.

Auskultasi : suara bising usus meningkat.

(6) B6 (Muskuloskeletal)

Anak tampak lemah, aktivitas menurun. Pada saat dilakukan palpasi terdapat hipotoni, kulit kering, elastisitas menurun, turgor kulit menurun dan membran mukosa kering, ubun-ubun besar tampak cekung.

(7) B7 (Penginderaan)

Mata : pada keadaan diare yang lebih lanjut atau syok hipovolumia reflek pupil (-) dan mata cowong, ketika anak menangis tidak keluar air mata.

Hidung : penciuman hidung normal.

Telinga : tidak ada infeksi telinga, nyeri tekan, mastoiditis dan pendengaran normal.

Lidah : lidah tetasa pahit.

Integumen : kulit kering dan turgos kulit menurun.

(8) B8 (Endokrin)

Pada anak dengan Gastroenteritis secara garis besar tidak ada kelainan pada sistem endokrin.

(Pritayani, 2013).

2.4.3 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 menginterpretasikan 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 :

2.4.3.1 Validasi data kembali, teliti kembali data yang dikumpul

2.4.3.2 Identifikasi kesenjangan data

2.4.3.3 Susun katagori data secara sistematis dan logis

2.4.3.4 Identifikasi kemampuan dan keadaan yang menunjang asuhan keperawatan klien

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

2.4.3.6 Buat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan.

(Young Jabbar, 2014).

2.4.2 Diagnosa

2.4.2.1 Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan dari traktus GI ke dalam feses atau muntahan

2.4.2.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare dan asupan cairan yang tidak adekuat

2.4.2.3 Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair (Wong L.D.,dkk, 2008).

2.4.2.4 Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan asidosis metabolik

2.4.2.5 Resiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan kehilangan cairan elektrolit berlebihan

2.4.2.6 Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

2.4.2.7 Defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit

2.4.2.8 Diare berhubungan dengan proses infeksi

2.4.3 Perencanaan

2.4.3.1 Diagnosa 1 : Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan dari traktus GI ke dalam feses atau muntahan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan secara 1x24 jam diharapkan volume cairan pasien kembali normal.

Kriteria hasil :

- 1) Mempertahankan urine output dengan usia dan berat badan, BJ urine dan HT normal
- 2) Tanda-tanda vital dalam batas normal, suhu $36,6^{\circ}\text{C} - 37,2^{\circ}\text{C}$, nadi: (bayi : 120-130 x/mnt, anak : 80-90 x/mnt), RR : (bayi : 30-40 x/mnt, anak : 20-30 x/mnt)
- 3) Tidak terdapat tanda-tanda dehidrasi seperti turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan (Nuratif dan Kusuma, 2015)
- 4) Frekuensi BAB normal 1-2 x/hari, konsistensi lembek, warna kuning
- 5) Balance cairan seimbang

Intervensi

- 1) Jelaskan pada orang tua mengenai dampak yang timbul apabila anak kekurangan cairan

Rasional : orang tua mampu memahami dampak yang timbul apabila anak kekurangan cairan

- 2) Anjurkan orang tua untuk memberikan minum sesuai toleransi

Rasional : agar tidak terjadi dehidrasi

- 3) Observasi tanda-tanda vital (TD, nadi, suhu)

Rasional : hipotensi (termasuk postural), takikardi, demam dapat menunjukkan respon terhadap efek kehilangan cairan

- 4) Observasi kulit kering berlebihan dan membran mukosa, penurunan turgor kulit, pengisian kapiler terlambat

Rasional : menunjukkan kehilangan cairan berlebihan atau dehidrasi

- 5) Intruksikan untuk menghindari konsumsi cairan jernih seperti jus buah, minuman ringan bersoda dan gelatin

Rasional : cairan tersebut mengandung hidrat arang dengan elektrolit yang rendah dan osmolalitas yang tinggi

- 6) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat

Rasional : memberikan informasi tentang keseimbangan cairan

- 7) Hitung balance cairan anak

Rasional : untuk mengetahui haluaran cairan

Cara menghitung IWL : $(30 - \text{usia anak dalam tahun}) \times \text{cc/kgBB/hari}$

(1) IWL apabila terjadi kenaikan suhu pada pasien :

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

Cara menghitung AM (Air Metabolisme)

Air Metabolisme pada anak berdasarkan tahapan usia, menurut Iwasa

M.Kogoshi S (1995) yaitu :

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

Cara menghitung balance cairan :

(cairan masuk + Air Metabolisme) – (cairan keluar + IWL)

- 8) Kolaborasi pemberian cairan infuse sesuai program untuk mengatasi dehidrasi dan vomitus yang berat

Rasional : untuk mengganti cairan yang hilang lewat feses

(Nurarif dan Kusuma, 2015).

2.4.3.2 Diagnosa 2 : Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare dan asupan cairan yang tidak adekuat

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mengkonsumsi nutrisi dalam jumlah yang adekuat

Kriteria hasil :

- 1) Makanan yang disajikan habis minimal $\frac{3}{4}$ porsi
- 2) Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan
- 3) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
- 4) Tidak terjadi penurunan berat badan
- 5) Tidak mual dan muntah
- 6) Bising usus kembali normal

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

Intervensi

- 1) Jelaskan pada orang tua pentingnya nutrisi bagi tubuh anak

Rasional : dengan mengetahui fungsi makanan bagi tubuh, orang tua akan termotivasi untuk memberikan masukan per oral

- 2) Anjurkan ibu yang menyusui sendiri bayinya agar melanjutkan pemberian ASI setelah rehidrasi tercapai

Rasional : karena tindakan ini cenderung mengurangi intensitas dan lamanya sakit

- 3) Observasi masukan makanan dan perubahan simptomatologi

Rasional : memberikan rasa control pada pasien dan kesempatan untuk memilih makanan yang diinginkan atau dinikmati dapat meningkatkan masukan makanan

- 4) Berikan dan anjurkan keluarga untuk tetap melakukan ritual saat makan

Rasional : lingkungan yang menyenangkan menurunkan stress dan lebih kondusif untuk makan

- 5) Berikan makanan dalam porsi sedikit tapi sering

Rasional : dalam pemberian makanan dalam porsi sedikit tapi sering dapat menggantikan cairan yang hilang

- 6) Sajikan makanan dalam keadaan hangat dan menarik

Rasional : penyajian yang hangat dan menarik dapat membantu meningkatkan nafsu anak

7) Timbang berat badan secara periodic

Rasional : memantau apabila terjadi penurunan berat badan secara drastic

8) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat

Rasional : untuk memperbaiki status nutrisi

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.4.3.3 Diagnosa 3 : Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatn 3x24 jam diharapkan kulit pasien tetap utuh

Kriteria hasil :

- 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi)
- 2) Tidak ada luka atau lesi
- 3) Perfusi jaringan baik
- 4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
- 5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Intervensi

- 1) Jelaskan kepada orang tua penyebab anus anak lecet dan terjadi kemerahan

Rasional : orang tua mampu memahami penyebab anus lecet dan terjadi kemerahan

- 2) Anjurkan orang tua untuk mengganti popok dengan sering

Rasional : untuk menjaga kulit selalu bersih dan kering

- 3) Ajarkan orang tua membersihkan bagian bokong secara hati-hati dengan sabun non alkalis yang lunak dan air atau merendam anak dalam bath-tub

Rasional : agar dapat dibersihkan secara hati-hati karena feses pasien diare bersifat sangat iritatif pada kulit

- 4) Anjurkan menghindari pemakaian tisu pembersih komersial yang mengandung alcohol pada kulit yang mengalami ekskoriasi

Rasional : karena penggunaan tisu ini akan menimbulkan rasa perih

- 5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian preparat antifungus yang tepat

Rasional : mengobati infeksi jamur (Wong, 2009)

2.4.3.4 Diagnosa 4 : gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan asidosis metabolic

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas dapat teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Tidak menggunakan otot bantu nafas
- 2) Peningkatan ventilasi dan oksigenasi adekuat
- 3) Tidak ada secret atau nafas tambahan

4) Frekuensi pernafasan dalam batas normal

Bayi : 25 – 50 x/menit

Anak : 15 – 30 x/menit

Intervensi

1) Observasi adanya suara nafas, catat adanya suara tambahan

Rasional : mengetahui perkembangan pada pernafasan

2) Berikan ventilasi dan posisikan yang nyaman

Rasional : meningkatkan pola pernafasan spontan yang optimal dalam memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbondioksida di paru

3) Monitor untuk manajemen jalan nafas

Rasional : memfasilitasi kepatenan jalan nafas

4) Lakukan suction atau fisioterapi dada jika perlu

Rasional : mencegah atau mengurangi penumpukan secret

5) Kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen

Rasional : membantu pernafasan yang adekuat

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.4.3.5 Diagnosa 5 : Resiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit berlebihan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam resiko tinggi syok hipovolemik tidak terjadi

Kriteria hasil :

- 1) Tanda – tanda vital dalam batas normal (N: 120-160 x/menit, S: 36°C-37°C, RR: <40 x/mnt)

2) Irama pernafasan reguler

3) Irama jantung reguler

Intervensi

1) Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang perdarahan, dan segera laporkan jika terjadi perdarahan

Rasional : Dengan melibatkan pasien dan keluarga maka tanda-tanda perdarahan dapat segera diketahui dan tindakan yang cepat dan tepat dapat segera diberikan

2) Observasi vital sign setiap 3 jam atau lebih

Rasional : Perawat perlu terus mengobservasi vital sign untuk memastikan tidak terjadi presyok atau syok

3) Monitor keadaan umum pasien

Rasional : untuk memonitor kondisi pasien selama perawatan terutama saat terjadi pendaharan. Perawat segera mengetahui tanda-tanda persyok atau syok

4) Kolaborasi pemberian cairan intravena

Rasional : Cairan intravena diperlukan untuk mengatasi kehilangan cairan tubuh secara hebat.

