

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GASTROENTERITIS AKUT + VOMITING DI RUANG 5 ANAK
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

FIBRIA ADISTY YUNANDARI, S.Kep.

NIM.2130111

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. J DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GASTROENTERITIS AKUT + VOMITING DI RUANG 5 ANAK
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :


FIBRIA ADISTY YUNANDARI, S.Kep.
NIM.2130111

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan punulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 06 Juli 2022
Penulis



Scanned by TapScanner

Fibria Adisty Yunandari S.Kep
NIM. 2130111

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Fibria Adisty Yunandari, S.Kep

NIM : 2130111

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

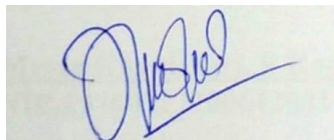
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An J Dengan Diagnosa Medis
Gastroenteritis Akut+ Vomiting Di Ruang 5 Anak RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, Juli 2022

Pembimbing institusi



Oori'ila Saidah, S.Kep., M.Kep., Ns.Sp.Kep.An
NIP. 03026

Pembimbing lahan



Meyta Kurniasari, S.Kep.,Ns
NIP.19760517200642001

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Fibria Adisty Yunandari, S.Kep

NIM : 2130111

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An J Dengan Diagnosa Medis
Gastroenteritis Akut + Vomiting Di Ruang 5 Anak RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES
Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar “NERS (Ns.)”

Penguji **Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep**
Ketua **NIP. 03010**

Penguji 1 **Qori' ila Saidah, S.Kep., M.Kep., Ns.Sp.Kep.An**
NIP. 03026

Penguji 2 **Meyta Kurniasari, S.Kep.,Ns**
NIP.19760517200642001



Mengetahui,
KA PRODI NERS KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini mendapatkan banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M. selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya atas pemberian izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan motivasi dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

5. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Qori' ila Saidah, S.Kep., M.Kep., Ns.Sp.Kep.An_selaku pembimbing pertama yang telah memberikan arahan,saran, masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Meyta Kurniasari, S.Kep.,Ns selaku pembimbing kedua yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh dosen dan staf karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners A-12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 6 Juli 2022

Fibria Adisty Yunandari, S.Kep
2130111

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
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	4
1.6. Sistematika Penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Penyakit <i>Gastroenteritis</i>	6
2.1.1 Definisi <i>Gastroenteritis</i>	6
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Anatomi Fisiologi	7
2.1.4 Klasifikasi	11
2.1.5 Manifestasi klinis	11
2.1.6 Patofisiologis	12
2.1.7 WOC <i>Gastroenteritis</i>	14
2.1.8 Pemeriksaan penunjang	15
2.1.9 Penatalaksanaan	15
2.2 Konsep Vomiting	16
2.2.1 Definisi Vomiting	16
2.2.2 Etiologi	16
2.2.3 Manifestasi Klinis	17
2.2.4 Pemeriksaan penunjang	17
2.3 Konsep Anak	18
2.3.1. Konsep Tumbuh kembang	18
2.3.2. Tumbuh Kembang Anak Usia Bayi (0-12 bulan)	18
2.4 Konsep Imunisasi	20
2.4.1 Definisi Imunisasi	20
2.4.2 Tujuan Imunisasi	20
2.4.3 Jenis Imunisasi	20
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Gastroenteritis</i>	23
2.5.1 Pengkajian	23
2.5.2 Diagnosa Keperawatan	26
2.5.3 Intervensi Keperawatan	27
2.5.4 Implementasi Keperawatan	28
2.5.5 Evaluasi Keperawatan	28

BAB 3 TINJAUN KASUS	30
3.1 Pengkajian Keperawatan	30
3.2 Analisa data	42
3.3 Intervensi Keperawatan	44
3.4. Implementasi Dan Cacatan Perkembangan	47
BAB 4 PEMBAHASAN	54
4.1 Pengkajian.....	54
4.1.1 Identitas.....	54
4.1.2 Keluhan Utama	54
4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang	56
4.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan	56
4.1.5 Riwayat Masa Lampau	57
4.1.6 Riwayat Sosial	57
4.1.7 Kebutuhan Dasar	58
4.1.8 Pemeriksaan Fisik.....	60
4.1.9 Tingkat perkembangan	63
4.2 Diagnosa Keperawatan	63
4.3 Intervensi Keperawatan	65
4.4 Implementasi Keperawatan	66
4.5 Evaluasi Keperawatan	68
BAB 5 PENUTUP	70
5.1. Simpulan.....	70
5.2. Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	73

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pasien dengan <i>Gastroenteritis</i>	27
Tabel 3.1 Terapi pasien An.J	41
Tabel 3.2 Analisa Data	42
Tabel 3.3 Prioritas Masalah.....	43
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan.....	44
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pencernaan Manusia.....	8
Gambar 2.2 Anatomi Lambung	9
Gambar 2.3 WOC.....	14
Gambar 3.1 Genogram	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum vitae	76
Lampiran 2 Motto & Persembahan	77
Lampiran 3 SOP perhitungan cairan	79
Lampiran 4 SOP imunisasi	82

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
BBL	: Berat Badan Lahir
BCG	: <i>Basillus Calmette Guerin</i>
DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GDA	: Gula Darah Acak
HB	: Hepatitis B
HCT	: Hematokrit
HGB	: Hemoglobin
HIB	: Hemmoinfluenza Tipe B
IGD	: Instalansi Gawat Darurat
PLT	: Platelet
RBC	: <i>Red Blood Cell</i>
RSV	: <i>Respiratory Syncytial Virus</i>
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SDN	: Sekolah Dasar Negeri
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SMAN	: Sekolah Mengah Atas Negeri
SMPN	: Sekolah Menengah Pertama
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TNI-AL	: Tentara Nasional Indonesia-Angkatan Laut
TPM	: Tetes Per Menit
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

SIMBOL

%	: Persen
?	: Tanda Tanya
/	: Atau
=	: Sama Dengan
–	: Sampai
(+)	: Positif
(-)	: Negatif
<	: Kurang Dari
±	: Kurang Lebih

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gastroenteritis akut adalah suatu keadaan dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering dalam satu hari (Aquila Tiara, 2021). Penyakit ini berbahaya karena dapat mengakibatkan kematian dan dapat menimbulkan KLB (Kejadian Luar Biasa) di dunia. *Gastroenteritis* diakibatkan oleh gangguan penyerapan makanan yang terjadi karena adanya infeksi atau peradangan pada dinding usus, ditandai dengan adanya: mual, muntah, feses cair, penurunan nafsu makan, dan nyeri perut. Kondisi tersebut mengakibatkan makanan tidak dapat diserap sempurna oleh usus, sehingga zat-zat air dan kandungan yang terlarut didalamnya keluar bersama tinja. Muntah ditandai dengan kontraksi perut otot, penurunan diafragma, dan pembukaan kardia lambung yang mengakibatkan pengeluaran dalam isi lambung ke mulut (Practice et al., 2012). Hal tersebut dapat menyebabkan kematian utama pada anak yang ditandai dengan dehidrasi (Cookson & Stirk, 2021)

Angka kematian balita di negara berkembang akibat diare sekitar 2,8 juta setiap tahun. Data statistik menunjukkan bahwa setiap tahun diare menyerang 45 juta penduduk Indonesia. Data (WHO, 2017) terdapat 525.000 kasus *Gastroenteritis* pada anak. Kementerian kesehatan RI pada tahun 2019 kasus gastroenteristis di Indonesia sebanyak 2.455.098 kasus *Gastroenteritis* (Dinkes, 2022). Di Jawa Timur pada tahun 2019 ditemukan kasus *Gastroenteristis* sebanyak 26.720 kasus. Berdasarkan penelitian di rumah sakit RSPAL Dr.

Ramelan Surabaya di Ruang 5 Anak pada bulan Februari sampai dengan April 2022 terdapat 23 kasus *Gastroenteritis Akut*, dari bulan Februari sampai Maret terjadi penurunan, akan tetapi Maret sampai Mei mengalami peningkatan.

Penyebab tersering *Gastroenteritis Akut* pada anak disebabkan oleh rotavirus, Mikroorganisme seperti bakteri, virus dan *protozoa* dapat menyebabkan diare. *Eschericia coli enterotoksigenic*, *shigella sdysenteriae*, *Campylobacterjejuni*, dan *cryptosporidium sp* merupakan mikroorganisme tersering penyebab diare pada anak. Mikroorganisme memproduksi toksin, yang akan memberikan efek langsung dalam peningkatan pengeluaran sekresi air ke dalam lumen gastrointestinal. Diare lebih dominan menyerang balita karena daya tahan tubuhnya yang masih lemah, sehingga balita sangat rentan terhadap penyebaran bakteri penyebab diare. Jika diare disertai muntah dan berkelanjutan akan menyebabkan dehidrasi. Hal ini menjadi hal dampak yang harus diwaspadai dalam pertolongan dan dapat mengakibatkan kematian (Maidarti dan Rima Dewi, 2017)

Pencegahan *Gastroenteritis Akut* sebagai upaya tindakan yang perlu dilakukan pada pasien dengan *Gastroenteritis* yaitu dengan manajemen diare. Pencegahan pada kasus *Gastroenteritis Akut* yang disebabkan oleh obat tempra yang kemungkinan terpapar kontaminan adalah menyimpan obat dengan benar dan disesuaikan karakteristik terkait stabilitas untuk menjaga agar senyawa dalam obat tetap bekerja dengan optimal. Adapun tanda gejala *gastroenteritis* salah satunya adalah *vomiting* atau muntah. Pencegahan *vomiting* tindakan yang perlu dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan yang lunak sehingga mudah

dicerna, makan dalam porsi sedikit namun sering, *vomiting* dapat dicegah dengan menepatkan perilaku hidup bersih dan sehat

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada An.J dengan Diagnosa Medis *Gastroenteritis Akut + Vomiting* Di Ruang 5 Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis *Gastroenteritis Akut + Vomiting* Di Ruang 5 Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada An.J dengan diagnosa medis *Gastroenteritis Akut + Vomiting* Di Ruang 5 Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pada An.J dengan Diagnosa Medis *Gastroenteritis Akut + Vomiting* Di Ruang 5 Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada An. J dengan diagnosa medis *Gastroenteritis Akut + Vomiting* Di Ruang 5 Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pada An. J dengan Diagnosa Medis *Gastroenteritis Akut + Vomiting* Di Ruang 5 Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

5. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pada An. J dengan Diagnosa Medis *Gastroenteritis Akut + Vomiting* Di Ruang 5 Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4. Manfaat Penelitian

Tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir diharapkan dapat memberi manfaat : menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik, dapat menjadi salah satu rujukan bagi penelitian berikutnya, sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Gastroenteritis Akut + Vomiting*.

1.5. Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode penulisan yang digunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkah yang diambil penulis dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini yaitu studi kepustakaan, observasi dan pemeriksaan.

1.5.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan yaitu data primer, sekunder dan studi kepustakaan.

1.6. Sistematika Penulisan

Secara keseluruhan studi karya ilmiah akhir ini dibagi menjadi 3 bagian, yaitu terdiri dari bagian awal : terdiri dari halaman judul, halaman pernyataan hasil karya sendiri, persetujuan komisi pembimbing, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran. Bagian inti memuat Bab 1 pendahuluan,

bab 2 tinjauan pustaka, bab 3 tinjauan kasus, bab 4 pembahasan dan bab 5 penutup. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep penyakit yang akan terdiri dari definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Gastroenteritis* + *Vomiting* dengan melakukan Asuhan Keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit *Gastroenteritis*

2.1.1 Definisi *Gastroenteritis*

Gastroenteritis atau diare didefinisikan sebagai buang air besar dengan feses tidak berbentuk atau cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam 24 jam. (Amin, 2015).

Gastroenteritis akut diartikan sebagai kondisi individu mengeluarkan tinja cair lebih dari tiga kali dalam sehari atau bahkan lebih (WHO, 2017).

Gastroenteritis adalah suatu keadaan yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari tiga kali sehari yang disertai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi lebih cair, dengan/tanpa darah dan dengan/tanpa lendir (Rosari & Rini, 2013)

Gastroenteritis adalah buang air besar lebih dari 3x dalam sehari dengan konsistensi cair dengan ampas atau tidak yang disebabkan oleh berbagai faktor salah satunya adalah makanan yang terkontaminasi oleh bakteri.

2.1.2 Etiologi

Etiologi diare dapat dibagi dalam beberapa faktor menurut (Adyanastri, 2012):

1. Faktor infeksi

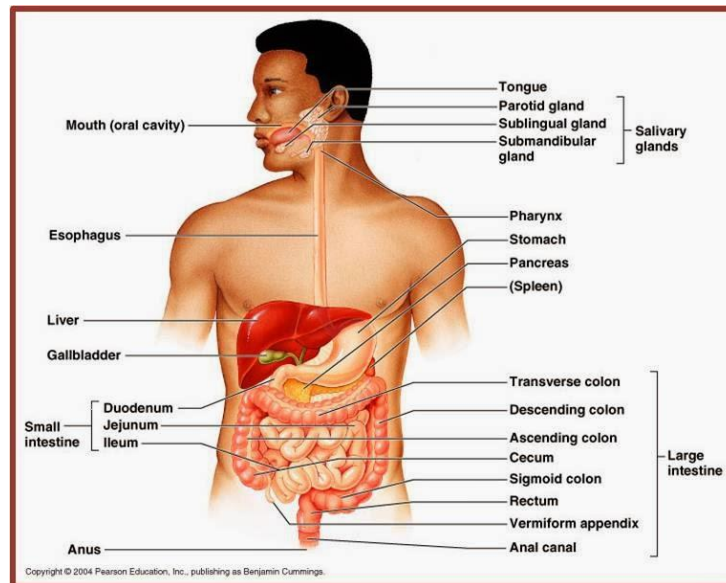
Proses ini dapat diawali dengan adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk kedalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa intestinal yang dapat menurunkan daerah permukaan intestinal sehingga terjadinya perubahan kapasitas dari intestinal yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi intestinal dalam absorpsi cairan dan elektrolit. Adanya toksin bakteri juga akan menyebabkan sistem transpor menjadi aktif dalam usus, sehingga sel mukosa mengalami iritasi dan akhirnya sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat.

