

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. E DENGAN
DIAGNOSA MEDIS GEADS DI RUANG 5 ANAK
RSPAL Dr.RAMELAN SURABAYA



Oleh :

FINNA ASHIFA NILAMSARI
NIM. 2030037

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. EDENGAN DIAGNOSA MEDIS
GEADSDI RUANG 5 ANAK RSPAL Dr.RAMELANSURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh :

**FINNA ASHIFA NILAMSARI
NIM. 2030037**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini saya susun sendiri tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan kemampuan penulis, semua sumber dan data yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Apabila ditemukan plagiasi dikemudian hari, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Agustus 2021

Penulis

FINNA ASHIFA NILAMSARI
NIM. 2030037

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Finna Ashifa Nilamsari

N I M : 2030037

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis
Geads Di Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns)

Pembimbing



Dwi Ernawati, S.kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03.023

Mengetahui
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda,M.Kep.,Sp.,Kep.MB
NIP.03.020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Finna Ashifa Nilamsari

NIM : 2030037

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis
GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (NS)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Pembimbing : Dwi Ernawati, S.kep.,Ns.,M.Kep

NIP.03.023



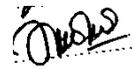
Penguji I : Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIP. 03003



Penguji II : Qori'ilah Saidah M.Kep.,Sp.Kep.An

NIP. 03026



Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2021

N.s Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIP. 03020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, serta hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sesuai dengan syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah membantu penulis untuk terselesainya Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya, kepada :

1. Laksmana Pertama TNI Dr. Ahmad Samsulhadi selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberi ijin praktek kepada kami untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir.
2. Laksamana Pertama (Purn), Dr. A.V. Suhardiningsih, M.Kep.,Sp.MB, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk menyelesaikan pendidikan Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan dan motivasi kepada kami mahasiswa Ners.
4. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing yang dengan tulus, ikhlas dan sabar bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing kami untuk Menyusun Karya Ilmiah Akhir.

5. Ibu Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, kritik, dan bimbingan demi kesempurnaan menyusun Karya Ilmiah Akhir.
6. Ibu Qori Ila Saidah, M.Kep.,Sp.Kep.An selaku penguji II yang penuh kesabaran serta perhatian kepada penulis untuk memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan menyusun Karya Ilmiah Akhir.
7. Bapak Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan ilmu kepada kami selama ini, hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Seluruh staff dan Karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah tulus dan ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani Studi selama ini.
9. Kepada Orang Tua Ayah Samsono dan Ibu Sumarsiyah tercinta beserta Adek Diva Thuraya Amalina yang senantiasa mendoakan, mendukung dan memberi dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
10. Serta semua pihak yang tidak mungkin saya sebutkan satu-persatu atas dukungan dan semangat kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Maka Penulis berharap bahwa Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat kepada semua pihak terutama bagi pembaca Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya, masyarakat dan perkembangan Ilmu

Keperawatan.Semoga budi baik yang telah diberikan kepada penulis
mendapatkan balasan pahala dari Allah SWT.

Surabaya, Agustus 2021

DAFTAR ISI

Contents	2
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir	5
1.5 Metode penulisan	6
1.5.1 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.2 Sumber Data	7
1.5.3 Studi Kepustakaan	7
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB II	9
TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Dasar Penyakit	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan	10
2.1.4 Patofisiologi	16
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian	18

2.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	21
2.2.3	Perencanaan	21
2.2.4	Pelaksanaan	25
2.2.5	Evaluasi.....	25
2.3	Kerangka Masalah Keperawatan/WOC	26
BAB III	27
TINJAUAN PUSTAKA	27
3.1	Pengkajian.....	27
3.1.1	Identitas.....	27
3.1.2	Keluhan Utama	28
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang	28
3.1.4	Riwayat Kehamilan Dan Persalinan	28
3.1.5	Riwayat Masa Lampau.....	29
3.1.6	Pengkajian Keluarga	29
3.1.7	Riwayat Sosial	30
3.1.8	Kebutuhan Dasar	30
3.1.9	Tanda-Tanda Vital.....	31
3.1.10	Pemeriksaan Fisik (inspeksi, perkusi, auskultasi)	31
3.1.11	Tingkat Perkembangan	32
3.2	Pemeriksaan Penunjang	32
3.3	Rontgen.....	35
3.4	Terapy.....	35
3.5	Analisis Data	37
3.6	Prioritas Masalah	39
3.7	Rencana Keperwatan	40
3.8	Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan	45
BAB 4	53
PEMBAHASAN	53
4.1	pengkajian.....	53
4.2	Diagnosa	55
4.3	Intervensi.....	57
4.4	implementasi	58