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.4.3.6 Diagnosa 6 : Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan suhu tubuh pasien dapat menurun

Kriteria Hasil :

- 1) Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang hipertermi
- 2) Suhu normal 36-37,5 C
- 3) Akral hangat
- 4) TTV normal

TD : $\frac{100 - 119}{65 - 75}$ mmHg

Suhu : 36 C – 37,5 C

N : 60 - 95x/menit

RR : 14 – 22 x/menit

Intervensi

- 1) Jelaskan pada orang tua tentang hipertermi

Rasional : Agar orang tua mengetahui dan memahami tentang hipertermi
- 2) Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat

Rasional : Karena pakaian yang tipis dapat mengurangi produksi keringat
- 3) Anjurkan untuk tetap memberikan cairan

Rasioanl : Untuk mencegah dehidrasi pada pasien
- 4) Ajarkan cara mengompres

Rasional : Dapat membantu mengurangi demam pada pasien
- 5) Kolaborasi dengan pemberian terapi antipiretik

Rasional : Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya hipotalamus

2.4.3.7 Diagnosa 7 : Defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan keluarga pasien paham tentang diare

Kriteria Hasil :

- 1) Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang definisi diare
- 2) Ibu mampu menyebutkan 3 dari 4 penyebab diare
- 3) Ibu mampu menyebutkan 4 dari 5 tanda dan gejala diare
- 4) Ibu mampu menyebutkan kembali tentang penatalaksanaan diare

Intervensi

- 1) Jelaskan pada keluarga pasien tentang definisi penyakit diare, proses penyakit, tanda gejala, identifikasi kemungkinan penyebab, dan jelaskan kondisi tentang pasien

Rasional : Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas

- 2) Jelaskan tentang program pengobatan dan alternatif pencegahan

Rasional : Mempermudah intervensi

- 3) Tanyakan kembali pengetahuan keluarga klien dan klien tentang prosedur perawatan dan pengobatan

Rasional : Mereview kembali apa yang sudah dinformasikan

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.4.3.8 Diagnosa 8 : Diare berhubungan dengan proses infeksi

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan diare pasien dapat berhenti

Kriteria Hasil :

- 1) Keluarga pasien melaporkan diare sudah berkurang
- 2) Feses berbentuk
- 3) Frekuensi BAB 1 x/hari
- 4) Bising usus dengan batas normal (10 – 30 x/detik)

Intervensi

- 1) Observasi dan catat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses

Rasional : Untuk mengetahui perubahan diare

- 2) Anjurkan pasien untuk mempertahankan tirah baring

Rasional : Supaya tidak memperparah diare

- 3) Anjurkan keluarga untuk tidak memberikan makanan tinggi serat

Rasional : Supaya tidak memperparah diare pada anak

- 4) Anjurkan keluarga pasien untuk tetap memberikan cairan per oral

Rasioanl : Untuk menjaga agar cairan tubuh pasien cepat kembali normal

- 5) Kolaborasi pemberian obat anti diare

Rasional : Untuk mengurangi diare yang berlebih

- 6) Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian diet

Rasioanl : Gizi sangat dibutuhkan pada saat anak sedang diare untuk cepat memperbaiki cairan yang hilang

2.4.4 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.

Dokumentasi 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).

2.4.5 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.

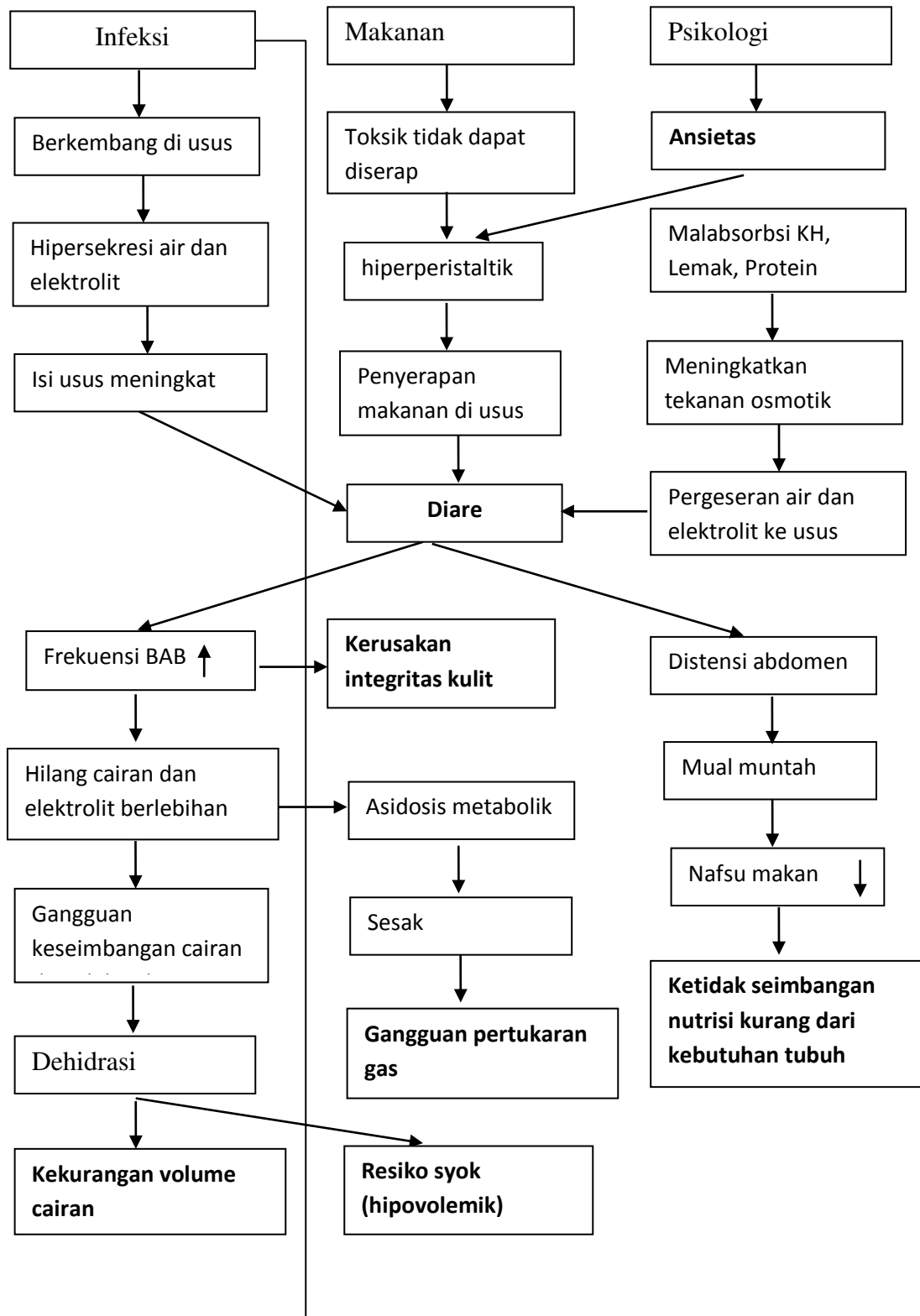
2.4.5.1 Tujuan evaluasi

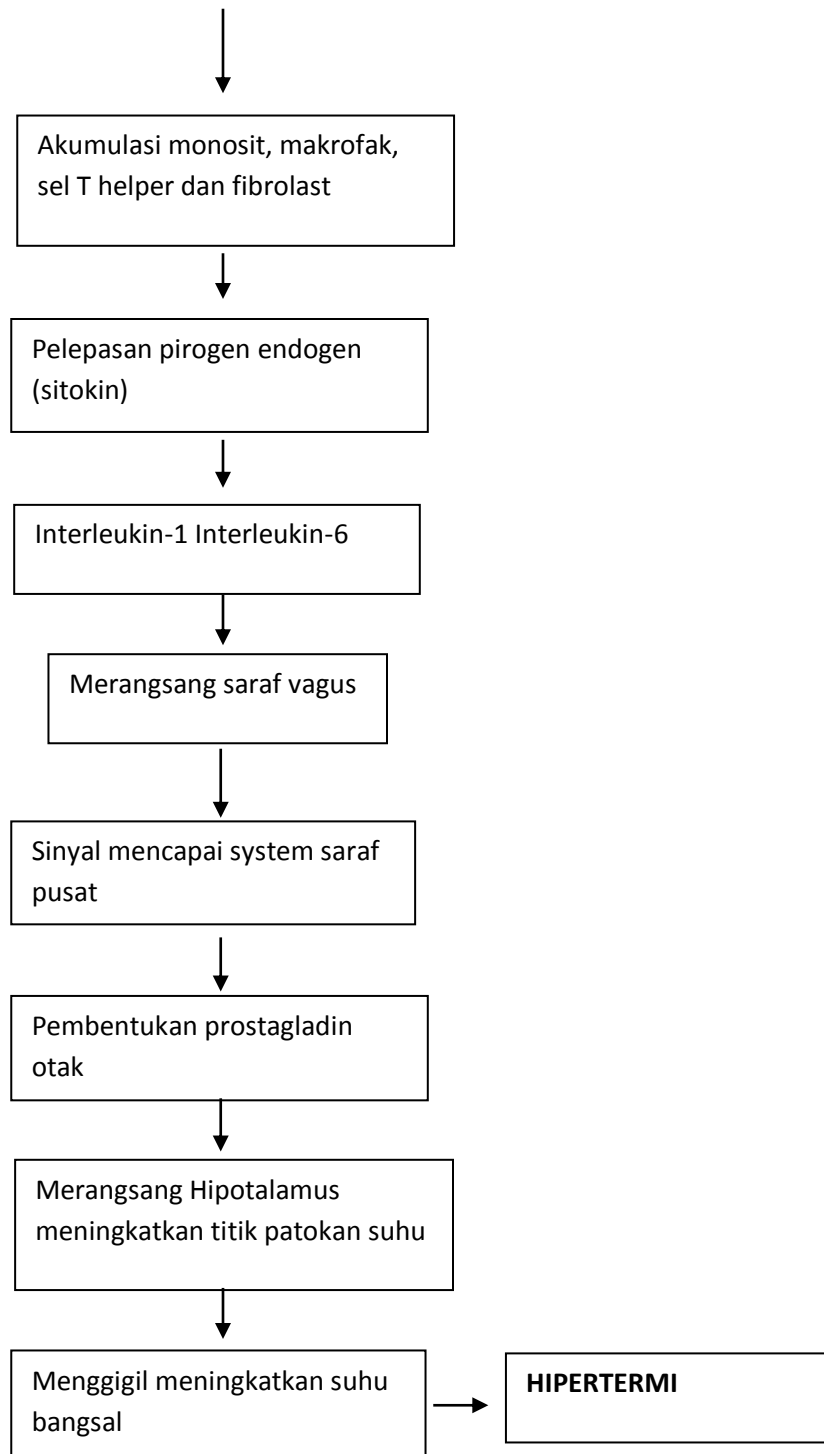
- 1) Menjamin asuhan keperawatan secara optimal.
- 2) Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
- 3) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
- 4) Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
- 5) Meneruskan rencana tindakan keperawatan
- 6) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
-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