- a. Infeksi interal yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak.
- b. Infeksi bakteri: oleh bakteri *Vibrio*, *E.coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*.
- c. Infeksi virus: oleh virus *Enterovirus* (*virus ECHO*, *Coxsackie*, *poliomyelitis*), *Adenovirus*, *Ratavirus*, *Astrovirus*.
- d. Infeksi parasit: oleh cacing (*Ascaris*, *Trichiuris*, *Oxyuris*, *Strongyloides*), protozoa (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas hominis*), jamur (*Candida albicans*).
- e. Infeksi parenteral yaitu infeksi dibagian tubuh lain diluar alat pencernaan, seperti Otitis media akut (OMA), Tonsilo faringitis,

2.1.3 Anatomi Fisiologi

Anatomi fisiologi saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum dan anus. Sistem

pencernaan juga meliputi organ-organ yang terletak diluar saluran pencernaan, yaitu pankreas, hati dan kandung empedu (Munawaroh, 2018).



2.1 Gambar Anatomi Pencernan Manusia (Sigit, 2017)

a. Mulut

Mulut merupakan jalan masuk untuk sistem pencernaan. Bagian dalam dari mulut dilapisi oleh selaput lendir.

b. Tenggorokan (Faring)

Didalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kelenjar limfe yang banyak mengandung kelenjar limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi.

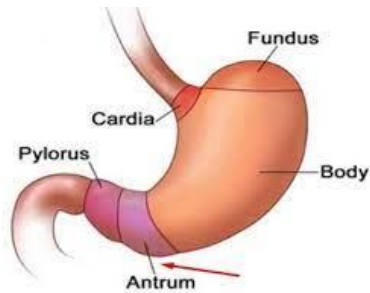
c. Kerongkongan (Esofagus)

Kerongkongan adalah tabung (tube) berotot pada vertebrata yang dilalui sewaktu makanan mengalir dari bagian mulut ke dalam lambung. Makanan berjalan melalui kerongkongan dengan menggunakan proses peristaltik.

d. Lambung

Merupakan organ otot berongga yang besar dan berbentuk seperti kacang

kedelai. Terdiri dari 3 bagian yaitu :



2.2 Gambar Anatomi lambung (Sridianti, 2022)

1. Kardia.
2. Fundus.
3. Antrum.

Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting :

- 1) Lendir

Lendir melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung.

- 2) Asam klorida (HCl)

Asam klorida menciptakan suasana yang sangat asam, yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein.

- 3) Prekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein)

e. Usus halus (usus kecil)

Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang melumasi isi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan-pecahan makanan yang dicerna). Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula dan lemak. Usus halus terdiri dari 3 bagian (Chalik, 2016):

1. Usus dua belas jari (Duodenum)

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usus halus yang

terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong (jejunum). Fungsi usus 12 jari untuk menyalurkan makanan ke usus halus. Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus.

2. Usus Kosong (jejunum)

Usus kosong fungsinya untuk penyerapan gula, asam amino, dan asam lemak.

3. Usus Penyerapan (illeum)

Pada sistem pencernaan manusia ini memiliki panjang sekitar 2-4 m dan terletak setelah duodenum dan jejunum, dan dilanjutkan oleh usus buntu. Ileum memiliki pH antara 7 dan 8 (netral atau sedikit basa) dan berfungsi menyerap vitamin B12 dan garam-garam empedu.

f. Usus Besar (Kolon)

Usus besar atau kolon dalam anatomi adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses. Usus besar terdiri dari :

1. Kolon assenden (kanan)
2. Kolon transversum
3. Kolon dessenden (kiri)
4. Kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum)

Banyaknya bakteri yang terdapat di dalam usus besar berfungsi mencerna beberapa bahan dan membantu penyerapan zat-zat gizi.

g. Rektum dan anus

Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses.

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi diare berdasarkan lama waktu diare terdiri dari (Abdillah, 2012) :

1. Gastoenteritis Akut

Gastroenteritis ialah gastroenteritis yang terjadi secara dadakan, dan terjadi selama kurang dari seminggu pada orang yang sebelumnya sehat.

2. Gastroenteritis kronik

Gastroenteritis kronik ialah gastroenteritis yang terjadi lebih dari seminggu, bisa terjadi lebih dari dua minggu atau lebih. Umumnya diare kronik dapat dikelompokkan dalam 3 kategori :

- a. Diare osmotik adalah sejenis diare yang terjadi karena adanya pengambilan air tubuh oleh usus atau dengan kata lain, di dalam usus terjadi proses osmosis.
- b. Diare sekretorik adalah diare yang terjadi ketika tubuh melepaskan air ke usus di saat yang tidak seharusnya. Penyebab diare ini biasanya adalah infeksi, obat-obatan, atau kondisi lain
- c. Diare karena gangguan motilitas

2.1.5 Manifestasi klinis

Manifestasi klinik pasien dengan gastroenteritis menjelaskan tentang (Abdillah, 2012)

- a. Nafsu makan berkurang.
- b. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer.
- c. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur empedu.
- d. Anus dan sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja menjadi

lebih asam akibat banyaknya asam laktat.

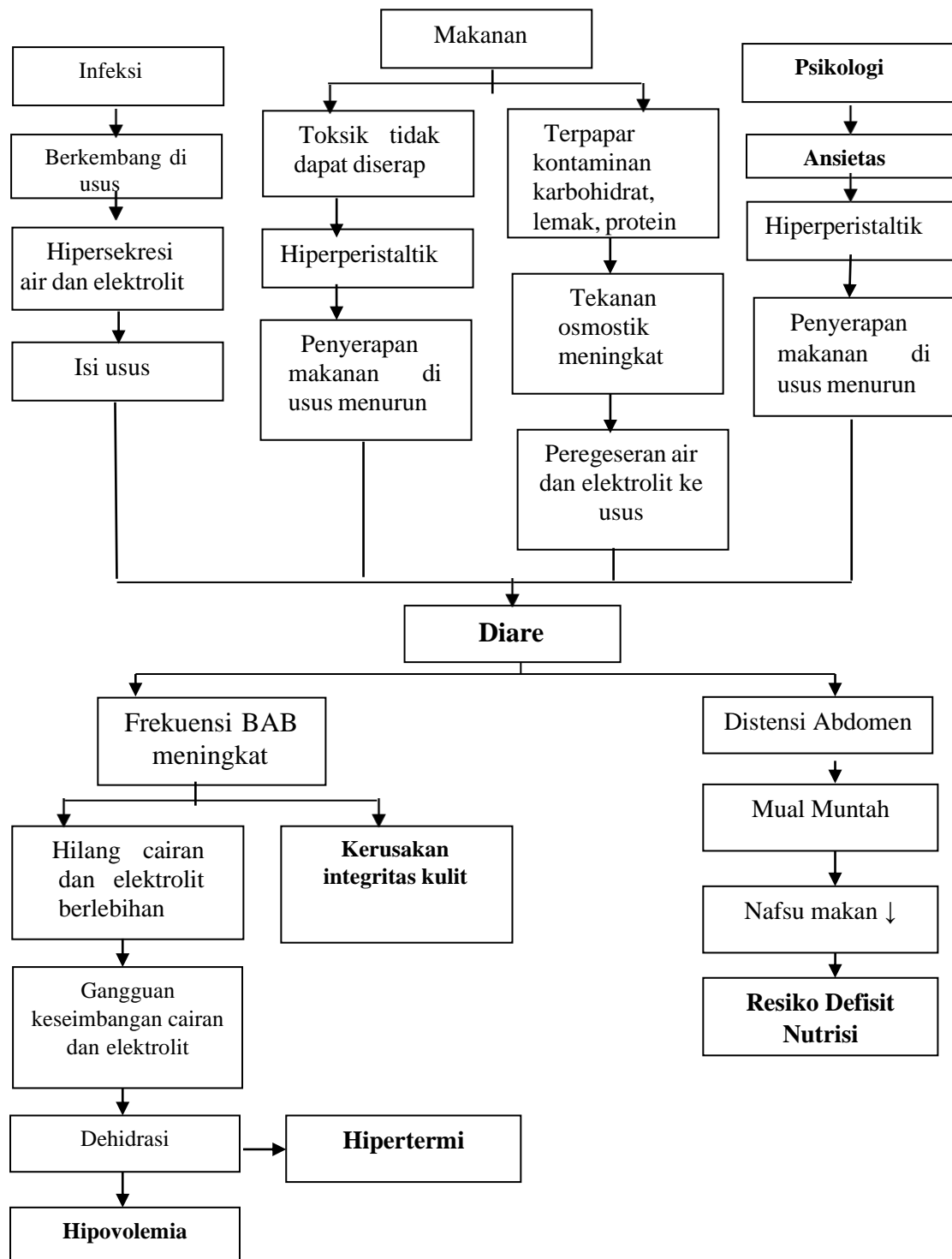
- e. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelas (keelastisan kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung membran mukosa kering dan disertai penurunan berat badan.
- f. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan respirasi cepat tekan darah turun, denyut jantung cepat, pasien sangat lemas, kesadaran menurun (apatis, samnolen, sopora komatus) sebagai akibat hipovokanik.
- g. Diuresis berkurang (oliguria sampai anuria).
- h. Bila terjadi asidosis metabolik klien akan tampak pucat dan pernafasan cepat dan dalam (Kusmaul).

2.1.6 Patofisiologis

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotik (makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare). Selain itu menimbulkan gangguan sekresi akibat toksin didinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian menjadi diare. Gangguan motilitas usus yang mengakibatkan hiperperistaltik. Akibat dari diare itu sendiri adalah kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik dan hypokalemia), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia dan gangguan sirkulasi darah. Mekanisme terjadinya diare dan termaksud juga peningkatan sekresi atau penurunan absorpsi cairan dan elektrolit dari sel mukosa intestinal dan eksudat yang berasal dari inflamasi mukosa intestinal (Wiffen et al, 2014). Infeksi diare akut diklasifikasikan secara

klinis dan patofisiologis menjadi diare noninflamasi dan diare inflamasi. Diare inflamasi disebabkan invasi bakteri dan sitoksin di kolon dengan manifestasi sindrom disentri dengan diare disertai lendir dan darah. Gejala klinis berupa mulas sampai nyeri seperti kolik, mual, muntah, tetanus, serta gejala dan tanda dehidrasi. Pada pemeriksaan tinja rutin makroskopis ditemukan lendir dan atau darah. Diare juga dapat terjadi akibat lebih dari satu mekanisme, yaitu peningkatan sekresi usus dan penurunan absorpsi di usus. Infeksi bakteri menyebabkan inflamasi dan mengeluarkan toksin yang menyebabkan terjadinya diare. Pada dasarnya mekanisme diare akibat kuman enteropatogen meliputi penempelan bakteri pada sel epitel dengan atau tanpa kerusakan mukosa, invasi mukosa, dan produksi enterotoksin atau sitoksin. Satu jenis bakteri dapat menggunakan satu atau lebih mekanisme tersebut untuk mengatasi pertahanan mukosa usus.

2.1.7 WOC Gastroenteritis



Gambar 2.3 WOC Gastroenteritis

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada kasus Gastroenteritis menurut (Wulansari, P. & Apriyani, 2016) antara lain :

- a. Pemeriksaan laboratorium.
 - 1) Pemeriksaan tinja.
 - 2) Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah analisa gas darah
 - 3) Pemeriksaan kadar ureum dan creatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.
- b. Pemeriksaan elektrolit intubasi duodenum (EGD) untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kuantitatif terutama dilakukan pada penderita diare kronik.
- c. Pemeriksaan radiologis seperti sigmoidoskopi, kolonoskopi dan lainnya biasanya tidak membantu untuk evaluasi diare akut infeksi.

2.1.9 Penatalaksanaan

Dasar pengobatan Gastroenteritis adalah:

- 1) Pemberian cairan
 - a) Belum ada dehidrasi, berikan minum melalui oral satu gelas setelah defekasi atau diberi cairan oralit satu sendok teh setiap satu atau dua menit
 - b) Dehidrasi ringan, satu jam pertama 25 sampai 50ml/kgbb diberikan melalui melalui oral; selanjutnya 125 ml/kgbb diberikan melalui melalui oral.
 - c) Dehidrasi sedang, satu jam pertama 50 sampai 100 ml/kgbb diberikan secara melalui oral; selanjutnya 125 ml/kgbb diberikan secara melalui

oral.

d) Dehidrasi berat, satu jam pertama 100 sampai 200ml/kgbb, diberikan melalui oral; selanjutnya 125ml/kgbb diberikan secara oral.

2) Berikan obat Zinc

Dosis pemberian Zinc pada balita:

Umur < 6 bulan : ½ tablet (10 mg) per hari selama 10 hari

Umur > 6 bulan : 1 tablet (20 mg) per hari selama 10 hari.

3) Pemberian ASI / Makanan :

Anak yang masih minum Asi harus lebih sering di beri ASI. Anak yang minum susu formula juga diberikan lebih sering daribiasanya.

4) Pemberian Antibiotik hanya atas indikasi

Antibiotik hanya bermanfaat pada penderita diare dengan darah (sebagian besar karena shigellosis), suspek kolera.

2.2 Konsep Vomiting

2.2.1 Definisi Vomiting

Muntah adalah repon fisik yang ditandai dengan kontraksi perut otot, penurunan diafragma, dan pembukaan kardia lambung yang mengakibatkan pengeluaran dalam isi lambung ke mulut (Practice et al., 2012)

2.2.2 Etiologi

Etiologi muntah pada bayi dan anak berdasarkan usia adalah sebagai berikut :

1) Usia 2 bulan-5 tahun

a. Tumor otak

Pikirkan terutama jika ditemukan sakit kepala yang progresif, muntah muntah, ataksia, dan tanpa nyeri perut.

b. Ketoasidosis diabetikum

Dehidrasi sedang hingga berat, riwayat polidipsi, poliuri dan polifagi.

c. Korpus alienum

Dihubungkan dengan kejadian tersedak berulang, batuk terjadi tiba-tiba atau air liur yang menetes.

d. Gastroenteritis

Sangat sering terjadi; sering adanya riwayat kontak dengan orang yang sakit, biasanya diikuti oleh diare dan demam.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Tanda gejala muntah menurut (Dewi, 2012) sebagai berikut :

- 1) Seringkali muntah, kembung, buang angin bunyinya keras, sering ngeden dan sering rewel, gelisah terutama malam hari, bab tidak tiap hari, bab >3kali perhari.
- 2) Lidah/mulut sering timbul putih, bibir kering.
- 3) Kepala, telapak tangan atau telapak kaki sering teraba sumer/hangat, keringat berlebihan.
- 4) Gejala muntah cairan regurgitasi (aliran dengan arah yang berlawanan dari normal, aliran kembali isi lambung dan kedalam esophagus (tabung yang berulang /berrongga yang mengangkut makanan dan cairan dari tenggorokan kelambung).