4.5 Evaluasi	59
BAB 5	62
PENUTUP	62
5.1 Kesimpulan	62
5.2 Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA	65

Daftar Tabel

Table 2. 1 Intervensi Gangguan Pertukaran Gas	22
Table 2. 2 Hipertermi.....	22
Table 2. 3 Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit.....	23
Table 2. 4 Defisit Nutrisi.....	24
Table 3. 1Pemeriksaan Penunjang Darah Lengkap pada Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	32
Table 3. 2KIMIA KLINIS pada Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	35
Table 3. 3 Bagan Terapy Obat Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	35
Table 3. 4 Analisa Data pada Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	37
Table 3. 5 Prioritas Masalah pada Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	39
Table 3. 6 Rencana Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	40
Table 3. 7 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan pada Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	45

Daftar Gambar

Gambar 1 1Sistem Pencernaan	11
Gambar 1 2 Genogram.....	29

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit diare menjadi masalah global diberbagai negara, terutama di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Diare merupakan salah satu penyebab utama tingginya angka kesakitan dan kematian anak di dunia (Utami & Luthfiana, 2016). Penyakit ini berbahaya karena dapat mengakibatkan kematian dan dapat menimbulkan KLB (Kejadian Luar Biasa) di dunia. Dehidrasi disebabkan oleh diare merupakan penyebab kematian utama pada anak (Endayani et al., 2019).

Balita sering terkena diare karena daya tahan tubuh yang masih sangat rentan dan lemah, sehingga dapat terkena bakteri penyebab diare. Jika diare disertai muntah yang berkelanjutan akan menyebabkan dehidrasi (kekurangan cairan). Inilah kenapa harus diwaspadai karena sering terjadi keterlambatan dalam pertolongan dan menyebabkan kematian. Dehidrasi yang terjadi pada balita akan cepat menjadi keadaan semakin parah. Ini disebabkan karena anak balita berat badannya lebih rendah dari pada orang dewasa. Maka cairan dalam dalam tubuh balita cenderung relatif sedikit. Sehingga kehilangan sedikit cairan dapat mengganggu organ vital. Dehidrasi akan semakin parah jika ditambah dengan adanya mencret dan demam, karena kehilangan cairan tubuh lewat penguapan (Cahyono ,2016).

Menurut World Health Organization (WHO 2018) saat ini penyakit diare diderita 66 juta orang di dunia. Penyakit diare adalah penyebab utama kematian anak dan morbiditas di dunia, dan sebagian besar hasil dari makanan dan sumber

air yang terkontaminasi. Di seluruh dunia, 780 juta orang tidak memiliki akses ke air minum yang lebih baik dan 2,5 miliar tidak memiliki sanitasi yang lebih baik. Diare akibat infeksi tersebar luas di seluruh negara berkembang (WHO, 2017). Mayoritas kematian ini 15% disebabkan oleh pneumonia diikuti dengan diare sebanyak 9% (UNICEF, 2016). Perkiraan angka kematian anak-anak akibat diare di Nigeria adalah sekitar 151, 700–175.000 per tahun (Dairo dalam Omele, 2019). Menurut (Reno, 2018). Di Indonesia menurut KEMENKES RI 2018, penyakit diare merupakan penyakit endemis dan juga merupakan penyakit yang berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB) disertai dengan kematian. Pada tahun 2018 terjadi 10 kali KLB yang tersebar di 8 provinsi, 8 kabupaten/kota dengan jumlah penderita 756 orang dan kematian 36 orang (CFR 4,76%). Angka kematian (CFR) diharapkan <1%, saat KLB angka CFR masih cukup tinggi (>1%), sedangkan pada tahun 2018 CFR Diare mengalami peningkatan dibanding tahun 2017 yaitu menjadi 4,76%.