2.4.5.2 Hasil evaluasi untuk menilai tercapai 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 terselesaikan bahkan timbul masalah baru (Rahmaryna, 2011).

2.6 Kerangka masalah





Gambar 2.1 : Kerangka Masalah Gastroenteritis NANDA Noc-Nic 2015

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan *Gastroenteritis* maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 22 Januari 2019 sampai dengan 25 Januari 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 22 Januari 2019 pada pukul 13.00 WIB. Anamnesa di peroleh dari klien dan filr No. RM 384xxx.

3.1 Asuhan Keperawatan

3.1.1 Pengkajian

3.1.1.1 Identitas pasien

An.S berusia 10 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Islam, pendidikan belum tamat SD. Pasien adalah anak ke dua dari Tn.A usia 47 tahun dan Ny.H usia 47 tahun. Pasien tinggal di Perumahan Citra Asih, Gempol, orang tua pasien beragama Islam dan pekerjaan ayahnya sebagai Tentara Nasional Indonesia Angkatan Laut dan ibu sebagai Ibu Rumah Tangga. Pasien mempunyai 1 saudara bernama Sdr.O berusia 23 tahun hubungan dengan An.S adalah sebagai kakak.

3.1.2 Riwayat Keperawatan

3.1.2.1 Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan anaknya diare sudah lebih dari 5x disertai panas.

3.1.2.2 Riwayat penyakit saat ini

Ibu pasien mengatakan pasien demam sejak tanggal 11 Januari 2019 disertai muntah 4x @ 50 cc, diare 6x @ 100 cc dengan konsistensi cair dan berlendir, warna kuning kecoklatan. Kemudian keluarga pasien membawanya ke bidan terdekat namun tidak ada perubahan. Pada tanggal 15 Januari 2019 keluarga membawanya ke puskesmas dan dirawat selama 3 hari dan belum juga ada perubahan. Lalu dari pihak puskesmas merujuknya ke RSUD Bangil pada tanggal 18 Januari 2019 pukul 08.00 dan dirawat di ruang Ashoka.

Pengkajian pada tanggal 22 Januari 2019 didapatkan pasien diare sudah lebih dari 5 kali @ 100 cc.

3.1.2.3 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

Penyakit yang pernah diderita pasien dahulu demam, batuk atau pilek dan diare. Kecelakaan yang pernah dialami pasien hanya jatuh, pasien tidak pernah operasi, alergi makanan sosis ayam.

3.1.2.4 Riwayat Persalinan

1) Pre natal care

Ibu memeriksakan kehamilannya 12 kali dengan imunisasi TT 1 kali, keluhan selama hamil muntah-muntah pada trisemester awal.

2) Natal

Dahulu ibu melahirkan An.S di Klinik, lamanya persalinan 15 jam dihitung dari pembukaan 1 sampai bayi lahir, plasenta lahir hingga nifas.

3) Riwayat Imunisasi

(1) Imunisasi BCG

An.S mendapatkan imunisasi BCG satu kali dengan reaksi setelah pemberian terbentuk gelembung pada lengan kanan atas.

(2) Imunisasi DPT

An.S mendapatkan imunisasi DPT tiga kali dengan reaksi setelah pemberian tubuh An.S menjadi panas.

(3) Imunisasi Polio

An.S mendapatkan imunisasi Polio empat kali dengan reaksi setelah pemberian An.S mengalami muntah.

(4) Imunisasi Campak

An.S mendapatkan imunisasi Campak 1 satu kali dengan reaksi setelah pemberian imunisasi tubuh An.S menjadi panas.

(5) Imunisasi Hepatitis

An.S mendapatkan imunisasi Hepatitis tiga kali dengan reaksi setelah pemberian tidak ada keluhan.

(6) Imunisasi Hib

An.S mendapatkan imunisasi Hib tiga kali dengan reaksi setelah pemberian tubuh An.S menjadi panas.

(7) Imunisasi MMR

An.S mendapatkan imunisasi MMR satu kali dengan reaksi setelah pemberian tubuh An.S menjadi panas.

3.1.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

3.1.3.1 Penyakit yang pernah diderita keluarga

Ibu pasien mengatakan nenek pasien mempunyai riwayat stroke.

Ibu pasien mempunyai riwayat diare 3 bulan yang lalu.

3.1.3.2 Lingkungan rumah dan komunitas

Ibu pasien mengatakan rumah selalu bersih, terdapat ventilasi yang cukup dan jauh dari tempat pembuangan sampah.

3.1.3.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Ibu pasien mengatakan pasien jarang jajan diluar dan cuci tangan sebelum makan.

3.1.4 Riwayat Tumbuh Kembang

3.1.4.1 Berat badan pasien 38 kg (pada saat dirawat di puskesmas) dengan tinggi badan 135 cm.

Berat Badan Ideal (usia 7 – 12 tahun)

$$= (\text{Usia dalam Tahun} \times 7 - 5) : 2$$

$$= (10 \times 7 - 5) : 2$$

$$= (70 - 5) : 2$$

$$= 65 : 2$$

$$= 32,5 \text{ kg}$$

3.1.4.2 Erupsi gigi pertama 6 bulan , jumlah gigi sekarang 24 buah

3.1.4.3 Tahap perkembangan psikososial (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan anaknya selalu mendapatkan nilai yang bagus di sekolah. Setiap mendapat nilai yang bagus ayahnya selalu mengajaknya jalan-jalan.

3.1.4.4 Tahap perkembangan psikoseksual (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan anaknya pada saat disekolah lebih suka bermain dengan teman laki-lakinya. Pada saat dirumah anaknya suka bermain dengan anak laki-laki sebayanya.

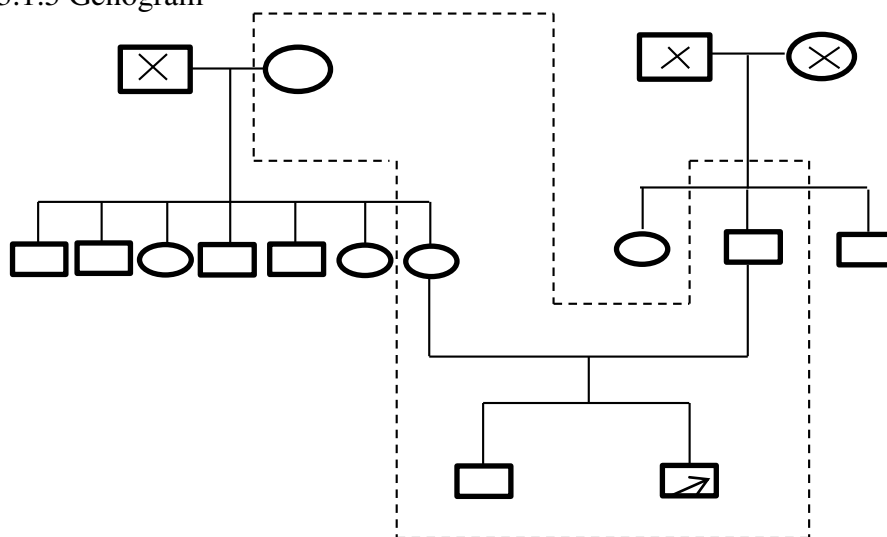
3.1.4.5 Perkembangan sosialisasi (sesuai usia)

Ibu mengatakan pasien sering mengikuti kegiatan les dan mengaji didepan rumahnya. Sosialisasi sehari-hari pasien bermain bersama teman-temannya.