2.2.4 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada vomiting antara lain (Dewi, 2012) :

1. Pemeriksaan laboratorim

- a. Darah lengkap
- b. Elektrolit serum pada bayi dan anak yang dicurigai mengalami dehidrasi.
- c. Urinalisis, kultur urin, ureum dan kreatinin untuk mendeteksi adanya infeksi atau kelainan saluran kemih atau adanya kelainan metabolik.
- d. Asam amino plasma dan asam organik urin perlu diperiksa bila dicurigai adanya penyakit metabolik yang ditandai dengan asidosis metabolik berulang yang tidak jelas penyebabnya.
- e. Amonia serum perlu diperiksa pada muntah siklik untuk menyingkirkan kemungkinan defek pada siklus urea.
- f. Feses lengkap, darah samar dan parasit pada pasien yang dicurigai gastroenteritis atau infeksi parasit.

2.3 Konsep Anak

2.3.1. Konsep Tumbuh kembang

Pertumbuhan merupakan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang dapat diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilo). Ukuran panjang dengan cm atau meter, umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) .

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan (Sulistyawati, 2015)

2.3.2. Tumbuh Kembang Anak Usia Bayi (0-12 bulan)

Tumbuh kembang anak usia bayi (0-12 bulan) adalah sebagai berikut menurut (Sulistyawati, 2015) :

1. Perkembangan Psikososial

Pada masa intra uterine merupakan masa yang aman dan nyaman serta terjaminnya kebutuhan diri secara langsung melalui peredaran blood flow plasenta. Sementara kehidupan ekstra uterine seorang bayi merupakan makhluk yang tidak berdaya sehingga lingkungan perlu melindungi dan menciptakan rasa aman dan dapat dipercaya.

2. Perkembangan Psikointelektual (fase sensori motorik)

Pada usia 0-1 bulan perkembangan modifikasi reflek-reflek dan adanya reflek primitive, usia 4 bulan perkembangan reaksi pengulangan pada usia 0-1 bulan, aktifitas yang dapat memberi kepuasan akan diulang-ulang (pada umumnya berasal dari aktifitas tubuhnya sendiri). Usia 4-10 bulan perkembangan reaksi pengulangan pada usia 4 bulan, obyek aktifitas berasal dari luar dirinya.

3. Tugas Perkembangan Pada Fase Bayi

Tugas perkembangan pada fase bayi adalah belajar memakan makanan yang keras, belajar berbicara, dan belajar berjalan.

4. Perkembangan Psikoseksual (fase oral)

Pada masa ketergantungan oral, perkembangan pemenuhan kepuasan tergantung penuh pada orang lain. Bila pada fase ini tidak terpenuhi maka akan timbul perilaku menggigit kuku, menggigit ibu jari. Pada masa agresif oral perkembangan dimulai saat terjadi pertumbuhan gigi, aktifitas yang dapat memuaskan adalah menggigit. Pada masa ini anak secara aktif dapat memuaskan diri sendiri dengan meraih benda-benda disekitarnya dan dimasukkan kedalam mulutnya. Bila masa ini terfiksasi atau tidak terpenuhi maka akan timbul ucapan-

ucapan agresif baik secara terbuka maupun terselubung.

2.4 Konsep Imunisasi

2.4.1 Definisi Imunisasi

Imunisasi adalah usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin ke dalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu. Sedangkan yang dimaksud vaksin adalah bahan yang dipakai untuk merangsang pembentukan zat anti yang dimasukkan ke dalam tubuh melalui suntikan misalnya vaksin BCG, DPT, dan campak. Pemberian melalui mulut misalnya, vaksin polio (A.Aziz, 2009) dalam (Devitri Regita, 2019).

2.4.2 Tujuan Imunisasi

Pemberian imunisasi diharapkan anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbilitas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (A.Aziz 2009) dalam (Devitri Regita, 2019).

2.4.3 Jenis Imunisasi

Terdapat beberapa jenis imunisasi dasar oleh pemerintah (program imunisasi PPI) sebagai berikut (Hidayat, 2006) dalam (Devitri Regita, 2019):

a) Imunisasi BCG

Imunisasi BCG (*basillus calmette guerin*) merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit TBC yang berat sebab terjadinya penyakit TBC. Jumlah pemberian imunisasi BCG sebanyak 1 kali dengan dosis 0,05 cc diberikan secara intra cutan dan waktu pemberian dapat dimulai dari usia 0-11 bulan.

b) Imunisasi Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis. Jumlah pemberian sebanyak 3 kali dengan interval 4 minggu. Dosis imunisasi hepatitis B yaitu 0,5 cc secara intramuskular dalam waktu pemberian 0-11 bulan.

c) Imunisasi Polio

Imunisasi polio digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit *poliomyelitis* yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak. Dosis pemberian imunisasi polio adalah 2 tetes secara oral dengan interval 4 minggu dan waktu yang dapat diberikan pada usia 0-11 bulan.

Imunisasi typhus abdominalis merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit typhus abdominalis.

d) Imunisasi DPT

Imunisasi DPT (*diphtheria, pertussis, tetanus*) merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit difteri, pertusis, dan tetanus. Jadwal pemberian imunisasi sebanyak 3 kali dengan dosis 0,5 cc secara intramuskular. Imunisasi DPT dapat dimulai pada usia 2-11 bulan atau usia 2, 4, dan 6 bulan dengan interval 4 minggu.

e) Imunisasi Campak

Imunisasi campak merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak pada anak karena termasuk penyakit menular. Jumlah pemberian imunisasi campak adalah sebanyak 1 kali dengan dosis 0,5 cc secara subkutan dan dapat diberikan pada usia 9-11 bulan.

f) Imunisasi MMR

Imunisasi MMR (*mearles, mumps, rubella*) merupakan imunisasi yang digunakan dalam memberikan kekebalan terhadap penyakit campak (*mearles*); gondong, parotis epidemika (*mumps*); dan campak jerman (*rubella*).

g) Imunisasi Varicella

Imunisasi varicella merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit cacar air.

h) Imunisasi Hepatitis A

Imunisasi hepatitis A merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis A, pemberian imunisasi ini diberikan untuk usia diatas 2 tahun.

i) Imunisasi Typhus Abdominalis

Imunisasi typhus abdominalis merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit typhus abdominalis.

j) Imunisasi HiB

Hemmoinfluenza tipe B merupakan imunisasi yang diberikan untuk mencegah terjadinya penyakit influenza tipe b.

k) Imunisasi Polio suntik (IPV)

Diberikan pada bayi usia 2 bulan, 4 bulan, 6-18 bulan, dan balita 4-6 tahun. Imunisasi polio yang berisi virus mati aka disuntikkan diotot lengan atau paha.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan *Gastroenteritis*

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status dalam kesehatan pasien menurut (Lyerer al 1996, dalam (setiadi,2012))

1. Data umum

Data umum lainnya meliputi: nama, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, agama, dan alamat.

1. Keluhan utama

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

2. Riwayat penyakit sekarang

- a. Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah suhu badan mungkin meningkat.
- b. Tinja makin cair, mungkin disertai lender atau darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur dengan empedu
- c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam
- d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare

- e. Bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai tampak
- f. Penurunan nafsu makan

3. Riwayat penyakit dahulu

Kaji riwayat penyakit sebelumnya apakah pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotik atau kortikosteroid jangka panjang (perubahan candida albicans dari saprofit menjadi parasit), ISPA, ISK, OMA campak.

4. Riwayat penyakit keluarga

Kaji riwayat penyakit yang dialami oleh keluarga apakah keluarga pasien mempunyai kebiasaan buruk dalam menjaga kebersihan sehingga penyakit diare gampang timbul. Dan ada salah satu keluarga yang terkena penyakit diare.

5. Riwayat alergi

Alergi makanan, atau obat

6. Pemeriksaan fisik

a. B1 (Respirasi)

- 1) Inspeksi : adanya frekuensi pernafasan yang meningkat atau normal, irama pernafasan teratur, pola nafas reguler, bentuk dada simetris, dan tidak ada retraksi otot bantu nafas.
- 2) Palpasi : Vocal fremitus kanan dan kiri sama.
- 3) Perkusi : paru-paru sonor.
- 4) Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan.

b. B2 (Kardiovaskuler)

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

2) Perkusi : perkusi jantung normal

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

c. 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.

d. 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.

e. B5 (Pencernaan)

Secara umum, anak akan mengalami defisit kebutuhan nutrisi dikarenakan mual dan muntah

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

2) Perkusi : perut akan terasa begah dan kembung.

3) Palpasi : perut terasa sakit dan nyeri saat ditekan.

4) Auskultasi : suara bising usus meningkat.

f. 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.

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

(SDKI, 2016) menjelaskan beberapa diagnose yang muncul pada pasien *gastroenteritis*

- a. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (**D.0023, hal 64**)
- b. Gangguan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan volume cairan (**D.0129, hal 282**)
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan intake cairan (**D.0019, hal.56**)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pasien dengan *Gastroenteritis*

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1.	Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (D.0023, hal 64)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil : 1. TD membaik 2. Turgor kulit membaik 3. Output urine meningkat 4. Berat badan membaik 5. Intake cairan membaik 6. Suhu tubuh membaik	Manajemen cairan (hal.159) Observasi 1. Monitor status hidrasi 2. Monitor berat badan 3. Monitor pemeriksaan lab. Terapeutik 4. Catat intake output 5. Berikan asupan cairan 6. Berikan cairan intravena Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian diuretik
2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan volume cairan (D.0129, hal 282)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil : 1. Hidrasi meningkat 2. Kerusakan jaringan menurun 3. Suhu kulit membaik 4. Elastisitas meningkat 5. Perfusi jaringan meningkat	Perawatan integritas kulit (hal 316) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik 2. Bersihkan perenial dengan air hangat, terutama selama periode 2 hari Edukasi 3. Anjurkan minum air yang cukup 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan intake cairan (D.0019, hal.56)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Diare menurun 4. IMT membaik 5. Nafsu makan membaik 6. Bising usus membaik 	<p>Manajemen nutrisi (hal.200)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan 6. Monitor hasil pemeriksaan hasil lab <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Melakukan oral hygiene sebelum makan 8. Berikan makanan tinggi serat 9. Berikan suplemen makanan 10. Berikan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Ajarkan diet yang diprogramkan 12. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 13. Kolaborasi dengan ahli gizi
----	---	---	--

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan guna mengetahui keberhasilan tindakan dan rencana yang telah disusun. (Supratti, 2016).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan (Supratti, 2016). Pada saat mengevaluasi perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap tujuan yang dicapai, serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi dapat diklasifikasikan menjadi evaluasi formatif (pada saat memberikan intervensi dengan respon segera) dan evaluasi sumatif rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.

IV. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Mei 2022 pasien batuk pilek disertai grok-grok kemudian ibu memberikan anak obat sirup tempra yang sudah dibuka pada bulan Januari dan diberikan pada bulan Mei, setelah 1 jam minum anak muntah Asi 3 kali, pada malam hari anak tidak mau minum dan mata kelihatan sayu, kemudian pukul 02.00 Wib tanggal 17 Mei 2022 pasien dibawa ke IGD RSPAL dan mendapatkan infus KAEN 3B. Kemudian dilakukan rawat inap ke ruang 5 pada pukul 10.00 pasien tiba di ruang 5 didapatkan hasil pengkajian diare 3x di IGD berwarna kuning dan berlendir, mata tidak cowong, terpasang infus KAEN 3B dengan sisa cairan $\pm 200\text{cc}/9$ tetes per menit, suhu 37°C , nadi 122 x/menit, SPO2 98.

V. RIWAYATA KEHAMILAN DAN PERSALINAN

1. Prenatal Care:

Ibu pasien mengatakan selama kehamilan An. J melakukan pemeriksaan kehamilan ke dokter kandungan secara rutin 4x selama masa kehamilan dan mengkonsumsi vitamin yang diberikan oleh dokter selama kehamilan. Ibu mendapatkan vaksin TT pra nikah, Ibu An. J mengatakan selama kehamilan tidak mengalami mual, muntah.

2. Natal Care:

Ibu pasien mengatakan 4x melahirkan secara sesar. Ibu pasien mengatakan melahirkan An. J dengan usia kehamilan 38-39 minggu secara sesar karena ibu memiliki riwayat sesar dan pinggul sempit, ibu melahirkan secara sesar di rumah sakit di Surabaya dibantu oleh dokter,

perawat, bidan, dengan berat badan bayi lahir: 3850 gr dan panjang 51 cm.

3. Post Natal Care:

Ibu mengatakan bahwa An. J mendapatkan Asi dan susu formula karena asi ibu tidak lancar

VI. RIWAYAT MASA LAMPAU

A. Penyakit-Penyakit Waktu Kecil

Ibu An. J mengatakan anak memiliki riwayat penyakit, batuk, pilek, dan demam

B. Pernah Dirawat Di Rumah Sakit

Ibu An. J mengatakan An. J tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya

C. Penggunaan Obat-Obatan

Ibu An. J mengatakan An. J tidak memiliki riwayat obat-obatan khusus, apabila sakit demam, batuk, dan pilek ibu memberikan obat sirup (Tempra).