Berdasarkan Survey morbiditas diare pada tahun 2014 insiden diare pada balita yaitu 27%, dan tahun 2016 diperkirakan jumlah penderita sebanyak 46,4% (Kementerian kesehatan Republik Indonesia, 2016). Target SDGs pada tahun 2030 mengakhiri kematian bayi dan balita dengan upaya mengurangi angka kematian bayi dengan 12/1000 kelahiran hidup dan angka kematian anak bawah lima tahun 25/1000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Jawa Timur menjadi provinsi yang mempunyai kasus diare tertinggi ke-2 sebanyak 151.878 dengan prevalensi 7,6%, sedangkan Surabaya menangani sejumlah 78.463 kasus hampir 50% dari total kasus diare di Jawa Timur (Kemenkes RI, 2019).

Faktor yang menyebabkan tingginya angka mortalitas dan morbiditas balita adalah kurangnya antisipasi dalam penatalaksanaan diare, pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan ibu merawat diare (Radlovic et al, 2015). Berdasarkan data laporan rutin Subdit ISPA tahun 2018 jumlah penderita diare Balita yang dilayani di sarana kesehatan sebanyak 1.637.708 atau 40,90% dari perkiraan diare di sarana kesehatan (KemenkesRI, 2019).

Diare dapat ditularkan melalui makanan serta minuman yang sebelumnya sudah terkontaminasi oleh agen patogen yang menginfeksi usus diantaranya oleh virus, bakteri, dan parasit yang merupakan salah satu dari penyebab utama di masyarakat (WHO, 2016). Bakteri yang biasa ditemukan adalah Salmonella, Escherichia coli, Shigella, dan Campylobacter. Parasit oleh Gardia lamblia, Entamoeba histolytica, dan Cryptosporidium. Infeksi virus dari rotavirus, dan norovirus menjadi penyebab utama diare pada anak dan balita. Faktor-faktor lain yang menyebabkan diare adalah malabsorpsi laktosa oleh usus, dan keracunan makanan (WHO, 2016).

Penyakit diare sering menyerang anak dan balita, bila tidak diatasi lebih lanjut bisa mengakibatkan kematian. Salah satu faktor risiko yang sering diteliti adalah faktor lingkungan yang meliputi sarana air bersih (SAB), sanitasi lingkungan, jamban, dan kondisi rumah. Data terakhir menunjukkan bahwa kualitas air minum yang buruk menyebabkan 300 kasus diare per 1000 penduduk. Sanitasi yang buruk dapat menyebabkan kontaminasi e.coli dalam air bersih yang dikonsumsi masyarakat. Kebersihan anak maupun kebersihan lingkungan merupakan peranan penting pada tumbuh kembang anak baik fisik maupun psikis. Oleh karena itu pentingnya pendidikan yang cukup harus ditunjukkan

untuk bagaimana cara membuat lingkungan yang baik, layak dan nyaman untuk tumbuh kembang anak (Tambuwun, Ismanto, and Silolong, 2015)

Angka kasus diare yang masih tinggi dan cenderung mengalami kenaikan terutama di Jawa Timur pada balita menjadikan peneliti tertarik untuk meneliti mengenai karakteristik penderita diare pada balita, khususnya di wilayah Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini ialah “ Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya” ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian Pada An. EDengan Diagnosa Medis GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya
- c. Menyusun rencana Asuhan Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya
- d. Melaksanakan tindakan Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya

- e. Melakukan evaluasi Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya
- f. Melakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya
- g. Menganalisa kesesuaian fakta yang terjadi pada pasien yang berkaitan dengan tinjauan kasus Asuhan Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis GeadsDi Ruang 5 Anak Rspal Dr.RamelanSurabaya

1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir

Terkait dengan tujuan, maka Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat :

1. Bagi institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan GEADS serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

2. Bagi Peneliti

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan referensi bagi peneliti berikutnya, bisa digunakan sebagai pembanding atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan GEADS sehingga peneliti selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan.

3. Bagi profesi kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan yang luas dalam bidang keperawatan anak. Khususnya pentingnya penanganan pada pasien dengan GEADS

1.5 Metode penulisan

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

1.5.1 Teknik Pengumpulan Data

1. wawancara

data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan rekan medis.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku yang dapat diamati. Serta melakukan percakapan dengan pasien dan keluarga.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, dan radiologi, yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.2 Sumber Data

1. Data premier

Data premier adalah data yang diperoleh dari pasien langsung

2. Data Sekunder

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

1.5.3 Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : pendahuluan, berisi tentang latar belakang, masalah, tujuan, manfaat, penelitian dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan Asuhan Keperawatan Pada An. EDengan Diagnosa Medis Geads.