3.1.4.6 Kemampuan menolong diri sendiri (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan pasien sudah mampu melakukan banyak aktivitas untuk menolong dirinya sendiri seperti makan, mandi, belajar, memakai seragam dan baju dirumah.

3.1.5 Genogram



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal
-  : Pasien
-  : Tinggal satu rumah

3.1.6 Riwayat Nutrisi

3.1.6.1 Pemberian ASI

Pertama kali disusui yaitu setelah melahirkan dengan cara pemberian melalui puting ibu. Ibu menyusui selama 10 bulan. Menurut ibu ASI bermanfaat sebagai kekebalan tubuh.

3.1.6.2 Pemberian susu formula

Alasan ibu memberikan susu formula yaitu pada saat anaknya berusia 10 bulan ibu hamil 2 bulan tetapi terjadi keguguran. Biasanya ibu memberikan susu formula kurang lebih 7 kali sehari dengan botol 90 ml. Ibu memberikan susu formula menggunakan botol dot bayi.

3.1.6.3 Pola perubahan nutrisi tiap tahun usia sampai nutrisi saat ini

Pada usia 0-6 bulan ibu memberikan ASI dan pisang ambon. Usia 6-12 bulan ibu memberikan susu formula dan nasi tim. Saat ini ibu memberikan makanan 4 sehat 5 sempurna dan tidak ada keluhan dari usia bayi hingga sekarang.

3.1.6.4 Pola nutrisi sehari-hari

Sebelum sakit dan saat sakit ibu pasien mengatakan pasien susah makan. Pasien makan 4 sehat 5 sempurna saat dirumah, saat dirumah sakit pasien hanya mau makan 3 kali 3 sendok. Pantangan saat sakit tidak boleh minum susu, makan buah dan makanan yang manis-manis, tidak ada batasan makan. Biasanya sebelum makan pasien selalu cuci tangan namun saat sakit ini pasien disuapi oleh ibunya.

3.1.6.5 Cairan

Sebelum sakit pasien minum air putih dan susu di pagi dan malam hari. Pada saat pasien sakit minum susu kurang lebih 300 cc di pagi hari, minum teh kurang lebih 450 cc di siang hari, minum oralit kurang lebih 200 cc di sore hari dan minum air putih sehari 1000 cc. Untuk kebutuhan cairan pasien dapat dihitung dengan perhitungan :

$$BB = 38 \text{ kg}$$

$$10 \times 100 = 1000$$

$$10 \times 50 = 500$$

$$18 \times 20 = 360$$

$$KB = 1000 + 500 + 360 = 1860 \text{ cc / hari}$$

3.1.7 Riwayat Psikososial

3.1.7.1 Tempat tinggal anak

Ibu pasien mengatakan pasien tinggal bersama orang tuanya.

3.1.7.2 Hubungan antar anggota keluarga

Ibu pasien mengatakan hubungan antar anggota keluarga selalu rukun.

3.1.7.3 Pengasuh anak

Ibu pasien mengatakan yang mengasuh anaknya adalah dirinya sendiri dan suaminya.

3.1.7.4 Persepsi keluarga terhadap penyakit anak

Ibu mengatakan mungkin ini cobaan dan harus lebih lagi untuk merawat dan memperhatikan anak. Ibu mengetahui bahwa anaknya sedang sakit diare karena ada gangguan dalam pencernaan anaknya. Ketika ditanya tentang etiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan ibu pasien tidak mampu menjelaskan tentang etiologi, manifestasi klinis dan penatalaksanaan karena ibu hanya mengetahui definisi diare saja.

3.1.8 Observasi dan pengkajian fisik

3.1.8.1 Keadaan umum pasien

Pasien terbaring lemah diatas tempat tidur dengan GCS 4 5 6 dan terpasang infus KA EN di tangan sebelah kiri.

3.1.8.2 Tanda-tanda vital

Tekanan darah 110/70 mmHg, Respirasi 28 x/menit, Nadi 120 x/menit dan suhu 37,9°C.

Masalah keperawatan : Hipertermi

3.1.8.3 Antropometri

Tinggi badan pasien 135 cm dan berat badan 38 kg saat sakit berat badan menurun menjadi 37 kg.

Masalah Keperawatan : Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3.1.8.4 Sistem Pernafasan

Bentuk dada pasien simetris, pola nafas reguler, irama pernafasan teratur, suara nafas tambahan tidak ada, susunan ruas tulang belakang normal, vocal fermitus antara kanan dan kiri sama, tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi thorak sonor, tidak ada alat bantu pernafasan, tidak ada batuk dan tidak ada sputum.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8.5 Sistem Kardiovaskuler

Pasien tidak nyeri dada, irama jantung reguler, pulsasi kuat di posisi bradialis, bunyi jantung S1 (S1 terdapat di ICS 5 midclavikula kiri) dan S2 (S2 terdapat di ICS 4 midsternalis kanan) tunggal, CRT <2 detik, tidak cianosis, tidak clubbing finger dan lain-lain tidak ada.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8.6 Sistem Persyarafan

Kesadaran pasien composmentis dengan GCS 4 5 6, orientasi baik, tidak kejang, tidak kaku kuduk, tidak nyeri kepala, istirahat tidur siang di rumah 2 jam di rumah sakit 1 jam dan istirahat tidur malam di rumah 8 jam dan di rumah sakit 6 jam, kebiasaan sebelum tidur membaca do'a, tidak ada kelainan nervus cranialis.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8.7 Sistem Genitourinaria

Bentuk alat kelamin pasien normal, uretra normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih pasien 5x/hari, warna kecoklatan, bau khas, produksi urine 750 ml/hari, tempat yang digunakan kamar mandi,

tidak ada alat bantu yang digunakan dan tidak ada masalah eliminasi urine.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8.8 Sistem Pencernaan

Mukosa mulut pasien kering, bibir normal, lidah terdapat warna putih pada tengah lidah, kebersihan rongga mulut bersih, kebiasaan gosok gigi 2 kali sehari dengan keadaan gigi bersih, tidak ada masalah pada tenggorokan, abdomen kembung, peristaltik 18x/menit, BAB 5 x/hari, konsisten cair dan berlendir, warna kuning kecoklatan, bau khas, tempat yang biasa digunakan pasien kamar mandi, masalah eliminasi alvi pasien diare lebih dari 5 kali, tidak memakai obat pencahar.

Masalah Keperawatan : Diare dan Resiko kurang volume cairan

Perhitungan Balance Cairan

Input : Infus = 1900 ml

Minum oralit = 200 cc

Susu = 300 cc

Air mineral = 1000 cc

Teh = 450 cc

AM = 259 cc

Injeksi	= 86 cc	
		+
	4195 cc	

Output : Diare = $100 \times 5 = 500$ cc

Urine = 750 cc

IWL = 20×37

$$= 740 \text{ cc}$$

IWL kenaikan suhu

$(10\% \times \text{kebutuhan cairan}) \times (\text{kenaikan suhu} - 36.8\text{C}) + \text{IWL normal}$

$$(10\% \times 1860) \times (37,9 \text{ C} - 36,8 \text{ C}) + 740$$

$$(186 \times 1,1) + 740$$

$$187,1 + 740 = 927,1$$

$$\text{Output} : 500 + 750 + 927,1 = 2177,1 \text{ cc}$$

Balance Cairan

$$\text{Input} - \text{Output} = 4195 \text{ cc} - 2177,1 \text{ cc} = 2017,9 \text{ cc}$$

3.1.8.9 Sistem Muskuloskeletal dan Integument

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai bebas, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit kering, akral hangat, turgor menurun, kelembapan kering, tidak ada oedema, kebersihan kulit bersih dan saat sakit segala kebutuhan masih dibantu sama ibunya. Ibu pasien mengatakan kulit pasien sekitar anus lecet dan ruam kemerahan.

Kekuatan otot :

5	5
5	5

Masalah Keperawatan : Kerusakan Integritas Kulit

3.1.8.10 Sistem Penginderaan

1) Mata

Pupil mata kanan dan kiri isokor, reflek cahaya normal $+/+$, konjungtiva mata kanan dan kiri tidak anemis, sklera mata kanan dan kiri tidak ikteri, palpebra mata kanan dan kiri tidak ada oedem, ketajaman mata kanan dan

kiri normal pemeriksaan dengan menggunakan snellen chart, strabismus mata kanan dan kiri tidak ada, tidak memakai alat bantu, pergerakan bola mata kanan dan kiri normal.

2) Hidung

Mukosa hidung bersih, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal pemeriksaan dengan menggunakan bau kopi dan bau jeruk, tidak memakai alat bantu dan tidak ada kelainan yang lainnya.

3) Telinga

Bentuk telinga normal, ketajaman pendengaran normal pemeriksaan dengan menggunakan detik jam tangan, tidak memakai alat bantu dan tidak ada kelainan lainnya.

4) Perasa

Perasa pasien masih normal untuk rasa manis, rasam asam, rasa pahit, dan rasa asin dengan menggunakan gula, jeruk, obat pasien dan garam.