D. Tindakan (Operasi Atau Tindakan Lain)

Ibu mengatakan An. J tidak memiliki riwayat operasi

E. Alergi

Ibu pasien mengatakan An. J tidak memiliki riwayat alergi makanan dan obat sebelumnya

F. Kecelakaan

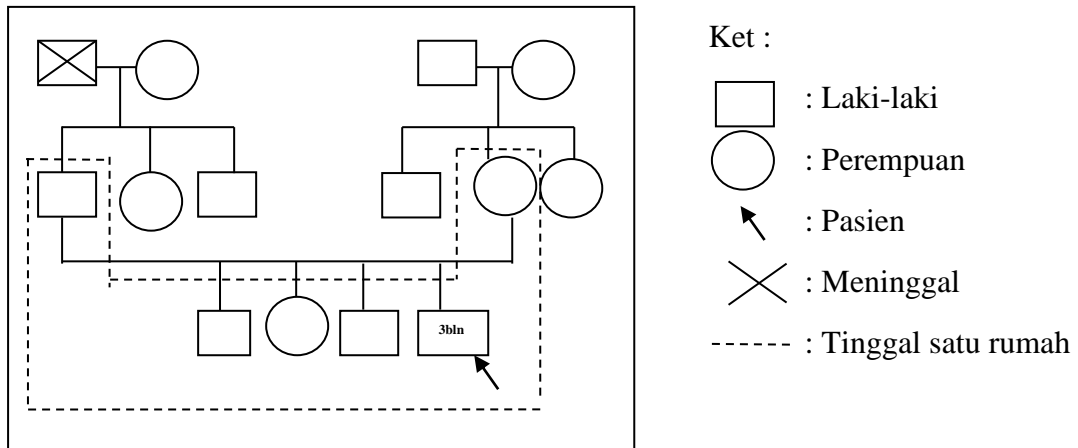
Ibu An. J mengatakan an. J tidak memiliki riwayat jatuh (kecelakaan) sebelumnya

G. Imunsasi

Ibu mengatakan anak sudah mendapatkan vaksin yaitu BCG,DPT2, HB3, HIB2, Polio2 pada usia 3 bulan

VII. PENGKAJIAN KELUARGA

A. Genogram (sesuai dengan penyakit)



3.1 Gambar Genogram

B. Psikososial keluarga :

Ibu mengatakan bahwa An. J tinggal bersama orang tua dan ketiga kakaknya. An. J memiliki 3 botol susu yang disediakan oleh Ibu ketika dirawat di rumah sakit, dalam merawat An. J ibu melakukan sendiri untuk membuat susu formula yang akan diberikan kepada An. J, dalam pembuatan susu ibu melakukan dengan menggunakan campuran air AQUA agar susu tidak terlalu panas, Ibu mengatakan cemas dengan kondisi anaknya karena baru pertama kali dirawat dirumah sakit, harapan ibu anak segera sembuh dan sehat kembali.

VIII. RIWAYAT SOSIAL

C. Yang Mengasuh Anak

Ibu mengatakan anak di asuh oleh ibu sendiri dibantu oleh ayah dan ketiga kakaknya

2. Hubungan Dengan Anggota Keluarga

Ibu mengatakan bahwa hubungan anak dengan anggota keluarga baik, An.J dekat dengan anggota keluarga lain dan bersosialisasi dengan baik.

3. Hubungan Dengan Teman Sebaya

Ibu mengatakan saat dirumah anak sering bermain dengan ke 3 kakaknya

4. Pembawaan Secara Umum

Pembawaan secara khusus An. J rapi dan harum, Ibu mengatakan bahwa An. J berinteraksi dengan sentuhan dan gendongan, anak tersenyum ketika diajak ngobrol

B. KEBUTUHAN DASAR

1. Pola Nutrisi

(makanan yang disukai / tidak, selera, alat makan, jam makan, dsb)

SMRS : ibu mengatakan An. J minum asi (300-500 cc) dan susu formula (240 cc) yang diberikan pada jam 08.00, 10.00, 15.00, dan 18.00

MRS : ibu mengatakan an. J minum asi 100cc dan susu formula 90 cc,

Sisa infus KAEN 3B kolf 1 dari IGD +200 cc

2. Pola Tidur

(kebiasaan sebelum tidur, perlu dibacakan cerita, benda-benda yang dibawa tidur)

SMRS : ibu mengatakan anak tidur dengan nyenyak dan tidak mudah rewel

MRS : ibu mengatakan anak tidur dengan menggunakan empeng, anak mudah terbangun ketika ada suara yang cukup keras dan anak juga sering terbangun karena suhu ruangan yang panas

3.Pola Aktivitas/Bermain

SMRS :An. J bermain sesuai dengan usianya (3 bulan) menggenggam benda (botol dot, empeng bayi) atau tangan ibu ayah dan kakaknya

MRS : An. J bermain dengan menggenggam empeng bayi dan selang infus

4.Pola Eliminasi

SMRS : Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat BAK, sehari BAK sekitar 5-6x/24 jam ganti pampers, dan BAB anak konsistensi lembek sampai padat , frekuensi 1x/hari

MRS : ibu mengatakan tidak ada keluhan saat BAK, sehari 6-8x/24 jam ganti pampers, dan BAB anak konsisten cair dan berlendir tanpa ampas dengan frekuensi 3x sehari

5.Pola Kognitif Perseptual

Ibu mengatakan cemas dengan kondisi anaknya. An. J sering menangis jika tidurnya terganggu seperti mendengar suara yang keras, dan suhu ruangan yang panas

6.Pola Koping Toleransi Stress

An. J mengatakan tenang jika digendong oleh ibu dan suara bising yang minim, serta suhu ruangan yang sejuk

C. KEADAAN UMUM (PENAMPILAN UMUM)

1. Cara Masuk

Pasien dan ibunya datang dari IGD menggunakan kursi roda

2. Keadaan Umum

Keadaan umum An. J lemas, kesadaran komposmentis,

D. TANDA-TANDA VITAL

Tensi : tidak terkaji

Suhu/nadi : 37°C / 122x/mnt

RR/SPO2 : 24x / 98

TB/BB : 62 cm / 6.8 kg

Lingkar lengan atas : 14 cm

E. PEMERIKSAAN FISIK (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

a. Pemeriksaan Kepala Dan Rambut

Bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, rambut bersih, dan kulit kepala kering, rambut cukup lebat, warna hitam, tidak mengalami kerontokan, tidak ada benjolan.

b. Mata

Simetris antara mata kanan dan kiri, dan tidak pucat, mata tidak cowong, warna konjungtiva anememis, dan sclera an ikterik.

c. Hidung

Lubang hidung tampak simetris antara kanan dan kiri, hidung tidak ada lesi, tidak ada polip, terdapat sekret berwarna kekuningan.

d. Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, lubang telinga bersih tidak ada serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada lesi

e. Mulut Dan Tenggorokan

Warna mukosa mulut dan bibir merah muda, tekstur lembab, tidak ada lesi.

f. Tengkuk Dan Leher

Tidak terlihat pembesaran kelenjar, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid

g. Pemeriksaan Thorax/Dada

Bentuk dada normochest, pergerakan simetris, tidak ada retraksi dada

Paru suara nafas vesikuler, tidak ada sesak, RR 24x/mnt

Jantung Denyutan arteri teraba kuat, frekuensi nadi 122x/menit, terdengar bunyi jantung S1-S2 tunggal

h. Punggung

Tidak ada lesi

i. Pemeriksaan Abdomen

Bentuk abdomen normal, tidak ada lesi, tidak ada distensi abdomen, turgor kulit elastis, suara peristaltik (bising usus: hiperaktif)

j. Pemeriksaan Kelamin Dan Daerah Sekitarnya (Genetalia Dan Anus)

Genetalia bersih, tidak ada lesi, kulit sekitar anus bersih dan tidak terdapat iritasi

k. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Tidak ada krepitasi, tidak ada nyeri tekan pada otot dan persendian
kekuatan otot baik

l. Pemeriksaan Neurologi

Kesadaran komposmentis, gcs 4/5/6, tidak ada kejang, kekuatan otot baik
5/5/5.

m. Pemeriksaan Integumen

Akral hangat, kering dan merah, tidak ada lesi, turgor kulit < 2 detik)

F. TINGKAT PERKEMBANGAN

1. Adaptasi sosial

Ibu mengatakan bahwa An.J dapat beradaptasi dengan baik di lingkungan rumah maupun rumah ketika diajak mengobrol kontak mata pasien baik, ketika di rumah sakit pasien kesulitan untuk beradaptasi dengan suhu ruangan dan suara bising dari pasien lain sehingga pasien mudah terbangun ketika istirahat, pasien tidak mudah takut dengan orang yang baru dikenal termasuk perawat.

2. Bahasa

Ibu pasien mengobrol dengan anak menggunakan bahasa Indonesia, An J mengungkapkan bahasa dengan cara menangis dan tertawa

3. Motorik halus

Pasien mampu mengenggam empeng bayi, dan mengenggam selam infus.

4. Motorik kasar

Ibu mengatakan An. J sudah mampu tengkurap, mengangkat kepala, dan miring kekanan atau kekiri

5. Kesimpulan Dari Pemeriksaan Perkembangan

An.J berkembang sesuai usia (3 bulan), tidak ada keterlambatan dalam perkembangan

a. Perkembangan Psikososial :

Ibu mengatakan anak rewel jika suasana kamar terasa panas

b. Perkembangan kognitif :

Ibu mengatakan anak senang jika diajak ngonbrol, dan anak mau bermain dengan siapapun termasuk perawat ketika dilakukan observasi anak tampak tenang.

c. Perkembangan Psikoseksual

Ibu mengatakan anak J berjenis kelamin laki-laki

G. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Laboratorium

Tanggal 17 Mei 2022 / 03:29			
Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	9.56	10³μL	4.00-10.00
Hitung jenis leukosit			
• Eosinofil#	0.17	10³μL	0.02-0.50
• Eosinofil%	1.80	%	0.5-5.0
• Basofil#	0.00	10³μL	0.00-0.10
• Basofil%	0.0	%	0.0-1.0
• Neutrofil#	5.52	10³μL	2.00-7.00
• Neutrofil%	57.70	%	50.0-70.0
• Limfosit#	3.35	10³μL	0.80-4.00
• Limfosit%	35.00	%	20.0-40.0
• Monosit#	0.52	10³μL	0.2-1.20
• Monosit%	5.50	%	3.0-12.0
Hemoglobin	10.20	g/dL	13-17
Hematokrit	31.00	%	40.0-54.0
Eritrosit	3.38	10⁶μL	3.50-5.50
Indeks eritrosit :			
• MCV	80.9	fmol/cell	80-100
• MCH	26.8	pg	26-34
• MCHC	33.1	g/dL	32-36
RDW_CV	12.8	%	11.0-16.0
RDW_SD	38.7	fL	35.0-56.0
Trombosit	206.00	10³μL	150-450
Indeks Trombosit :			
• MPV	9.8	fL	6.5-12.0
• PDW	15.8	%	15-17
• PCT	0.201	10³μL	1.08-2.82
P-LCC	53.0	10³μL	30-90
P-LCR	25.7	%	11.0-45.0
KIMIA KLINIK			
DIABETES			
GDS	95	mg/dL	50-80
ELEKTROLIT DAN GAS DARAH			
Na	140.0	mEq/L	135-147
Kalium	4.57	mEq/L	3.0-5.0
Clorida	107.5	mEq/L	95-105

2. Rontgen

Tanggal : 17 Mei 2022

Kesimpulan :

1. pneumotorax process (-)
2. BVP meningkat

3. Terapi

Tabel 3.1 terapi obat

Obat	Dosis	Rute	Indikasi
Rehidrasi KAEN 3B	500 ml/24 jam	Iv	Digunakan untuk membantu menyalurkan atau memelihara keseimbangan air dan elektrolit pada keadaan dimana asupan makanan tidak cukup
Antrain (k/p)	3x70 mg	Iv	Obat analgetik, antispasmodik, dan antipiretik untuk meringankan rasa sakit dan demam.
Ranitidine	2x70 mg	Iv	Obat untuk menurunkan asam lambung dan nyeri
Ondansentron	3x1 mg	Iv	Obat untuk mencegah mual dan muntah
Cefobaxtam	3x200 mg	iv	Digunakan untuk mengobati infeksi saluran napas atas dan bawah,
Lacto B	2x1	Oral	Suplemen probiotik yang bermanfaat untuk membantu mencegah dan mengatasi diare, dan sering digunakan dalam penanganan diare pada anak-anak
Nebul Velutin	1x 4 mg	nebul	obat yang digunakan untuk mengobati penyakit pada saluran pernafasan seperti asma dan penyakit paru obstruktif kronik
Racikan Bapil	3x1	Oral	Obat yang digunakan untuk meredakan gejala batuk pilek
Puyer demam (Paracetamol dan asam mefenamat)	3x1	Oral	Obat ini digunakan untuk meredakan demam, sakit kepala, sakit gigi, sakit telinga, nyeri haid, dan nyeri ringan lainnya.

Surabaya,.....Juli 2022

(Fibria Adisty Yunandari, S.Kep)

3.2 Analisa data

3.2 Tabel Analisa Data

NAMA KLIEN : An. J

Ruangan / kamar : Ruang 5/ 6.6

UMUR : 3 Bulan

No. Register : -

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS : ibu pasien mengatakan anak batuk grok-grok DO : – Sputum (+), sputum berwarna kekuningan – RR : 24 x/mnt – Terdengar suara ronki	Sekret yang tertahan	Bersihan Jalan Nafas tidak efektif (SDKI, D.0001, Hal. 18)
2.	DS : Ibu mengatakan anak BAB 3x cair dan berlendir DO : – Bising usus hiperaktif – Frekuensi 3x/hari – Konsistensi cair dan berlendir	Terpapar kontaminan	Diare (SDKI, D.0020, Hal. 58)
3.	Kondisi klinis : Diare Tanda dan gejala : Turgor kulit elastis Mata tidak cowong Membran mukosa lembab Akral hangat	-	Resiko Hipovolemia (SDKI, D.0034, Hal. 85)
4.	DS : ibu mengatakan anak sering terbangun DO : -	Hambatan lingkungan	Gangguan Pola Tidur (SDKI, D.0055, Hal. 126)

PRIORITAS MASALAH

3.3 Tabel prioritas Masalah

NAMA KLIEN :An. J

Ruangan / kamar : Pav 5/ 6.6

UMUR : 3 Bulan

No. Register : -

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		Nama perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Diare berhubungan dengan terpapar kontaminan	17 Mei 2022		Fibria
2.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan	17 Mei 2022		Fibria
3.	Resiko Hipovolemia	17 Mei 2022		Fibria
4.	Gangguan Pola Tidur	17 Mei 2022		Fibria

3.3 Intervensi Keperawatan

3.4 Table intervensi

Nama Klien : An. J

No Rekam Medis : xxxxxx

Hari Rawat Ke :1-5

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana Intervensi
1.	Diare berhungan dengan terpapar kontaminan (SDKI, D.0055, Hal. 126)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan diare menurun dengan kriteria hasil : 1. Konsistensi feses membaik 2. Peristaltik usus membaik 3. Frekuensi BAB membaik 4. Kontrol pengeluaran feses meningkat	Manajemen Diare (SIKI, 1.03101, hal. 164) Observasi 1. Identifikasi penyebab diare (terpapar kontaminan) 2. Identifikasi riwayat pemberian minuman (syrup tempra) 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsentrasi tinja (cair, kuning, berlendir) 4. Pantau tanda dan gejala hipovolemia (mata sayu) Terapeutik 5. Berikan asupan cairan oral ± 200 cc 6. Berikan cairan intravena KAEN 3B 500cc/24 jam 7. Cek darah lengkap (Clorida 107.5) 8. Ambil sampel feses untuk kultur (lendir +) Edukasi 9. Anjurkan makan dan minum sedikit-sedikit (asi dan susu formula)
2.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan (SDKI, D.0001, Hal. 18)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil :	Manajemen Jalan Napas (SIKI, 1.01011, hal. 187) Observasi: 1. Monitor pola napas (frekuensi : 24x/menit) 2. Monitor bunyi napas tambahan (ronchi) 3. Monitor sputum (kekuningan)