5) Peraba

Pasien masih peka terhadap rangsangan panas atau dingin.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8.11 Sistem Endokrin

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

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.9 Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 3.1.9 Hasil Laboratorium An.S tanggal 22 Januari 2019

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
ANALISA FESES			
Tinja Lengkap			
Makroskopik			
Warna	Kuning kecoklatan		
Konsistensi	Cair		
Darah	Negatif		
Lendir	Positif		
Mikroskopik			
Eritrosit	++	LPB	
Leukosit	3-6	LPB	
Amoeba	Negatif	LPB	
Telur Cacing	Negatif	LPB	
Butir Lemak	Positif	LPB	
Sisa Makanan	Positif		
Lain-lain	Bakteri ++		

3.1.10 Terapi

$$3.1.10.1 \text{ Infus KAEN } 1900 \text{ ml/ } 24 \text{ jam} = \frac{1900 \times 20}{60 \times 24} = \frac{38000}{1440} = 26 \text{ tpm}$$

Berfungsi untuk memelihara keseimbangan air dan elektrolit

3.1.10.2 Injeksi Metronidazole 3 x 700 mg : untuk mengobati berbagai macam infeksi yang disebabkan mikroorganisme

3.1.10.3 Injeksi Paracetamol 3 x 500 mg : untuk meredakan demam

3.1.10.4 Injeksi Omeprazole 2 x 20 mg : untuk mengurangi produksi asam dalam lambung

3.1.10.5 Injeksi Ondansentron 3 x 4 mg : untuk mengobati mual dan muntah

3.1.10.6 Injeksi Ceftriaxone 2 x 200 mg : untuk mengatasi berbagai macam infeksi bakteri

3.1.10.7 Zink 5 x 20 g : untuk mengobati defisiensi zinc

3.1.10.8 Lactobacillus 3 x 1 sendok makan : untuk mengurangi pertumbuhan bakteri jahat

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Tanggal : 22 Januari 2019

Umur: 10 tahun

Nama Pasien : An.S

No. RM : 00385330

Tabel 3.2.1 Analisa Data

No.dx	Data	Etiologi	Problem
1	Ds : Ibu pasien mengatakan pasien sulit makan Do: Nafsu makan menurun, makan hanya 3 sendok, berat badan sebelum sakit 38 kg	Distensi abdomen ↓ Mual Muntah ↓ Nafsu makan menurun	Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	berat badan saat ini 37 kg, berat badan 32,5 kg, diare 5 x sehari, bising usus hiperaktif 18x/menit		
2	Ds : ibu pasien mengatakan anaknya panas Do : Keadaan umum terbaring lemah, akral hangat, nadi 120 x/menit, suhu 37,9°C	Proses penyakit	Hipertermi
3	Ds : Ibu pasien mengatakan pasien diare lebih dari 5 kali dalam sehari Do : BAB 5 kali @ 100 cc, konsistensi cair berlendir, bising usus 18x/menit	Infeksi ↓ Berkembang di usus ↓ Hipersekresi air dan elektrolit ↓ Isi usus meningkat	Diare
4	Ds : - Do : keadaan umum terbaring lemah, mukosa bibir kering, turgor menurun, mulut kering, CRT < 2 detik, TD 100/70 mmHg, Balance Cairan Input : Infus = 1900 ml Minum oralit = 200 cc Susu = 300 cc	Frekuensi BAB meningkat ↓ Hilang cairan dan elektrolit berlebihan ↓ Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit ↓ Dehidrasi	Resiko Kekurangan Volume Cairan

Air mineral = 1000 cc Teh = 450 cc AM = 259 cc Injeksi = 86 cc 4195 cc Output : Diare = 100 x 5 = 500 cc Urine = 750 cc IWL = 20 x 37 = 740 cc IWL kenaikan suhu (10% x kebutuhan cairan) x (kenaikan suhu - 36.8C) + IWL normal (10% x 1860) x (37,9 C - 36,8 C) + 740 (186 x 1,1) + 740 187,1 + 740 = 927,1 Output : 500 + 750 + 927,1 = 2177,1 cc Balance Cairan Input - Output = 4195		
---	--	--

	cc – 2177,1 cc = 2017,9 cc Diare 5 x		
5	Ds : ibu pasien mengatakan anus anaknya terlihat merah dan lecet Do : keadaan umum terbaring lemah, anus kemerahan, terdapat lecet dan ruam di sekitar anus	Diare ↓ Frekuensi BAB meningkat ↓ Kerusakan Integritas kulit	Kerusakan Integritas Kulit
6	Ds : ibu pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit anaknya Do : ketika ditanya tentang diare ibu pasien hanya menjawab definisi diare saja	Kurangnya informasi yang didapat tentang diare	Defisiensi tingkat pengetahuan

3.2.2 Daftar Masalah Keperawatan

3.2.2.1 Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.2.2.2 Hipertermi

3.2.2.3 Diare

3.2.2.4 Resiko kekurangan volume cairan

3.2.2.5 Kerusakan integritas kulit Defisiensi tingkat pengetahuan

3.2.3 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

3.2.3.1 Diare b.d proses infeksi

3.2.3.2 Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

3.2.3.3 Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat

3.2.3.4 Defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya informasi yang didapat tentang diare

3.2.3.5 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB yang meningkat

3.2.3.6 Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan hilangnya cairan dan elektrolit yang berlebih

3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tanggal : 23 Januari 2019

Nama Pasien : An.S

Dx medis : GE

No RM : 00385330

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan (Nurarif dan Kusuma, 2015)

No.dx	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan diare pasien dapat berhenti dengan Kriteria Hasil : 1. Keluarga pasien melaporkan diare	1. Observasi dan catat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses 2. Anjurkan pasien untuk	1. Untuk mengetahui perubahan diare 2. Istirahat menurunkan

	sudah berkurang 2. Feses berbentuk 3. Frekuensi BAB 1 x/hari 4. Bising usus dengan batas normal (10 – 30 x/detik)	mempertahankan tirah baring 3. Anjurkan keluarga untuk tidak memberikan makanan tinggi serat 4. Anjurkan keluarga pasien untuk tetap memberikan cairan per oral 5. Auskultasi bising usus 6. Kolaborasi pemberian obat anti diare 7. Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian diet	motilitas usus juga menurunkan laju metabolisme tubuh 3. Makanan tinggi serat dapat menyebabkan peningkatan frekuensi BB 4. Untuk menjaga agar cairan tubuh pasien cepat kembali normal dan mencegah dehidrasi 5. Bising usus menandakan aktivitas peristaltik 6. Untuk mengurangi diare yang berlebih 7. Pemberian diet yang tepat dapat mempercepat penyembuhan. Diet rendah serat dapat menurunkan motilitas usus
--	---	--	--

2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan suhu tubuh pasien dapat menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang hipertermi 2. Keluarga mampu mendemonstrasikan cara mengompres yang benar 3. Suhu normal 36-37,5 C 4. Akral hangat 5. TTV normal $\text{TD : } \frac{100 - 119}{65} - 75 \text{ mmHg}$ Suhu : 36 C – 37,5 C N : 60 - 95x/menit RR : 14 – 22 x/menit	1. Jelaskan pada orang tua tentang hipertermi 2. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat 3. Anjurkan untuk tetap memberikan cairan 4. Ajarkan cara mengompres yang benar yaitu di bagian lipatan tubuh dan aksila 5. Kolaborasi dengan pemberian terapi antipiretik	1. Agar orang tua mengetahui dan memahami tentang hipertermi 2. Karena pakaian yang tipis dapat mengurangi produksi keringat 3. Untuk mencegah dehidrasi pada pasien 4. Dapat membantu mengurangi demam pada pasien 5. Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentral nya hipotalamus
3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien kembali adekuat dengan Kriteria	1. Jelaskan pada orang tua pentingnya nutrisi untuk tubuh anaknya 2. Berikan dan	1. Dengan mengetahui fungsi makanan bagi tubuh 2. Lingkungan yang

	Hasil 1. Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang nutrisi 2. Keluarga melaporkan pasien sudah mau makan $\frac{3}{4}$ porsi 3. Adaya peningkatan berat badan sesuai tujuan 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Diare berkurang 6. Bising usus dalam batas normal (10-30 x/detik)	anjurkan keluarga untuk tetap melakukan ritual saat makan 3. Berikan makan dalam porsi sedikit tapi sering 4. Sajikan makanan dalam keadaan hangat dan menarik 5. Observasi masukan dan perubahan simptomatologi 6. Timbang berat badan secara periodic 7. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat	menyenangkan akan lebih kondusif untuk menjaga selera makan 3. Mengurangi resiko terjadinya mual dan muntah 4. Penyajian yang hangat dan menarik dapat membantu meningkat nafsu makan anak 5. Memberikan rasa nyaman pada pasien dan kesempatan untuk memilih makanan yang diinginkan 6. Memantau apabila terjadi penurunan berat badan secara drastis 7. Untuk memperbaiki status nutrisi
4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit	1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang definisi	1. Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas

	diharapkan keluarga pasien paham tentang diare Kriteria Hasil : 1. Ibu mampu menjelaskan kembali tentang definisi diare 2. Ibu mampu menyebutkan 3 dari 4 penyebab diare 3. Ibu mampu menyebutkan 4 dari 5 tanda dan gejala diare 4. Ibu mampu menyebutkan kembali tentang penatalaksanaan diare	penyakit diare, proses penyakit, tanda gejala, identifikasi kemungkinan penyebab, dan jelaskan kondisi tentang pasien 2. Jelaskan tentang program pengobatan dan alternatif pencegahan 3. Tanyakan kembali pengetahuan keluarga klien dan klien tentang prosedur perawatan dan pengobatan	2. Mempermudah intervensi 3. Mereview kembali apa yang sudah dinformasikan
--	--	---	---