		<ol style="list-style-type: none"> 1) Produksi sputum ↓ 2) Gelisah menurun 3) Pola nafas dalam batas normal 4) Frekuensi nafas dalam batas normal 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan minum hangat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan asupan cairan 200 cc/hari <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian nebulizer
3.	Resiko Hipovolemi (D.0034, hal 85)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan kekurangan cairan tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit membaik 2. Output urine meningkat 3. Berat badan membaik 4. Intake cairan membaik 5. Suhu tubuh normal 6. Hb normal 	<p>Manajemen hipovolemik (SIKI, 1.03116, hal 184)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda-tanda hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hitung kebutuhan cairan (700 cc) 4. Berikan asupan oral sekitar 200 cc <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan memperbanyak asupan oral <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian cairan melalui IV KAEN 3B 9 tpm
4.	Gangguan Pola Tidur (SDKI, D.0055, Hal. 126)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p>	<p>Dukungan Tidur (SIKI, I.05174, hal 48)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (suhu dan suara bising)

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Modifikasi lingkungan (kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 4. Lakukan pijatan untuk meningkatkan kenyamanan 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.
--	--	---	---

3.4. Implementasi Dan Catatan Perkembangan Keperawatan

3.5 Tabel Implementasi

NAMA KLIEN : An. J

Ruangan / kamar : Pav 5 / 6.6

UMUR : 3 Bulan

No. Register : -

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1,2,3,4	17 Mei 2022 10.00	1. Melakukan BHSP dengan sentuhan dan memanggil nama	Fibria	17 Mei 2022 13.00	Dx 1 : Diare S : ibu mengatakan anak terakhir BAB tadi pagi O : Bising usus hiperaktif Suhu 37°C	Fibria
1,2,3,4	10.20	2. Memasang spalk	Fibria		A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4	11.00	3. Mengobservasi pasien S:39, N :122, RR: 24, SPO :98				
1,2,3	11.15	4. Memberikan injeksi obat melalui Iv/bolus Ondan 1mg	Fibria	13.00	Dx 2 : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif S. ibu px mengatakan anak batuk grok-grok dan pilek O : sputum (+) kekuningan RR 24x/mnt	Fibria
1,2,3	12.00	5. Memberikan obat melalui oral 1) Lacto B 2) Puyer demam				
1,3	12.15	6. Memberikan edukasi untuk keluarga agar memberikan minum sedikit demi sedikit tapi sering	Fibria		A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4	13.00	7. Menganjutkan ibu untuk melakukan pijatan dengan			Dx 3 : Resiko hipovolemia S : -	Fibria

		lembut untuk membantu pasien untuk istirahat		13.00	O : Turgor kulit (<2 detik) Terpasang infus KAEN 3B A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
				13.00	Dx 4 : Gangguan Pola Tidur S : ibu mengatakan anak tenang ketika tidur O : - A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Fibria
1,2,3,4	18 Mei 2022 07.30	1. Melakukan BHSP dengan sentuhan dan memanggil nama	Fibria	18 Mei 2022 13.00	Dx 1 : Diare S : Ibu mengatakan anak BAB 1x cair O : lendir (+) Cair (+) Bising usus hiperaktif	Fibria
1,2,3,4	07.35	2. Melakukan observasi px S : 36,3	Fibria		A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
1,2,3	08.10	3. Mengedukasi keluarga untuk memberi minum sedikit tapi sering				
1	10.00	4. Menyerahkan FL				
1,2,3,4	10.45	5. Melakukan observasi N : 120 SPO 99 S: 36 RR : 25	Fibria	13.00	Dx 2 : Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif S : Ibu mengatakan anak batuk dan pilek O : sputum berlebih RR 25	Fibria
1,3	11.15	6. Injeksi obat melalui Iv 1) Ranitidin 7 mg	Fibria			

1,2,3	12.00	2) Ondansetron 1 mg 3) Antrain 70 mg 7. Memberikan obat melalui oral	Fibria		A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4	12.30	1) Lacto B 2) Obat batuk pilek 8. Menganjurkan ibu pasien untuk memberikan alas di atas tempat tidur dan melakukan pijatan lembut pada anak	Fibria	13.00	Dx 3 : Resiko Hipovolemia S : - Turgor kulit (<2 detik) A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	Fibria
				13.00	Dx 4 : Gangguan Pola Tidur S : ibu mengatakan tidur anak mulai membaik O : terdapat kipas angin mini A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Fibria
1,2,3,4	19 Mei 2022 07.30	1. Melakukan BHSP dengan sentuhan dan memanggil nama	Fibria	19 Mei 2022 13.00	Dx 1 : Diare S : Ibu mengatakan BAB anak 1x dan sudah ada ampas O : bising usus normal A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Fibria
1,2,3,4	07.35	2. Mengobservasi keadaan pasien S : 36 N : 116 SPO : 99	Fibria			
1,3	08.15	3. Melakukan edukasi untuk			Dx 2 : Bersihan Jalan Nafas Tidak	Fibria

2	09.00	memberi minum sedikit tapi sering	Fibria		Efektif	
1,2,3	11.00	4. Advis dokter setiap sore nebul velutine 4mg		13.00	S : Ibu mengatakan batuk anak masih grok-grok	
		5. Mengobservasi keadaan pasien S : 36,3 N : 121 SPO : 98 RR ; 28	Fibria		O : sputum (+) RR : 28 A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
1,2,3	11.30	6. Memberikan Obat melalui IV 1) Ondan 1 mg 2) Ranitidine 70 mg	Fibria	13.00	Dx 3 : Resiko Hipovolemia S : -	
1	12.00	7. Memberikan obat melalui oral 1) Lacto B 2) Racikan bapil	Fibria		O : turgor kulit elastis <2 detik Mata tidak cowong Mukosa bibir lembab Inf. RMT 9 tpm	Fibria
1,2,3,4	12.30	8. Menganjurkan ibu untuk memberikan pijatan agar anak istirahat dengan tenang	Fibria		A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
				13.00	Dx 4 : Gangguan Pola tidur S : ibu pasien mengatakan anak sudah dapat tidur lebih nyaman dan lelap O : suhu kamar terasa dingin, bising menurun A : masalah teratasi sebagian	Fibria

					P : intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4	20 Mei 2022 14.00	1. Melakukan BHSP dengan sentuhan	Fibria	20 Mei 2022 19.00	Dx 1 : Diare S : Ibu mengatakan anak hari ini bab 2x banyak ampas dan lembek O : minum asi 6-8x Bising usus normal A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Fibria
1,2,3,4	14.30	2. Mengganti cairan infus (KAEN 3B 9 tpm)	Fibria			
1,2,3,4	15.00	3. Mengobservasi keadaan pasien S : 36,9 N : 112 RR : 27	Fibria			
2	16.00	4. Memberikan obat melalui oral 1) Racikan Bapil				
2	16.30	5. Memberikan nebul velutine 4 mg	Fibria	19.00	Dx 2 : Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif S : ibu mengatakan anak sudah tidak grok-grok tetapi masih batuk O : sputum berkurang Nebul velutine 4 mg A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Fibria
1,2,3	17.00	6. Memberikan obat melalui IV 1) Inj. Cefobaxtam 200mg	Fibria			
1,2,3	18.00	7. Mengobservasi keadaan pasien S : 36,7 N : 110 RR : 24	Fibria	19.00	Dx 3 : Resiko Hipovolemia S : - O : turgor kulit elastis (<2 detik) Inf. KAEN 3B 9 tpm A : masalah teratasi sebagian	Fibria
1	18.10	8. Memberikan obat melalui IV 1) Inj. Ranitidine 70 mg 2) Inj ondan 1 mg 9. Mengobservasi BAB pasien	Fibria			

1	18.30	(tadi pagi bab 2x dengan konsistensi lembek)	Fibria		P : Intervensi dilanjutkan	
1,2,3	18.30	10. Memberikan edukasi keluarga untuk memberikan minum sedikit tapi sering	Fibria	19.00	Dx 4 : Gangguan Pola Tidur S : ibu mengatakan anak tertidur lelap O : pasien dipindahkan ke kamar 9 dengan kapasitas 2 pasien A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Fibria
1,2,3,4	19.00	11. Menganjurkan pasien untuk istirahat dengan di lakukan pijatan agar anak tidur dengan nyaman	Fibria			
1,2,3,4	21 Mei 2022 14.10	1. Melakukan BHSP dengan sentuhan	Fibria	21 Mei 2022 19.00	Dx 1 : Diare S : Ibu mengatakan anak sudah hari ini tidak BAB O : bising usus normal BAB (-) A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	Fibria
1,2,3,4	14.40	2. Menganggit cairan infus	Fibria			
1,2,3,4	15.30	3. Mengobservasi keadaan pasien S : 36,9 N : 112 RR : 26	Fibria			
2	16.30	4. Memberikan obat oral 1) Racikan bapil	Fibria	19.00	Dx 2 : Bersihan Jalan Nafas Tidak efektif	Fibria
1,2,3	16.30	5. Memberikan obat melalui IV 1) Inj. Cefobaxtam 200mg	Fibria		S : Ibu mengatakan anak sudah tidak grok-grok O : sputum (-) A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
2	17.00	6. Memberikan nebul Velutine 4 mg 7. Mengobservasi keadaan pasien	Fibria			

1,2,3	18.00	S : 36,0 N : 110 RR : 22				
		8. Memberikan obat melalui IV 1) Inj. Ranitidine 70 mg 2) Inj. Ondansetron 1 mg	Fibria	19.00	Dx 3 : Resiko Hipovolemia S : Ibu mengatakan anak sering minum asi 5-7x asi dan 2-3 botol susu formula O : anak tampak aktif Nadi meningkat (112) A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Fibria
1,3	18.30	9. Memberikan edukasi untuk memberikan anak minum sedikit tapi sering	Fibria			
1,3	18.30	10. Menganjurkan pasien untuk istirahat				
1,2,3,4	19.00			19.00	Dx 4 : Gangguan Pola Tidur S : ibu mengatakan anak sudah tidur dengan nyenyak O : bising menurun Suhu kamar dingin A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Fibria

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan *Gastroenteritis Akut + vomiting* ruang Pav 5 Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada An. J dengan melakukan anamnesa, pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis yang dilakukan pada tanggal 17 Mei sampai 21 Mei 2022.

4.1.1 Identitas

Pasien merupakan seorang laki-laki usia 3 bulan anak ke empat dari Tn. K dan Ny. R. Anak dengan usia kurang dari 1 tahun sering mengalami diare, dengan insidensi diare tertinggi terdapat pada usia 6-11 bulan. Anak dengan usia dibawah 1 tahun lebih sering terkena penyakit diare karena daya tahan tubuh mereka yang rentan. Balita lebih sering terserang diare karena daya tahan tubuhnya yang masih lemah, sehingga balita sangat rentan terhadap penyebaran bakteri penyebab diare (N.Utami et al., 2016)

4.1.2 Keluhan Utama

Keluhan utama, An. J mengalami diare 3x sehari dengan konsistensi cair. Diare yang dialami pasien adalah diare akut karena terjadi secara dadakan dan tidak berlangsung lama. Menurut IDAI diare akut adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3x sehari, disertai perubahan konsistensi tinja menjadi

cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari 1 minggu (Subagyo, 2010). Beberapa faktor yang menyebabkan kejadian diare pada balita yaitu infeksi yang disebabkan bakteri, virus atau parasit, adanya gangguan penyerapan makanan atau terpapar kontaminan, alergi, keracunan bahan kimia atau racun yang terkandung dalam makanan, imunodefisiensi yaitu kekebalan tubuh yang menurun serta penyebab lain hal ini dapat menyebabkan anak mengalami diare akibat perkembangan bakteri di saluran pencernaan (Hartati et al., 2018). Analisis penulis diare yang dialami oleh anak adalah diare akut yang disebabkan oleh obat tempra yang kemungkinan terpapar kontaminan.

Keluhan An. J juga disertai dengan batuk pilek. Batuk pilek merupakan penyakit yang menyerang baik anak maupun dewasa, sebagian besar batuk pilek disebabkan oleh *Rhinovirus*, *Adenovirus*, *Virus Influenza*, *Enterovirus*, *RSV (Respiratory Syncytial Virus)* dan *Coronavirus*. Pemberian obat yang dijual bebas untuk keluhan batuk pilek sering dilakukan oleh orangtua untuk mengatasi batuk pilek pada anak. Selain pemberian obat yang dijual bebas, orang tua juga kurang mengerti bagaimana cara menyimpan obat dengan tepat. Penyimpanan obat harus disesuaikan dengan karakteristik terkait stabilitas untuk menjaga agar senyawa aktif dapat tetap bekerja dengan optimal dalam tubuh saat digunakan. Lama waktu dan suhu penyimpanan dapat memberikan dampak pada stabilitas dan konsentrasi obat (Savira et al., 2020). Analisa penulis orang tua kurang memahami bagaimana cara penyimpanan obat dengan benar sehingga mengakibatkan obat tersebut terpapar kontaminan.

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Anak mengalami batuk pilek sehingga ibu memberikan obat batuk tempra, kemudian anak diare setelah minum obat tempra karena obat tempra telah dibuka dari bulan Januari dan diberikan pada bulan Mei. Diare yang dialami oleh anak kemungkinan disebabkan oleh tempra yang kemungkinan terpapar kontaminan. Anak yang mengalami diare mula-mula akan cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan berkurang. Analisis penulis tanda dan gejala pasien yang mengalami diare adalah dengan keluhan BAB 3x cair dan berlendir, berwarna kuning, anak rewel, dan penurunan nafsu makan atau minum (Ngastiyah, 2014). Analisa penulis kontaminan masuk kedalam saluran pencernaan tidak dapat diserap oleh usus dengan baik sehingga dapat menyebabkan peningkatan peristaltik usus yang dapat mengakibatkan penyerapan dalam usus tidak maksimal sehingga anak mengalami diare.

4.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Riwayat kehamilan prenatal ibu mengatakan selama hamil rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di Rumah Sakit di Surabaya. Selama hamil Ibu An. J rutin mengkonsumsi Vitamin dari Dokter. Riwayat *Natal Care* Ibu mengatakan An. J lahir pada kehamilan Usia 38-39 secara sesar karena riwayat sesar 4x dan pinggulnya sempit. Ibu mendapatkan vaksin TT pra nikah, Ibu An. J mengatakan selama kehamilan tidak mengalami mual, muntah berat badan lahir: 3850gr dan panjang badan 51cm. Pada riwayat *post natal care* ibu mengatakan bahwa An. J mendapatkan ASI dan susu formula karena ASI tidak lancar. Analisa penulis pada riwayat kehamilan dan persalinan tidak ada hubungannya dengan penyakit yang dialami pasien pada saat ini

4.1.5 Riwayat Masa Lampau

Dari hasil pengkajian pada riwayat masa lampau, An J memiliki riwayat penyakit batuk pilek dan demam, tidak pernah dirawat dirumah sakit ataupun dilakukan tindakan operasi. Obat-obatan yang digunakan yaitu Tempra jika anak demam, batuk, dan pilek. An J tidak memiliki riwayat alergi susu. Analisa penulis pada riwayat penyakit masa lampau anak mengalami batuk pilek sehingga anak mengkonsumsi obat tempra dengan penyimpanan yang tepat dan tidak melebihi batas waktu setelah kemasan tempra dibuka.

Ibu mengatakan An J sudah mendapatkan imunisasi usia 3 bulan yaitu BCG, DPT2, HB3, HIB2, Polio2. Hal ini dikarenakan ibu yang berpengetahuan baik lebih memahami pentingnya pemberian imunisasi untuk bayinya (Rivanica & Hartina, 2022). Pola aktivitas saat sebelum masuk rumah sakit aktif akan tetapi saat masuk rumah sakit anak hanya mendengarkan handphone.

4.1.6 Riwayat Sosial

Dalam membimbing dan mendidik anak dalam kehidupan sehari-hari orang tua perlu memilah penggunaan pola asuh kepada anak (Novita, 2019). Hubungan anak dengan anggota keluarga terjalin baik, An. J sangat dekat dengan anggota keluarga yang lain dan bersosialisasi dengan baik. Pembawaan secara umum pada An.J saat ini sesuai dengan masa perkembangan anak usia 3 bulan, dimana An.J bermain dengan saudara dan juga An J berinteraksi dengan sentuhan, tersenyum dan menangis, hal ini sesuai dengan perkembangan usia pada anak usia 3 bulan (Kemenkes RI, 2015)

4.1.7 Kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

Pada saat MRS An. J dengan berat badan 6,8kg mendapatkan kebutuhan cairan $\pm 700\text{ml}/24$ jam. An. J minum asi sekitar 100cc dan susu formula 90cc dan mendapatkan terapi 500cc infus KAEN 3B dengan total cairan 690cc. Anak dengan *Gastroenteritis Akut* mengalami penurunan nafsu makan yang disebabkan karena saluran pencernaan anak terinfeksi. Anak dengan *Gastroenteritis Akut* mengalami penurunan nafsu makan karena peningkatan rangsangan gaster sebagai dampak peningkatan toksik mikroorganisme (Rosari & Rini, 2013). Analisis penulis pada pola nutrisi An. J tidak mengalami penurunan nafsu makan secara signifikan, sehingga tidak terjadi tanda-tanda penurunan berat badan ataupun kekurangan cairan.

2. Pola tidur

Jadwal tidur anak tidak sama dengan saat di rumah sebelum masuk rumah sakit. An. J seringkali terbangun dan rewel, karena suhu ruangan panas dan suara bising sehingga dapat menyebabkan anak mengalami ketidaknyamanan pada saat tidur.. Kuantitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor yang dapat mempengaruhinya adalah: penyakit, latihan dan kelelahan, stres, obat, nutrisi, lingkungan dan motivasi (Wahyuningsih & Febriana, 2011). Analisa penulis pola tidur An.J terganggu yang disebabkan oleh ruang perawatan atau bangsal yang ditempati oleh 7 pasien, sehingga udara dalam kamar terasa panas, dan keluarga pasien yang lain kurang menjaga ketenangan sehingga ruangan terasa bising.

3. Pola Aktivitas/Bermain

An.J bermain sesuai dengan usianya yaitu menggenggam tangan, atau botol susu An. J bermain dengan keluarga baik dirumah maupun di lingkungan sekitarnya. Kebiasaan bermain An.J saat MRS berkurang karena An. J lebih sering rewel karena masih belum dapat menyesuaikan (adaptasi) dengan lingkungan sekitar. Dalam proses terhadap kejadian yang menegangkan, seperti hospitalisasi, dan mekanisme pertahanan primer (Devitri Regita, 2019). Oleh karena itu anak cenderung sering rewel dan merasa asing dengan lingkungan baru pada saat hospitalisasi.

4. Pola Eliminasi

Pada saat dirawat dirumah sakit An. J tidak ada keluhan BAK, sehari BAK 6-8x/24 jam ganti pampers, BAB An. J cair dan berlendir dengan frekuensi 3x/hari. Pada anak terjadi peningkatan bising usus dan frekuensi defekasi 3x/hari dengan konsistensi cair yang menunjukkan adanya diare ringan. Hal tersebut disebabkan oleh adanya bakteri yang memasuki sistem pencernaan anak sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus atau terjadi malabsorpsi dan dapat ditandai dengan adanya diare pada anak (Cookson & Stirk, 2021). Analisa penulis anak mengalami gangguan dalam sistem pencernaan yang kemungkinan diakibatkan oleh infeksi akibat terpapar kontaminan sehingga penyerapan dalam usus tidak maksimal dan terjadi diare.

5. Pola Kognitif Perseptual & Pola Koping Toleransi Stress

Pada pengkajian data An.J tenang jika digendong ibunya dan suasana kamar yang nyaman. Suasana rumah sakit yang tidak familiar, berbagai macam bunyi dari mesin yang mengganggu, dan bau yang sebelumnya belum pernah masuk diindra penciuman, dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutan baik bagi anak

ataupun orang tua (Utami et al., 2014). Analisa penulis berbagai bunyi dan suara yang cukup mengganggu, pasien merasa tidak tenang dan menjadi lebih karena anak merasa lingkungan yang saat ini belum pernah dirasakan oleh anak sebelumnya.

4.1.8 Pemeriksaan Fisik

Tanda-tanda vital

Pada tinjauan kasus An.J didapatkan hasil pengkajian , nadi 122 x/menit, suhu 37,0⁰C (axila), frekuensi nafas 24x/menit.

Sistem pernafasan

Pada tinjauan kasus didapatkan data lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung tidak ada lesi, tidak ada polip, terdapat sekret berwarna kekuningan, sumbatan berupa sekret, : bentuk dada normochest, simetris, tidak ada penonjolan/edema, frekuensi pernafasan: 24x/menit Sebagian besar batuk pilek pada bayi disebabkan oleh virus RSV (*Respiratory Syncytial Virus*) yang bersifat *self limited*. *Self limited disease* merupakan suatu penyakit yang dapat sembuh sendiri tanpa penanganan tenaga medis atau tindakan tertentu (HIDAYATI, 2014). Pada pasien terdapat penumpukan sekret di hidung berwarna kekuningan yang disebabkan oleh adanya mikroorganisme yang masuk ke dalam saluran pernafasan, sehingga dalam sistem pernafasan terdapat masalah yang signifikan untuk diangkat sebagai masalah keperawatan

Sistem Kardiovaskuler

Pada tinjauan kasus didapatkan data denyutan arteri teraba kuat, frekuensi nadi 122x/menit. Dampak dari diare mencakup potensial terhadap disritmia jantung akibat hilangnya cairan secara berlebih (khususnya kehilangan kalium). Akibat kehilangan cairan yang berlebih tubuh anak mengalami syok hipovolemik,

syok hipovolemik merupakan kondisi dimana sistem kardiovaskuler gagal melakukan perfusi ke jaringan dengan adekuat (Syuibah & Ambarwati, 2015). Pada anak tidak terjadi tanda-tanda kekurangan cairan atau syok hipovolemik, sehingga pada sistem kardiovaskuler tidak didapatkan masalah yang signifikan untuk diangkat sebagai masalah keperawatan.

Sistem Persyarafan

Pada tinjauan kasus didapatkan hasil kesadaran pasien komposmentis GCS dengan total 15, tidak ada kejang. Dalam menangani diare juga perlu diperhatikan penyakit penyerta yang menyertai. Beberapa penyakit penyerta yang sering terjadi bersamaan dengan diare antara lain infeksi saluran nafas, infeksi susunan saraf pusat, infeksi saluran kemih, infeksi sistemik lain (sepsis, campak), kurang gizi, penyakit jantung, dan penyakit ginjal (Yusuf, 2011). Pada anak tidak disertai penyakit penyerta dan tidak ada gangguan pada sistem saraf, sehingga pada sistem persyarafan tidak didapatkan masalah yang signifikan untuk diangkat sebagai masalah keperawatan.

Sistem Perkemihan

Pada tinjauan kasus didapatkan hasil tidak ada keluhan saat BAK, sehari 6-8x/24 jam ganti pampers dan berisi tidak terlalu penuh yang bercampur dengan feses, dan BAB anak konsisten cair dan berlendir tanpa ampas dengan frekuensi 3x sehari. Diare merupakan keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali pada anak. Konsistensi feses cair, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir, salah satu penyebab terjadinya diare adalah virus e. coli sehingga mengakibatkan infeksi (Syuibah & Ambarwati, 2015). Pada kasus anak mengalami diare sebanyak 3x/24 jam dengan konsistensi cair dan berlendir,

sehingga dalam sistem perkemihan terdapat masalah untuk diangkat sebagai masalah keperawatan.

Sistem Pencernaan

Pada tinjauan kasus didapatkan data pengkajian bentuk abdomen simetris normal, tidak ada lesi, tidak ada distensi, tidak ada tonjolan, tidak ada kelainan umbilikus, suara peristaltik hiperaktif, tidak teraba pembesaran hepar atau ginjal, tonjolan maupun edema, turgor kulit elastis. Pada anak yang mengalami diare kemungkinan terjadi peningkatan suara bising usus (donna L. Wong, 2009). Pada anak terjadi peningkatan bising usus (hiperaktif), bising usus hiperaktif dapat mengindikasikan adanya gastroenteritis atau diare yang disebabkan oleh usus tidak mampu menyerap makanan, sehingga timbul diare, sehingga dalam sistem pencernaan terdapat masalah untuk diangkat sebagai masalah keperawatan.

Sistem Muskuloskeletal dan integumen

Pada tinjauan kasus didapatkan hasil tidak ada krepitasi, tidak ada nyeri tekan pada otot dan persendian, kekuatan otot baik, akral hangat kering merah, tidak ada lesi, turgor kulit <2 detik. Penyebab utama kematian diare adalah dehidrasi akibat kehilangan cairan dan elektrolit melalui feses. Sementara penyebab lainnya adalah disentri, kurang gizi, dan infeksi. Dehidrasi akibat diare tergantung pada persentase cairan tubuh yang hilang (Christy, 2013). Dehidrasi diare yang terjadi dikategorikan menjadi diare tanpa dehidrasi karena tidak disertai dengan tanda-tanda dehidrasi dalam tubuh, sehingga dalam sistem muskuloskeletal dan integumen tidak didapatkan masalah yang signifikan untuk diangkat sebagai masalah keperawatan.

4.1.9 Tingkat perkembangan

Pada tinjauan kasus ibu mengatakan anak sudah bisa tengkurap, menolak dengan tindakan, menggenggam jari ibu, menggenggam mainan atau botol susu. Anak J tidak memiliki keterlambatan dalam tumbuh kembang, pada tahap awal perkembangan anak berada pada tahap sensori motorik. Pemberian stimulasi visual pada bayi akan meningkatkan perhatian anak terhadap lingkungannya, bayi akan senang dan menggerakkan tubuh (Padila, 2019)

4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Diare berhubungan dengan terpapar kontaminan (SDKI, 2016) D.0020, hal. 58

Pada tinjauan kasus didapatkan turgor kulit pasien normal, akral teraba hangat. Data pengkajian tanda-tanda vital didapatkan suhu pasien : 37,0°C, nadi : 122 x/menit, bising usus hiperaktif, defekasi 3x/hari, feses cair tanpa ampas, dan pada hasil laboratorium FL feses berlendir dengan hasil positif. (SDKI, 2016) pada domain D.0130, mendefinisikan bahwa diare adalah pengeluaran feses yang sering, lunak, dan tidak berbentuk yang ditandai dengan data objektif tanda mayor minor yaitu defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam, feses lembek atau cair, frekuensi peristaltik meningkat dan bising usus hiperaktif. Penulis mengangkat diagnosa Diare sebagai diagnosa pertama karena pada pasien terdapat BAB cair dengan frekuensi 3x/hari disertai dengan lendir, dan peningkatan bising usus.

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan sekret yang tertahan (SDKI,2016) D.0001 hal. 18

Pada tinjauan kasus didapatkan keadaan umum hidung pasien terdapat sekret cair berwarna kekuningan, anak tidak mampu mengeluarkan dahak, frekuensi pernapasan : 24x/menit, dan nadi : 122x/menit. (SDKI, 2016) pada domain

D.0001, menjelaskan pada data objektif bersihan jalan napas tanda mayor minor sputum cair berwarna kekuningan, ronkhi, dan frekuensi nafas berubah. Produksi sputum berlebih terjadi karena adanya inflamasi dan infeksi saluran pernafasan. Bersihan jalan napas didefinisikan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (SDKI, 2016). Penulis menegakkan diagnosa bersihan jalan nafas yang dibuktikan dengan pada pasien terjadi bersihan jalan napas tidak efektif karena terdapat produksi sputum berwarna kekuningan, An. J tidak mampu mengeluarkan sekret secara mandiri dan terdengar suara ronki.