5	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kulit pasien tetap utuh Kriteria Hasil : 1. Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang penyebab anus anak lecet 2. Keluarga mampu mendemonstrasikan tentang cara membersihkan bokong secara hati-hati 3. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi) 4. Tidak ada luka atau lesi 5. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah	1. Jelaskan kepada orang tua penyebab anus anak lecet dan terjadi kemerahan 2. Anjurkan orang tua untuk mengganti popok dengan sering 3. Ajarkan orang tua membersihkan bagian bokong secara hati-hati dengan sabun non alkalis yang lunak dan air atau merendam anak dalam bath-tub 4. Anjurkan menghindari pemakaian tisu pembersih komersial yang mengandung alcohol pada kulit yang	1. Orang tua mampu memahami penyebab anus 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
---	---	--	---

	terjadinya cedera berulang 6. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami (Nurarif dan Kusuma, 2015).	mengalami ekskoriasi 5. Observasi keadaan kulit 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian preparat antifungus yang tepat	5. Pada daerah ini meningkat resikonya untuk kerusakan dan memelurkan pengobatan lebih intensif 6. Mengobati infeksi jamur
--	---	--	---

3.4 Implementasi Keperawatan

Nama pasien : An.S

No.RM : 00385330

Umur : 10 tahun

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan

No.dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/TTD
2,3,4	23 Januari 2019	14.00	1. Menjelaskan pada orang tua tentang hipertermi, nutrisi dan dire - Orang tua memahami dan dapat menyebutkan kembali pengertian	

1		14.25	hipertermi, nutrisi dan diare serta manifestasi klinisnya	
1		14.30	2. Mengobservasi dan catat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses - Pasien diare 5x - Konsistensi cair berlendir	
1,2		14.35	3. Menganjurkan pasien untuk mempertahankan tirah baring - Pasien mau melakukan untuk tirah baring	
2		14.40	4. Menganjurkan keluarga pasien untuk tetap memberikan cairan per oral - Pasien minum 1000 cc/hari	
5		14.45	5. Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat	
3		15.00	6. Menganjurkan orang tua untuk mengganti popok dengan sering - setiap kali pasien diare harus segera mengganti popok	
3		15.20	7. Menyajikan makanan dalam keadaan hangat dan menarik - Pasien selalu minta makanan yang hangat dan yang pasien suka	
1,3		15.30	8. Menimbang berat badan	
1		15.50		
2		16.00		
5		16.10		

			secara periodic - Sebelum sakit 38 kg - Saat sakit 37 kg 9. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat 10. Berkolaborasi pemberian obat anti diare - Lacbon 3 x 1 sendok makan 11. Memberikan injeksi paracetamol 500 mg - Injeksi Paracetamol 500 mg 12. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian preparat antifungus yang tepat	
--	--	--	---	--

3.5 Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : An.S

Umur : 10 tahun

No.RM : 00385330

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
23 Januari 2019	Diare berhubungan dengan proses infeksi	S : ibu pasien mengatakan masih diare sejak tadi pagi O : 1. Pasien diare 5x 2. Konsistensi cair berlendir	

		3. Bising usus 18 x/menit A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan no 1,4,5,6	
23 Januari 2019	Hipertermi b.d proses penyakit	S : ibu pasien mengatakan anaknya panas O: 1. Ibu pasien mampu menjelaskan kembali tentang hipertermi 2. Keadaan pasien lemah 4. Suhu 37,5 C 5. Akral hangat 6. N : 100 x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no 3 dan 5	
23 Januari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat	S : ibu pasien mengatakan anaknya hanya makan sedikit O : 1. Ibu mampu menjelaskan tentang nutrisi 2. Pasien makan 3-5 sendok 3. Penurunan berat badan Sebelum sakit 38 kg Saat sakit 37 kg 4. Diare 5x 5. Bising usus 18 x/menit A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan 5,6,7	
23 Januari	Defisiensi tingkat pengetahuan b.d	S : ibu pasien mengatakan paham tentang definisi, etiologi,	

2019	kurangnya informasi tentang diare	manifestasi dan penatalaksanaanya O : 1. Ibu dapat menjelaskan definisi diare 2. Ibu dapat menyebutkan 3 dari 4 penyebab diare 3. Ibu dapat menyebutkan 4 dari 5 tanda dan gejala diare 4. Ibu dapat menyebutkan kembali tentang penatalaksanaan diare A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	
23 Januari 2019	Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair.	S : Ibu pasien mengatakan kulit pasien sekitar anus lecet dan ruam kemerahan O : 1. Integritas kulit terdapat ruam pada anus 2. Terdapat luka atau lesi 3. Anus kemerahan A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan nomor 2,3,4,5	
24 Januari 2019	Diare berhubungan dengan proses infeksi	S : ibu pasien mengatakan diare berkurang O : 1. Frekuensi BAB 2 x dalam sehari pada jam 01.30 diare ke 1, 06.45 diare ke 2,	

		2. Konsistensi cair berampas warna kuning kecoklatan 3. Bising usus 12 x/menit A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan, 5 dan 6	
24 Januari 2019	Hipertermi b.d proses penyakit	S : ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak panas O: 1. Keadaan pasien cukup 2. Suhu 36,8 C 3. Akral hangat 4. N : 98 x/menit A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
24 Januari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat	S : pasien mengatakan mau makan hanya sedikit O : 1. Pasien makan habis ½ porsi 2. Berat badan sebelum sakit 38 kg sekarang saat sakit 37,2 kg 3. Diare 2x 4. Bising usus 12 x/menit A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan 6 dan 7	
24 Januari 2019	Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair.	S : Ibu pasien mengatakan kulit pasien sekitar anus mulai membaik O : 1. Integritas kulit tidak terdapat ruam pada anus 2. Terdapat luka atau lesi 3. Anus sedikit kemerahan	

		A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan nomor 5	
25 Januari 2019	Diare berhubungan dengan proses infeksi	S : ibu pasien mengatakan diare sudah berhenti O : 4. Keadaan umum pasien baik 5. Frekuensi BAB 1 x dalam sehari pada jam 05.40 6. Konsistensi cair berampas warna kuning 7. Bising usus 12 x/menit A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang pukul 09.00	
25 Januari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat	S : pasien mengatakan nafsu makan membaik O : 5. Pasien makan habis 1 porsi 6. Berat badan sebelum sakit 38 kg sekarang saat sakit 37,2 kg 7. BAB kembali normal 8. Bising usus 12 x/menit A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang	
25 Januari 2019	Hipertermi b.d proses penyakit	S : ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak panas O: 5. Keadaan pasien cukup 7. Suhu 36,8 C 8. Akral hangat	

		9. N : 98 x/menit A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
25 Januari 2019	Defisiensi tingkat pengetahuan b.d kurangnya informasi tentang diare	S : ibu pasien mengatakan paham tentang definisi, etiologi, manifestasi dan penatalaksanaanya O : 5. Ibu dapat menjelaskan definisi diare 6. Ibu dapat menyebutkan 3 dari 4 penyebab diare 7. Ibu dapat menyebutkan 4 dari 5 tanda dan gejala diare 8. Ibu dapat menyebutkan kembali tentang penatalaksanaan diare A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	
25 Januari 2019	Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair.	S : Ibu pasien mengatakan kulit pasien membaik O : 4. Integritas kulit tidak terdapat ruam pada anus 5. Tidak terdapat luka atau lesi • Anus kembali normal A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang	

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada anak S dengan Diagnosa *Gastroenteritis* di ruang Ashoka RSUD Bangil yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan pengenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada anak sehingga anak dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

4.1.1 Identitas klien

Pada tinjauan pustaka, menurut Susilaningrum, (2013) umur pasien pada diare akut, sebagian besar adalah anak di bawah 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. Pada tinjauan kasus dijabarkan bahwa pasien adalah anak laki-laki berusia 10 tahun. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pada teori diare yang dialami anak usia dibawah 2 tahun disebabkan dari makanan pendamping dan biasanya anak sering memasukkan benda atau barang yang digunakan saat bermain ke dalam mulut sedangkan pada tinjauan kasus diare yang dialami anak usia 10 tahun dapat disebabkan karena faktor infeksi, keracunan makanan dan alergi.

4.1.2 Riwayat keperawatan

4.1.2.1 Keluhan utama

Pada tinjauan pustaka anak buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari. BAB lebih dari 3 kali dengan konsistensi cair, sedangkan pada tinjauan kasus pasien datang dengan diare sudah lebih dari 5x disertai panas. Untuk keluhan utama disini tidak terjadi kesenjangan karena pasien mengalami diare lebih dari 3 kali.

4.1.2.2 Riwayat penyakit saat ini

Pada tinjauan pustaka, menurut Susilaningrum (2016), mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang, kemungkinan timbul diare. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau 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. Bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai tampak. Sedangkan pada tinjauan kasus yaitu ibu pasien mengatakan pasien demam disertai muntah, diare 6x dengan konsistensi cair dan berlendir, warna kuning kecoklatan. Pada pengkajian ini didapatkan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu warna tinja yang berbeda antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka. Dimana pada pasien tidak didapatkan warna tinja kehijauan disebabkan feses pasien tidak mengalami percampuran dengan empedu.

4.1.2.3 Riwayat keperawatan sebelumnya

Pada tinjauan pustaka, menurut Susilaningrum (2016), riwayat imunisasi terutama anak yang belum imunisasi campak. Diare lebih sering terjadi dan berakibat berat pada anak-anak dengan campak atau yang menderita campak dalam empat minggu terakhir. Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan karena faktor ini salah satu kemungkinan penyebab diare. Riwayat penyakit yang sering pada anak dibawah 2 tahun biasanya batuk, panas, pilek dan kejang yang terjadi sebelum, selama, atau setelah diare. Sedangkan pada tinjauan kasus penyakit yang pernah diderita pasien demam, batuk, pilek dan diare. Pada pengkajian ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena karena pada pasien juga terdapat riwayat demam, batuk, pilek, dan alergi makanan yaitu alergi terhadap sosis.