3. Resiko Hipovolemi dihubungkan dengan diare (SDKI, D.0034, hal 85)

Pada tinjauan kasus didapatkan hasil tidak terjadi tanda-tanda hipovolemi yang dibuktikan dengan turgor kulit yang elastis, mata anak tidak cowong, membran mukosa anak lembab. Penulis menegakkan diagnosa resiko hipovolemi dikarenakan status cairan pada anak tetap terjaga agar tidak terjadi kekurangan cairan yang dapat menyebabkan dehidrasi (SIKI, 2018)

4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (SDKI, D.0055) Hal. 126

Pada tinjauan kasus didapatkan hasil ibu mengatakan anak sering terbangun. Tidur adalah bagian dari proses penyembuhan kesehatan, mencapai kualitas tidur yang baik penting bagi kesehatan. Gangguan Pola Tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (SDKI, 2016). Anak akan menghadapi banyak persoalan selama hospitalisasi seperti mengalami kesulitan tidur, tindakan pengobatan, keadaan lingkungan seperti suhu, dan suara bising yang sangat berbeda dengan kondisi rumah (Mariana, 2019). Peneliti menegakkan

diagnosa gangguan pola tidur bahwa anak yang mengalami hospitalisasi akan mengalami kesulitan tidur karena faktor lingkungan yaitu suhu ruangan dan suara bising, Anak yang sedang sakit membutuhkan lebih banyak tidur dan istirahat untuk memulihkan kesehatan.

4.1 Intervensi Keperawatan

1. Diare berhubungan dengan terpapar kontaminan (SDKI, 2016) D.0020, hal. 58

Rencana tindakan keperawatan pada diagnosa diare yaitu dengan Manajemen Diare. Manajemen diare bertujuan untuk terapi penatalaksanaan diare yang difokuskan pada perawatan diare sebelum pasien dibawa ke pelayanan kesehatan) dan setelah pasien diare pulang dari pelayanan kesehatan (pasca). Penanganan diare pada anak dapat diberikan cairan tambahan oralit dan rehidrasi intravena menyesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Kriteria keberhasilan rencana tindakan yang diberikan untuk mengatasi diare dapat dilihat bahwa diare menurun atau kurang dari 3x/hari, peristaltik usus membaik (SIKI, 2018)

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan (SDKI,2016) D.0001 hal. 18

Rencana tindakan keperawatan pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu dengan Manajemen Jalan Nafas. Manajemen jalan nafas bertujuan untuk membuka jalan nafas dan mempertahankan jalan nafas agar tetap paten. Kriteria keberhasilan pada rencana tindakan keperawatan ini dapat dilihat bahwa pola nafas membaik, produksi sputum menurun, frekuensi nafas dalam batas normal. Anak dengan usia dibawah 1 tahun pada umumnya belum bisa mengeluarkan dahak dengan sendiri, sehingga untuk mempermudah hal tersebut dapat dibantu dengan terapi inhalasi yang merupakan pemberian obat secara

langsung ke dalam saluran napas melalui penghisapan atau nebulizer (SIKI, 2018).

3. Resiko Hipovolemia (SDKI, D. 0034, Hal. 85)

Rencana tindakan keperawatan pada diagnosa resiko hipovolemia yaitu dengan Manajemen hipovolemik. Manajemen hipovolemik bertujuan untuk mencegah berkurangnya cairan dalam tubuh secara berlebihan. Kriteria keberhasilan rencana keperawatan pada diagnosa resiko hipovolemia dapat diketahui bahwa tidak terjadi tanda-tanda kekuarangan cairan dalam tubuh seperti turgor kulit membaik, suhu tubuh dalam batas normal, intake cairan membaik (SIKI, 2018)

4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan (SDKI, D.0055, Hal. 126)

Rencana tindakan keperawatan pada diagnosa gangguan pola tidur yaitu dengan dukungan tidur. Dukungan tidur bertujuan untuk mendorong pasien untuk dapat tidur dengan lelap dan nyaman. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan dengan Identifikasi faktor pengganggu tidur (suhu dan suara bising), Modifikasi lingkungan (kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur), Lakukan pijatan untuk meningkatkan kenyamanan, Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga. Kriteria keberhasilan rencana tindakan keperawatan dapat dilihat bahwa sulit tidur menurun, pola tidur membaik (SIKI, 2018).

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada diagnosa pertama diare berhubungan dengan terpapar kontaminan diberikan pada hari 1-5 perawatan dengan cara: mengidentifikasi

penyebab diare (terpapar kontaminan), memberikan asupan cairan oral sedikit tapi sering dan kolaborasi berikan cairan intravena 500 cc/24 jam sebagai rehidrasi cairan pada pasien, kolaborasi pemberian lacto B 2x24 jam selama 5 hari perawatan sebagai penanganan diare pada anak pada dasarnya Lacto B adalah suplemen yang berisi probiotik dan ditambah dengan beberapa jenis vitamin dan bahan lainnya seperti vitamin C, vitamin B, protein dan lemak (Firmansyah, 2016). An. J diberikan suplemen lacto B yang berisi prebiotic yang berfungsi untuk menghambat bakteri atau virus yang tumbuh dalam usus, sehingga bakteri akan ikut keluar bersama feses.

Implementasi pada diagnosa keperawatan kedua bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan yaitu pada hari pertama dan kedua pasien diberikan kolaborasi yaitu dengan pemberian obat racikan batuk pilek, dan pada hari ketiga sampai hari kelima kolaborasi pemberian nebulizer velutin 4mg 1x24 jam, sebagai terapi inhalasi yang di gunakan untuk mengobati penyakit pada saluran pernafasan.

Implementasi pada diagnosa resiko hipovolemia dihubungkan dengan diare dilakukan tindakan pada hari 1-5 perawatan dengan cara : memberikan edukasi memberi minum sedikit tapi sering yang dilakukan pada hari perawatan 1-5, kolaborasi pemberian cairan melalui IV KAEN 3B 500cc/24 jam yang berisi Na 50 mEq, K 20 mEq, Cl 50 mEq, Lactate 20 mEq, Glucosa 27g/L (Septiani, 2015). Pemberian infus KAEN 3B dapat membatu memelihara keseimbangan elektrolit pada anak akibat dari diare.

Implementasi pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dilakukan tindakan pada hari 1-3 perawatan dengan cara:

memberikan edukasi pijatan lembut kepada anak untuk menunjang pola tidur anak agar lebih nyenyak dan nyaman, memberikan alas tempat tidur dengan kain yang berbahan dingin. Pada hari perawatan ke 4 dan 5 anak dipindahkan ke ruangan yang sejuk dengan kapasitas 2 bed pasien dan pola tidur pasien semakin membaik dibandingkan dengan hari perawatan 1 sampai 3. Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur, lingkungan yang tenang memungkinkan anak dapat tidur dengan nyenyak dan dapat mempercepat terjadinya proses tidur untuk memulihkan kesehatan anak.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang pertama diare, dilakukan tindakan selama 1x24 jam, pemberian asuhan keperawatan dengan kriteria hasil An.J sudah tidak BAB cair, namun BAB 1x dengan konsistensi lunak-padat berampas dan anak sudah mau minum asi dan susu formula. Pada evaluasi hari pertama An. J BAB cair 3x sehari dengan konsistensi cair dan berlendir. Evaluasi hari kedua perawatan An.J BAB cair 1x cair, hasil FL feses berlendir. Evaluasi hari ketiga An. J anak BAB 1x dan sudah ada ampas. Evaluasi hari ke empat BAB An.J sudah lembek dan berampas, Evaluasi hari ke lima anak sudah tidak BAB. Pemberian suplemen lacto B untuk membantu mengatasi atau mencegah diare pada anak.

Diagnosa keperawatan kedua bersihan jalan napas tidak efektif dilakukan selama 1 x 24 jam, dengan kriteria hasil anak dapat mengeluarkan dahak dan mengeluarkan dahak, RR : 24 x/menit. Pada hari pertama perawatan anak mengalami hidung tersumbat sputum, pada hari ke dua didapatkan anak masih batuk. Evaluasi hari kedua didapatkan An.J tidak dapat mengeluarkan dahak

terdengar suara grok-grok saat bernafas. Pada hari ke tiga anak mendapatkan kolaborasi pemberian nebulizer velutine 4 mg 1x24 jam setiap sore batuk anak masih grok-grok. Evaluasi perawatan pada hari ke empat didapatkan an. J masih batuk tapi grok-grok berkurang. Evaluasi perawatan hari ke lima ditandai dengan anak dapat batuk dengan mengeluarkan dahak. Pemberian terapi inhalasi nebulizer, minuman hangat, dan puyer obat batuk pilek dapat membantu proses pengenceran sputum dan pengeluaran sekret. Pemberian kolaborasi antibiotik cefobaxtam dibutuhkan dalam mengatasi adanya infeksi dalam paru anak.

Diagnosa keperawatan yang ke tiga adalah resiko hipovolemia pada hari pertama sampai ke lima perawatan anak mendapatkan infus KAEN 3B 500cc/24 jam 9 tpm. Pemberian cairan melalui intravena KAEN 3B dapat membantu menyalurkan atau memelihara keseimbangan air dan elektrolit dimana asupan makanan atau minuman tidak cukup. Pada pasien An.J kekurangan volume cairan tidak terjadi karena segera diatasi.

Diagnosa keperawatan yang ke empat adalah gangguan pola tidur pada hari pertama sampai ke lima dilakukan dengan edukasi untuk melakukan pijatan lembut pada anak, memberikan alas ditempat tidur dengan kain yang berbahan dingin agar anak dapat tidur dengan nyenyak. Setelah dilakukan tindakan yang sesuai dan pada hari perawatan yang ke 4 anak dipindahkan ke ruangan yang nyaman sejuk dan tenang, pola tidur anak mulai membaik dan normal seperti di rumah.

BAB 5

PENUTUP

Pennulis melakukan asuhan keperawatan pada An J dengan *Gastroenteritis Akut+Vomiting* di Ruang 5 Anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 17 Mei 2022-21 Mei 2022.

5.1. Simpulan

Pengkajian An.J didapatkan data fokus anak, anak lemas, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, mata tidak cowong, feses dengan konsistensi cair dengan frekuensi 3x/hari, peningkatan bising usus (hiperaktif)

1. Diagnosa keperawatan pertama pada An.J adalah Diare berhubungan dengan terpapar kontaminan yang dapat disebabkan oleh adanya bakteri yang berhasil masuk kedalam sistem pencernaan sehingga mengakibatkan peningkatan peristaltik usus yang menyebabkan adanya diare. Diagnosa kedua Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Sekret Yang Tertahan karena terdapat produksi sputum, berwarna kekuningan dan anak tidak dapat mengeluarkan sekret secara efektif. Diagnosa ketiga adalah Resiko Hipovolemia yang dihubungkan dengan diare, sehingga diagnosa utama yang sesuai yaitu Diare. Diagnosa keempat Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Hambatan Lingkungan yang dibuktikan dengan pola tidur anak yang berubah, suhu ruangan yang panas, suara yang bising.

2. Tindakan mandiri keperawatan yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu Diare memberikan asupan cairan oral dan makan porsi kecil dan sering

secara bertahap. Pada diagnosa ke dua yaitu berihan jalan nafas adalah memberikan minuman hangat pada anak. Pada diagnosa ke tiga yaitu resiko hipovolemia yang diberikan tindakan mandiri keperawatan yaitu memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan. Pada Diagnosa ke empat yaitu Gangguan Pola Tidur yang diberikan tindakan mandiri keperawatan yaitu dengan membrikan edukasi untuk melakukan pijatan lembut pada anak dan disertai dengan pemberian alas pada tempat tidur dengan kain yang berbahan dingin.

3. Evaluasi

Hasil evaluasi pada tanggal 21 Mei 2022 pada *Gastroenteritis* didapatkan BAB anak konsistensi feses berampas dengan frekuensi 1/hari, dapat mengeluarkan dahak, tidak terdapat suara napas tambahan ronkhi, resiko kekurangan cairan tidak terjadi, pola tidur membaik.

5.2. Saran

Berdasarkan dari simpulan diatas guna mencapai keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Gastroenteritis Akut* di masa yang akan datang penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman, serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien anak dengan *Gastroenteritis Akut*. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan perawat mampu melakukan kerjasama yang baik dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara profesional dan komperhensif.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare secara komperhensif dan mengikuti perkembangan literature-literatur keperawatan yang terbaru.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, Z. S. I. D. P. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare*. 118–136.
- Adyanastri, F. (2012). *ETIOLOGI DAN GAMBARAN KLINIS DIARE AKUT Di RSUP Dr KARIADI SEMARANG LAPORAN HASIL*.
- Amin, L. Z. i. (2015). *Tatalaksana Diare Akut*. 42(7), 504–508.
- Aquila Tiara, S. E. Z. (2021). *NURSING IN ACUTE GASTRO ENTENTERITIS (GEA) CHILDREN WITH HOSPITALIZATION ANXIETY IN THE FULFILLMENT OF SECURITY NEEDS*. 6.
- Chalik, R. (2016). *Anatomi Fisiologi Manusia* (1st ed.).
- Christy, M. Y. (2013). *Faktor yang berhubungan dengan kejadian dehidrasi diare pada balita di wilayah kerja puskesmas kalijudan*. 297–308.
- Cookson, M. D., & Stirk, P. M. R. (2021). *Asuhan keperawatan anak Gastroenteritis akut*. April, 51–71.
- Devitri Regita. (2019). *Asuhan Keperawatan pada An,J Usia Anak Toddler Dengan Diagnosa Medis Tuberkulosis Paru Di Ruang 5 Rumkital Dr.Ramelan. Stikes Hang Tuah Surabaya*.
- Dewi, E. M. (2012). *Laporan Pendahuluan Vomiting*. <https://id.scribd.com/document/359243391/LAPORAN-PENDAHULUAN-vomiting-docx>
- Dinkes. (2020). *PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR*.
- donna L. Wong. (2009). *BUKU AJAR Keperawatan Pediatrik wong vol.1, EDISI 6* (6th ed.). <https://www.onesearch.id/Record/IOS3145.slims-4807/Details>
- Firmansyah, A. (2016). *Terapi Probiotik dan Prebiotik pada Penyakit Saluran Cerna Anak*. 2(6), 210–214.
- Hartati, S., Kebidanan, A., & Negeri, S. (2018). *Faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada balita di wilayah kerja puskesmas rejosari pekanbaru*. 3(2), 400–407.
- HIDAYATI, L. K. (2014). *ERBEDAAN KEJADIAN BATUK PILEK PADA BAYI USIA 7-12 BULAN DENGAN RIWAYAT PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DAN TIDAK ASI EKSKLUSIF*.
- Kemenkes RI. (2015). *Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Departemen Kesehatan Republik Indonesia*, 1–68.

- Maidarti dan Rima Dewi. (2017). Fakto-Faktor yang berhubungan dengan kejadian penyebab diare pada balita (Studi Kasus: Babakansari). *Keperawatan*, 2, 110–120.
- Mariana, R. (2019). AKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI POLA TIDUR PADA ANAK YANG MENJALANI HOSPITALISASI DI RUANG RAWAT INAP ANAK RSD. MAYJEND. HM. RYACUDU KOTABUMI TAHUN 2016. *Jurnal Keperawatan Abdurrab*, 2(2), 42–49.
- Munawaroh, S. (2018). *Konsensus Pakar Anatomi Indonesia mengenai Materi Inti Anatomi Sistem Pencernaan*. 10, 1–8.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit* (2nd ed.).
- Novita, R. (2019). *HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN TINGKAT KECANDUAN GADGET PADA ANAK PRASEKOLAH*.
- Padila, et all. (2019). HASIL SKRINING PERKEMBANGAN ANAK USIA TODDLER ANTARA DDST DENGAN SDIDTK. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3, 244–256. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jks.v3i1.809>
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Practice, S. A., Brown, A. J., & Otto, C. M. (2012). Fluid Therapy in Vomiting and Diarrhea. *Veterinary Clinics*, 38, 653–675. <https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2008.01.008>
- Rivanica, R., & Hartina, I. (2020). Pemberian Imunisasi Bcg Pada Bayi (1-3 Bulan) Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Ibu. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 5(1), 205–212. <https://doi.org/10.36729/jam.v5i1.328>
- Rosari, A., & Rini, E. A. (2013). Hubungan Diare dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Lubuk Buaya Kecamatan Koto Tangah Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(3), 111–115.
- Savira, M., Ramadhani, F. A., Nadhirah, U., Lailis, S. R., Gading, E., Febriani, K., Patamani, M. Y., Savitri, D. R., Awang, M. R., Hapsari, M. W., Rohmah, N. N., Ghifari, A. S., Davit, M., Majid, A., Duka, F. G., & Nugraheni, G. (2020). Praktik penyimpanan dan pembuangan obat dalam keluarga. *Jurnal Farmasi Komunitas*, 7(2), 38–47.
- SDKI. (2016). *STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA* (T. P. S. D. PPNI (ed.); Edisi 1).
- Septiani, S. (2015). *Evaluasi penggunaan obat pada pasien balita terkena diare pada pasien rawat inap di rumah sakit x tahun 2014*.

- SIKI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia* (1 cetakan). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Subagyo, B. N. B. S. (2010). *BUKU AJAR GASTROENTEROLOGI-HEPATOLOGI* (edisi 1). Badan Penebit IDAI.
- Sulistiyawati, A. (2015). *Tumbuh Kembang Anak* (cetakan II). Salemba Medika.
- Supratti, & A. (2016). *No TitlePendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesia. 2.*
- Syuibah, U., & Ambarwati. (2015). *PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN PADA ANAK A. DENGAN GASTROENTRITIS DI RUANG BOUGENVILLE 3 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KUDUS. 2, 25–30.*
- Utami, Nurul, N. L. (2016). *Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kejadian Diare pada Anak Factors that InfluenceThe Incidence of Diarrhea in Children. 5, 101–106.*
- Utami, Y., Tinggi, S., & Kesehatan Binawan, I. (2014). Dampak Hospitalisasi Terhadap Perkembangan Anak. *Jurnal Ilmiah WIDYA, 2, 9–20.*
- Wahyuningsih, A., & Febriana, D. (2011). Kajian Stres Hospitalisasi Terhadap Pemenuhan Pola Tidur Anak Usia Prasekolah Di Ruang Anak Rs Baptis Kediri. *Jurnal Penelitian STIKES Kediri, 4(2), 66–71.*
- WHO. (2017). *Diarrhoeal disease.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Wulansari, P. & Apriyani, H. (2016). Diagnosis Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Pencernaan. *Ilmiah Keperawatan Sai Betik, XII(1), 40–45.* <http://www.ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JKEP/article/view/341>
- Yusuf, S. (2011). *Profil Diare di Ruang Rawat Inap Anak. 13(4), 265–270.*

LAMPIRAN 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Fibria Adisty Yunandari

Nim : 2130111

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Kediri, 23 Februari 1999

Agama : Islam

Email : fibriadisty42@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Kandat 1 Tahun 2004
2. SDN Kandat 1 Tahun 2011
3. SMPN 1 Kandat Tahun 2014
4. SMAN 1 Kandat Tahun 2017
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2021

LAMPIRAN 2

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO

“Let’s be happy”


PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirabbilalamin atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan karya ini dengan baik. Karya ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, kesehatan, kemudahan dan ketangguhan sehingga sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.
2. Kedua orang tua yang saya sangat cintai, Bapak (Andri Herminto) dan Ibu (Suwartini), dengan tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
3. Keluarga besar saya yang saya cintai yang selalu memberikan saya doa dan motivasi dalam segala hal.
4. Kekasih saya Esa Adipura yang senantiasa memberikan saya motivasi dan semangat dalam mengerjakan Karya Ilmiah Akhir
5. Temen dekat saya (Indah, Fatimah, Nia, Dwiki, Carmitha, Jihan, Wila), serta teman kelompok Karya Tulis Ilmiah saya Mbak Made, Bu Catur, Kak Kahfi, Kak Yusuf yang telah motivasi saya dalam proses penyusunan dan proses pendidikan studi NERS.

6. Terima kasih untuk semua orang di sekeliling saya yang selalu mendoakan yang terbaik untuk saya membantu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kita semua dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal'Alaamin

LAMPIRAN 3

	<h2>SOP PERHITUNGAN CAIRAN</h2>
<p>Pengertian Suatu tindakan mengukur jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh (intake) dan mengukur jumlah cairan yang keluar dari tubuh (output).</p> <p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan status keseimbangan cairan tubuh 2. Menentukan tingkat dehidrasi klien <p>Hal-Hal Yang Berkaitan Dengan Perhitungan Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh klien (intake) Terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> • Air minum • Air dalam makanan (sayur berkuah, buah) • Air hasil oksidasi (metabolisme) • Cairan intravena (infuse, darah) 2. Menentukan jumlah cairan yang keluar dari tubuh klien (out put) Terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> • Urine • Insensible Water Loss (IWL) : paru dan kulit • Keringat • Feces • Muntah (langsung, melalui NGT) • Perdarahan • Drain 3. Menentukan keseimbangan cairan tubuh klien <ul style="list-style-type: none"> • Dengan Rumus: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">Intake-out put</div> 	
<p>PERHITUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rata-rata intake cairan per hari: <ul style="list-style-type: none"> • Air minum dewasa: 1500-2500 ml/ hari (30-40 ml/kg BB/ hari) • Kebutuhan cairan anak: <ul style="list-style-type: none"> BB 10 kg I : 100 cc/ kg BB/ 24 jam BB 10 kg II : 50 cc/ kg BB/ 24 jam 	

BB 10 kg seterusnya : 20 cc/ kg BB/ 24 jam

- Air dari makanan: 750 ml
- Air hasil metabolisme: 200 ml (Dewasa 5 cc/ kg BB/ hari) (Anak-anak 5-6 cc/ kg BB/ hari)

Basal Metabolisme Rate (BMR) pada anak lebih tinggi terutama umur dibawah 2 tahun dan setiap anak yang dalam pertumbuhan lebih banyak sampah metabolic yang harus dikeluarkan ginjal, yang memerlukan lebih banyak air.

2. Rata-rata out put cairan per hari

- Urine : 1400-1500 ml (0,5-1 cc/ kg BB/ jam)
- IWL: Paru : 350-400 ml
Kulit : 350-400 ml
- Keringat : 100 ml
- Feces : 100-200 ml/ hari

3. Insensible Water Loss

- Dewasa : 15 cc/ kg BB/ hari
- Anak : 40 cc/ kg BB/ 24 jam
- Neonatus : 60 cc/ kg BB/ 24 jam
- IWL jika ada kenaikan suhu: IWL + 200 (suhu badan sekarang – 36,8oC)
Atau IWL meningkat 12 % setiap ada kenaikan suhu 1°C

Setiap kenaikan suhu sebesar 1°C maka kebutuhan cairan akan naik 12 %

Pada kondisi demam kebutuhan cairan 24 jam + 12 % dari kebutuhan cairan 24 jam. Suhu normal 36-37°C Jumlah cairan tubuh tergantung pada: umur, BB, jenis kelamin.

CARA PENGHITUNGAN TETESAN INFUS

Jenis Tetesan:

1. Tetesan mikro (mikrodrip) 1 cc = 60 tetes
Selang mikrodrip disebut juga selang pediatric, volumenya kecil dan memberikan tetesan yang lebih tepat.
2. Tetesan makro (makrodrip) 1 cc = 20 tetes

Rumus:

a. Mililiter per jam

$$\text{Cc/ jam} = \frac{\text{jumlah total cairan infuse (cc)}}{\text{Lama waktu pemberian infus}}$$

Lama waktu pemberian infus

Contoh: Jika tersedia cairan infuse 3000 cc, habis diberikan dalam 24 jam, maka berapa cc cairan yang diberikan?

Jawab: $\frac{3000 \text{ cc}}{24 \text{ jam}} = 125 \text{ ml/ jam}$

24 jam


b. Tetes per menit


$$\text{Tetes per menit} = \frac{\text{jumlah total cairan infuse (cc)} \times \text{faktor tetes}}{\text{Waktu (60x24)}}$$


REFERENSI

Perry, Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Vol I*. EGC: Jakarta

Kusyati, Eni dkk. 2003. *Ketrampilan dan Prosedur Keperawatan Dasar*. Kilat Press: Semarang

	SOP IMUNISASI HB
<p>Pengertian Pemberian immunisasi Hepatitis B adalah menyiapkan dan memberikan obat tertentu melalui suntikan kedalam jaringan otot (pangkal lengan, paha bagian luar).</p> <p>Tujuan Untuk memberikan kekebalan pasif terhadap penyakit hepatitis B.</p> <p>Usia Pemberian 0 bulan, 1 bulan, 6 bulan, interval 3 kali</p> <p>Dosis dan cara pemberian 0,5 ml, secara im di 1/3 paha bagian luar</p> <p>Langkah-Langkah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Verifikasi Buku KIA 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Meletakkan alat dekat pasien 4. Mencuci tangan dan menggunakan handscone 5. Atur posisi bayi 6. Libatkan keluarga dalam restrain bila diperlukan 7. Pasang pengalas dibawah area tusukan 8. S spuit diisi dengan vaksin sesuai dosis (0,5cc), udara dikeluarkan 9. Identifikasi daerah tusukan 10. Lakukan desinfeksi pada area tusukan dengan kapas alcohol, angkat dengan jempol dan jari telunjuk 11. Jarum ditusukan tegak lurus dan membentuk sudut 90° dengan permukaan kulit 12. Menghisap spuit, ditarik sedikit bila ada darah obat jangan dimasukan, tapi jika tidak ada darah obat dimasukan perlahan-lahan. 13. Setelah obat masuk semua, jarum dicabut dengan cepat 14. Bekas tusukan jarum ditekan dengan kapas alcohol. 15. Bereskan alat <p>HE dan KIPI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan bayi untuk banyak minum asi, bekas suntikan dapat dikompres dengan air dingin, dan memberikan paracetamol 2. Demam tinggi dan rewel <p>Referensi DepKes R.I, 1994, Prosedur Perawatan Anak di Rumah Sakit, Jakarta.</p>	

	<p>SOP IMUNISASI BCG <i>Bacillus Colmette Guerin</i></p>
<p>Pengertian Pemberian immunisasi BCG adalah menyiapkan dan memberikan obat tertentu melalui suntikan kedalam jaringan otot</p> <p>Tujuan Untuk memberikan kekebalan pasif terhadap penyakit TBC.</p> <p>Usia Pemberian 0 – 12 bulan</p> <p>Dosis dan cara pemberian ≤ 1 tahun : 0,05 ml, secara ic di lengan atas kanan 15° ≥ 1 tahun : 0,1 ml, secara ic di lengan atas kanan 15°</p> <p>Langkah-Langkah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Verifikasi Buku KIA 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Meletakkan alat dekat pasien 4. Mencuci tangan dan menggunakan handscone 5. Pastikan anak belum pernah vaksin BCG 6. Pasang pengalas dibawah area tusukan 7. S spuit diisi dengan vaksin sesuai dosis (0,05cc) 8. Atur posisi bayi 9. Identifikasi daerah tusukan 10. Lakukan desinfeksi pada area tusukan dengan kapas yang dibasahi dengan air bersih, angkat dengan jempol dan jari telunjuk 11. Jarum ditusukan membentuk sudut 15° dengan permukaan kulit dan perhatikan hingga muncul benjolan kecil 12. Bereskan alat <p>HE dan KIPI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila muncul ulkus dapat dikompres dengan cairan antiseptik, memberikab paracetamol 30 menit setelah imunisasi dan dilanjut 3-4 jam 2. Setelah 3 minggu akan timbul ulkus dan akan sembuh dalam 2-3 bulan 	

	<p style="text-align: center;">SOP IMUNISASI DPT Difteri, Pertusis, Tetanus</p>
<p>Pengertian Pemberian immunisasi DPT</p> <p>Tujuan Untuk memberikan kekebalan pasif terhadap penyakit Difteri, Pertusis, Tetanus, dan Hepatitis B</p> <p>Usia Pemberian 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan</p> <p>Dosis dan cara pemberian 0,5 ml, secara im di 1/3 paha luar 90°</p> <p>Langkah-Langkah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Verifikasi Buku KIA 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan 3. Meletakkan alat dekat pasien 4. Mencuci tangan dan menggunakan handscone 5. Pastikan anak belum pernah vaksin DPT 6. Pasang pengalas dibawah area tusukan 7. S spuit diisi dengan vaksin sesuai dosis (0,5cc) 8. Atur posisi bayi 9. Identifikasi daerah tusukan 10. Lakukan desinfeksi pada area tusukan dengan kapas alcohol angkat kulit dengan jempol dan jari telunjuk 11. Jarum ditusukan membentuk sudut 90° dengan permukaan kulit 12. Bereskan alat <p>HE dan KIPI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila muncul ulkus dapat dikompres dengan cairan antiseptik, memberikab paracetamol 30 menit setelah imunisasi dan dilanjut 3-4 jam 2. Demam, kemerahan pada area tusukan 	