4.1.2.4 Riwayat kesehatan keluarga

1) Lingkungan dan komunitas

Pada tinjauan pustaka, menurut Annehira (2013), umumnya penyakit diare memiliki daerah *epidemic* di kebanyakan daerah dan wilayah kumuh, hal ini berkaitan dengan masalah ekonomi. Lingkungan yang mengakibatkan timbulnya diare bisa berhubungan dengan masalah air, tanah dan berjangkitnya lalat. Lingkungan yang tidak bersih dapat menjadi pemicu timbulnya diare di dalam tubuh anak. Sedangkan pada tinjauan kasus ibu pasien mengatakan rumah selalu bersih, terdapat ventilasi yang cukup dan jauh dari tempat pembuangan sampah. Pada pengkajian ini terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena faktor penyebab diare tidak

hanya berasal dari kondisi lingkungan saja tapi ada faktor penyebab yang lain yaitu faktor infeksi, keracunan makanan dan alergi.

2) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Pada tinjauan pustaka, pada usia toddler anak senang sekali bermain. Biasanya anak sering memasukkan benda atau barang yang digunakan saat bermain ke dalam mulut. Jajan sembarangan, kurangnya kebiasaan cuci tangan, kebersihan jamban dan lingkungan sekitar anak dapat menyebabkan terjadinya diare. Maka dari itu ibu harus selalu waspada terhadap anaknya. Sedangkan pada tinjauan kasus ibu pasien mengatakan pasien jarang jajan diluar dan selalu cuci tangan sebelum makan. Adanya kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus hal ini dikarenakan penyebab diare bukan hanya dari faktor lingkungan dan perilaku saja. Kondisi tubuh yang sedang menurun sistem kekebalan tubuhnya akan mudah mengalami infeksi dimana salah satu penyebab diare adalah infeksi oleh bakteri.

4.1.2.5 Pada pemeriksaan fisik B1 (*breathing*)

Menurut Pritayani (2013), tinjauan pustaka di dapat adanya frekuensi pernafasan yang meningkat atau normal, irama pernafasan teratur, pola nafas reguler, bentuk dada simetris, dan tidak ada retraksi otot bantu nafas, vocal fremitus kanan dan kiri sama, paru-paru sonor, tidak ada suara nafas tambahan. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan bentuk dada pasien simetris, pola nafas reguler, irama pernafasan teratur, suara nafas tambahan tidak ada, susunan ruas tulang belakang normal, vocal fermitus antara kanan dan kiri sama, tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi thorak sonor, tidak ada alat bantu pernafasan,

tidak ada batuk dan tidak ada sputum. Pada sistem pernafasan tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

4.1.2.6 Pada pemeriksaan fisik B2 (*blood*)

Pada tinjauan pustaka di dapatkan anak dengan diare kronis akan mengalami nadi cepat dan lemah > 120 x/menit. Hal ini akibat dari manifestasi pada pernafasan. perkusi jantung normal tekanan darah pada anak menurun, suara jantung S1 normal dan S2 normal. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan pasien tidak nyeri dada, irama jantung reguler, pulsasi kuat di posisi bradialis, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, CRT < 2 detik, tidak cianosis, tidak clubbing finger, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 120 x/menit dan lain-lain tidak ada. Pada sistem kardiovaskuler terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu denyut nadi pasien tidak cepat dan lemah. Frekuensi nadi pasien : 120x/menit. Hal ini disebabkan pasien tidak mengalami syok.

4.1.2.7 Pada pemeriksaan fisik B3 (*brain*)

Pada tinjauan pustaka 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,. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan hasil kesadaran pasien composmentis dengan GCS 4 5 6, orientasi baik, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak nyeri kepala. Pada sistem persyarafan terdapat kesenjangan antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dimana pada pasien tidak mengalami letargi dan penurunan kesadaran, sakit kepala dan diorientasi karena pasien tidak dalam kondisi dehidrasi berat.

4.1.2.8 Pada pemeriksaan fisik B4 (*bledder*)

Pada tinjauan pustaka pada pasien dengan diare kronis urin produksi oliguria sampai anuria (200-400 ml/24jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit. Jika anak mengalami dehidrasi, urin yang dihasilkan akan berwarna kuning gelap atau kecoklatan. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan frekuensi berkemih pasien 5x/hari, warna kecoklatan, bau khas, produksi urine 750 ml/hari, tempat yang digunakan kamar mandi, tidak ada alat bantu yang digunakan dan tidak ada masalah eliminasi urine. Pada sistem perkemihan terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan antara tinjauan kasus karena pada tinjauan kasus didapatkan data produksi urine 750 ml/hari.

4.1.2.9 Pada pemeriksaan fisik B5 (*bowel*)

Pada tinjauan pustaka defekasi lebih dari 3 kali dalam sehari, feses berbentuk encer, terdapat darah, lendir, lemak serta berbuih membran mukosa kering, perut akan terasa begah dan kembung, perut terasa sakit dan nyeri saat ditekan, suara bising usus meningkat. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan data mukosa mulut pasien kering, kebersihan rongga mulut bersih, kebiasaan gosok gigi 2 kali sehari dengan keadaan gigi bersih, tidak ada masalah pada tenggorokan, abdomen kembung, peristaltik 18x/menit, BAB 5 x/hari, konsisten cair dan berlendir, warna kuning kecoklatan, bau khas, tempat yang biasa digunakan pasien kamar mandi, masalah eliminasi alvi pasien diare lebih dari 5 kali, tidak memakai obat pencahar. Pada sistem pencernaan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena tanda dari diare adalah BAB lebih dari 3 kali.

4.1.2.10 Pada pemeriksaan fisik B6 (*bone*)

Pada tinjauan pustaka anak tampak lemah, aktivitas menurun. Pada saat dilakukan palpasi terdapat hipotoni, kulit kering, elastisitas menurun, turgor kulit menurun dan membran mukosa kering, ubun-ubun besar tampak cekung. Sedangkan pada tinjauan kasus terdapat data kemampuan pergerakan sendi dan tungkai bebas, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit kering, akral hangat, turgor menurun, kelembapan kering, tidak ada oedema. Pada pengkajian sistem muskuloskeletal dan integumen tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

4.2 Diagnosa Keperawatan

4.2.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka menurut Nurarif dan Kusuma (2015), ada delapan. Secara teori diagnosa keperawatan sebagai berikut:

4.2.1.1 Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan dari traktus GI ke dalam feses atau muntahan

4.2.1.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare dan asupan cairan yang tidak adekuat

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

4.2.1.4 Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan asidosis metabolik

4.2.1.5 Resiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan kehilangan cairan elektrolit berlebihan

4.2.1.6 Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

4.2.1.7 Defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit

4.2.1.8 Diare berhubungan dengan proses infeksi.

4.2.2 Pada tinjauan kasus terdapat 5 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu:

4.2.2.1 Diare berhubungan dengan proses infeksi.

4.2.2.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare dan asupan cairan yang tidak adekuat.

4.2.2.3 Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

4.2.2.4 Defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit,

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

Pada tinjauan kasus tidak muncul diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan dari traktus GI ke dalam feses atau muntahan karena hasil penghitungan balance cairan pada pasien adalah positif dan ibu selalu memberikan cukup cairan pada pasien. Diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan asidosis metabolik tidak muncul, karena pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan GDA (gas darah arteri). Diagnosa keperawatan resiko tinggi syok hipovolemik yang berhubungan dengan kehilangan cairan elektrolit berlebihan juga tidak muncul karena hasil perhitungan balance cairan pada pasien adalah positif : 2017 cc, nadi pasien 120 x/menit dan akral hangat.

4.3 Rencana tindakan keperawatan

Pada perumusan perencanaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus biasanya terjadi kesenjangan yang cukup berarti karena perencanaan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien.

Pada rencana tindakan keperawatan terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus, pada diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan proses infeksi pada tinjauan kasus ditambahkan intervensi auskultasi bising usus dikarenakan bising usus menandakan aktivitas peristaltik.

Pada diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dikarenakan perencanaan yang dilakukan sama.

Pada rencana tindakan keperawatan terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare dan asupan cairan yang tidak adekuat, pada tinjauan kasus tidak didapatkan intervensi untuk menganjurkan ibu menyusui sendiri bayinya agar melanjutkan pemberian ASI setelah rehidrasi tercapai dikarenakan pada tinjauan kasus pasien berusia 10 tahun.

Pada diagnosa keperawatan kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair. tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dikarenakan perencanaan yang dilakukan sama

Pada diagnosa keperawatan Defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit tidak mengalami kesenjangan

antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dikarenakan perencanaan yang dilakukan sama.

4.4 Pelaksanaan tindakan keperawatan

Dalam melaksanakan pelaksanaan ada beberapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik. Hal-hal yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan itu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan yang baik oleh kepala ruangan dan tim perawatan d ruang Asoka kepada penulis. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, implementasi 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 kepada pasien. Pada diagnosa diare berhubungan dengan proses infeksi, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilaksanakan seperti mengobservasi dan catat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses, menganjurkan pasien untuk mempertahankan tirah baring, menganjurkan keluarga pasien untuk tetap memberikan cairan per oral, berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat, berkolaborasi pemberian obat anti diare.

Pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses infeksi semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilaksanakan seperti menjelaskan pada orang tua tentang hipertermi, menganjurkan keluarga pasien untuk tetap memberikan cairan per oral, menganjurkan pasien untuk memakai

pakaian yang tipis dan menyerap keringat, memberikan injeksi paracetamol 500 mg.

Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat diare dan asupan cairan yang tidak adekuat semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilaksanakan seperti menjelaskan pada orang tua tentang nutrisi, menyajikan makanan dalam keadaan hangat dan menarik, menimbang berat badan secara periodic, berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat.

Pada diagnosa keperawatan kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair dibutuhkan semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilaksanakan seperti menganjurkan orang tua untuk mengganti popok dengan sering, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian preparat antifungus yang tepat.

Pada diagnosa keperawatan defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilaksanakan seperti menjelaskan pada orang tua tentang hipertermi, nutrisi dan dire.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilaksanakan.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu 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. Diare klien sudah berhenti dalam 2 x 24 jam karena diare semakin berkurang dan masalah teratasi pada tanggal 25 Januari 2019 dan intervensi dihentikan. Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat. Kebutuhan klien terpenuhi selama 2x24 jam karena nafsu makan pasien meningkat dan masalah teratasi pada tanggal 25 Januari 2019 dan intervensi dihentikan. Pada diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, suhu tubuh pasien kembali normal selama 2x24 jam karena suhu tubuh pasien menurun dan masalah teratasi pada tanggal 24 Januari 2019 dan intervensi dihentikan. Pada diagnosa defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, keluarga pasien dapat memahami tentang penyakit diare selama 1x30 menit karena keluarga hanya mengetahui definisi dari diare, masalah teratasi pada tanggal 23 Januari 2019 dan intervensi dihentikan. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair., kulit anus pasien kembali normal selama 2x24 jam karena sudah tidak ada lecet dan ruam dan masalah teratasi pada tanggal 25 Januari 2019 dan intervensi dihentikan. Pada akhir evaluasi semua tujuan sudah dicapai karena pasien dengan diare memerlukan pengobatan yang sebentar dan membutuhkan observasi ketat dan

banyak istirahat. Hasil evaluasi pada An. S sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien saat ini sudah pulang.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada anak dengan diagnosa medis Gastroenteritis di ruang rawat inap Ashoka 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 menguraikan tentang asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa medis Gastroenteritis, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pada pengkajian pasien didapatkan mukosa mulut pasien kering, bibir normal, lidah terdapat warna putih pada tengah lidah, kebersihan rongga mulut bersih, kebiasaan gosok gigi 2 kali sehari dengan keadaan gigi bersih, tidak ada masalah pada tenggorokan, abdomen kembung, peristaltik 18x/menit, BAB 5 x/hari, konsisten cair dan berlendir, warna kuning kecoklatan, bau khas, tempat yang biasa digunakan pasien kamar mandi, masalah eliminasi alvi pasien diare lebih dari 5 kali, tidak memakai obat pencahar. Tekanan darah 110/70 mmHg, Respirasi 28 x/menit, Nadi 120 x/menit dan suhu 37,9°C. Tinggi badan pasien 135 cm dan berat badan 38 kg saat sakit berat badan menurun menjadi 37 kg BBI 32,5 kg. Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai bebas, kulit kering, akral hangat,

turgor menurun, kelembapan kering, Ibu pasien mengatakan kulit pasien sekitar anus lecet dan ruam kemerahan.

5.1.2 Masalah keperawatan yang muncul adalah Diare b.d proses infeksi, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat, defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya informasi yang didapat tentang diare, kekurangan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB yang meningkat, resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan hilangnya cairan dan elektrolit yang berlebih. Namun penulis mengangkat diagnosa keperawatan prioritas yaitu Diare b.d proses infeksi, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat, defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya informasi yang didapat tentang diare, kekurangan integritas kulit berhubungan dengan frekuensi BAB yang meningkat

Diare berhubungan dengan proses infeksi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan diare pasien dapat berhenti dengan Kriteria Hasil : Keluarga pasien melaporkan diare sudah berkurang, feses berbentuk, frekuensi BAB 1 x/hari, bising usus dengan batas normal (10 – 30 x/detik) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak adekuatan intake nutrisi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan intake nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil : Tidak terjadi penurunan berat bada, nafsu makan meningkat, porsi makan meningkat, pasien tidak mengeluh mual dan muntah. Hipertermi berhubungan

dengan proses penyakit. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan suhu tubuh pasien dapat menurun dengan Kriteria Hasil : Keluarga mampu menjelaskan kembali tentang hipertermi, Suhu normal 36-37,5 C, Akral hangat, TTV normal TD : 100 – 119 mmHg, Suhu : 36 C – 37,5 C, N : 60 - 95x/menit, RR : 14 – 22 x/menit. Defisiensi tingkat pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan keluarga pasien paham tentang diare Kriteria Hasil : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang definisi diare, Ibu mampu menyebutkan 3 dari 4 penyebab diare, Ibu mampu menyebutkan 4 dari 5 tanda dan gejala diare, Ibu mampu menyebutkan kembali tentang penatalaksanaan diare. Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kulit pasien tetap utuh Kriteria Hasil : Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi), Tidak ada luka atau lesi, Perfusi jaringan baik, Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang, Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami (Nurarif dan Kusuma, 2015).

5.1.4 Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada klien dengan diare menganjurkan keluarga untuk tidak memberikan makanan tinggi serat dan mengompers apabila klien mengalami demam. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan klien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat dan klien.

5.1.5 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada An. S sudah sesuai dengan harapan penulis karena masalah semua teratasi intervensi dihentikan pasien pulang.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1 Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan Diare

5.2.3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada keluarga dan pasien.

5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal.

5.2.5 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Anne Ahira. 2010. *Pengertian Pola Hidup Sehat*. Tersedia dalam <http://www.anneahera.com/pengertian-pola-hidup-sehat-8691.htm>. Diunduh pada tanggal 10 Maret 2014
- Bararah,Taqiyyah & Mohammad Jauhar. 2013. *Asuhan keperawatan : Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta : Prestasi Pustaka Publisher.
- Behrman, Richard E. 2000. *Ilmu Kesehatan Anak*. EGC : Jakarta.
- Dewi, Vivian Nanny Lia. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jakarta : Salemba Medika.
- Doengoes, Marlin. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGG.
- Harlimsyah. 2007. *Proses dan Keperawatan Fisik*. Salemba Medika : Jakarta.
- Kemenkes RI. 2017. *Buletin Data dan Kesehatan: Situasi Diare di Indonesia*, Jakarta : Kemenkes RI.
- Lestari, Titik. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Minarti. 2010. *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta.
- Nabiel Ridha. 2017. *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Pustaka Pelajar.
- Ngastiah.(2014). *Perawatan Anak Sakit edisi 2* , Jakarta : Buku kedokteran ECG.
- Nurarif. A. H. dan Kusuma. H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta : Mediaction
- Nursalam, Susilaningrum, R. & Utami, R. 2008. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak* . Jakarta : Salemba Medika.
- Puri Mahayu.(2016). *Buku Lengkap Keperawatan Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Saufia.
- 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.
- Riendrafi.(2013). *Perkembangan Bayi dan Anak*. EGC : Jakarta.

- Riyadi, Sujono & Sukarmin. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Edisi 1, Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiawan, Conny. 2002. *Belajar dan Pembelajaran Dalam Taraf Usia Dini*. Jakarta : PT. Prehallindo.
- Sodikin.(2012). *Keperawatan Anak: Gangguan pencernaan*. Jakarta: Buku kedokteran EGC.
- Soetjiningsih.(2009). *Tumbuh Kembang Anak*. EGC: Jakarta .
- Sulistiyawati.(2014). *Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan*. EGC : Jakarta.
- Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta : EGC.
- Tagor adi.(2014). *Mitos Seputar Anak Diare*. Diakses pada tanggal 06 maret 2014, pada pukul 19.42 WIB.
- Wong dona L.(2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Vol.2. EGC : Jakarta.
- Young Jabbar. 2014. Ilmu kesehatan.<http://Jabbarbjt.blogspot.co.id/2014/09/Proses-keperawatan-pengkajian-diagnosa.html>. Diakses pada tanggal 10 oktober 2015 pada pukul 20.00 WIB.

Lampiran 3

INFORMED CONSENT

Judul: “**Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis (GE) Di Ruang Ashoka RSUD Bangil Pasuruan**”.

Tanggal pengambilan studi kasus.....Bulan.....Tahun.....

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya. Nona/Nyonya/Tuan.....

Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan.....Partisipan
(.....)

Tanda Tangan.....Saksi
(.....)

Tanda Tangan.....Peneliti
(.....)

[illegible]

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

- ☐ Demam
☐ Lainnya.....

b. Natal

- Tempat melahirkan : ☐ RS ☐ Klinik
☐ Rumah
- Lama persalinan :
- Jenis persalinan :
- Penolong persalinan :
- Komplikasi persalinan :

c. Post Natal

- Kondisi bayi : PB :cm, BB lahir :gram
- Penyakit yang diderita setelah lahir
:

4. Riwayat Imunisasi :

No	Jenis Imunisasi	Frekuensi Pemberian	Reaksi setelah pemberian
1	BCG		
2	DPT		
3	Polio		
4	Campak		
5	Hepatitis		
6	Lain-lain		

III. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

- a. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga.....
.....
.....
- b. Lingkungan rumah dan komunitas.....
.....
.....
- c. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan.....
.....
.....

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
pencakar.....

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 thyroid : () 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 :

Umur :

Nama pasien :

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