BAB 3 : tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang dilapangan.

BAB 5 : penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan klien dengan geads. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul, dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pemantauan, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Diare adalah gangguan buang air besar atau BAB ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja cair, dapat disertai dengan darah atau lendir (Riskesdas, 2013).

Diare merupakan penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feses. Seseorang dikatakan menderita diare bila feses lebih berair dari biasanya, dan bila buang air besar lebih dari tiga kali, atau buang air besar yang berair tetapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam (Dinkes, 2016).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015)

1. Diare akut

Virus : Rotavirus, Adenovirus, Norwalk virus.

Parasit. Protozoa; Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, trichomonas hamini, isospora sp, cacing (A lumbricoides, A duodenale, N. Americanus, T. Trichiura, O. Vermicularis, S. Stercularis, T. Saginata. T. solium)

Bakteri : yang memproduksi enterotoksin (S aureus, C perfringens, E coli, V cholera, C difficile) dan yang menimbulkan inflamasi mukosa usus (Shingella, Salmonella spp, Yersinia)

2. Diare kronik

Umumnya diare kronik dapat dikelompokkan dalam 6 kategori pathogenesis terjadinya

- a. Diare osmotik
- b. Diare sekretorik
- c. Diare karena gangguan motilitas
- d. Diare inflamatorik
- e. Malabsorpsi
- f. Infeksi kronik

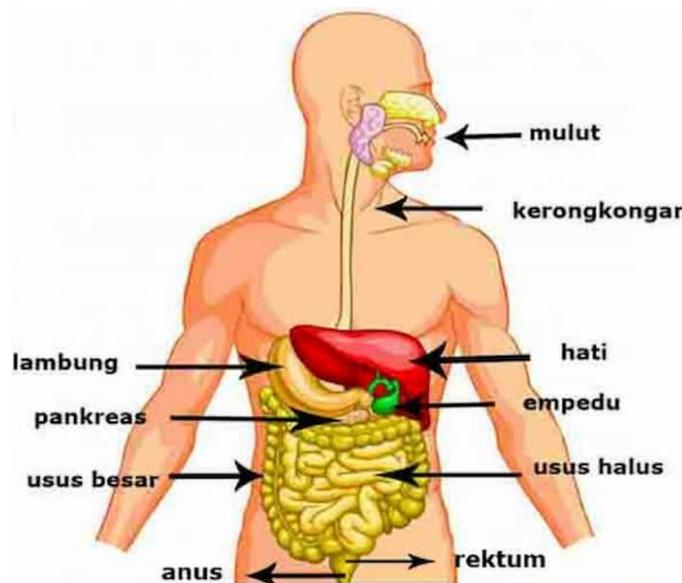
2.1.3 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan

Anatomi 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.

Fisiologi sistem pencernaan merupakan sistem organ dalam tubuh manusia yang berfungsi untuk menerima makanan, mencernanya menjadi zat-zat gizi dan energi, menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah serta membuang bagian

makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses tersebut absorpsi dari tubuh.

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



Gambar 1 1Sistem Pencernaan

Fisiologi sistem pencernaan atau sistem gastrointestinal (mulai dari mulut sampai anus) adalah sistem organ dalam manusia yang berfungsi untuk menerima makanan, mencernanya menjadi zat-zat gizi dan energi, menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses tersebut dari tubuh. Anatomi dan fisiologi sistem pencernaan yaitu :

1. Mulut

Merupakan suatu rongga terbuka tempat masuknya makanan dan air. Mulut merupakan bagian awal dari sistem pencernaan lengkap dan jalan masuk untuk

system pencernaan yang berakhir di anus. Bagian dalam dari mulut dilapisi oleh selaput lendir. Pengecapan dirasakan oleh organ perasa yang terdapat di permukaan lidah. Pengecapan sederhana terdiri dari manis, asam, asin dan pahit. Penciuman dirasakan oleh saraf olfaktorius di hidung, terdiri dari berbagai macam bau. Makanan dipotong-potong oleh gigi depan (incisivus) dan di kunyah oleh gigi belakang (molar, geraham), menjadi bagian-bagian kecil yang lebih mudah dicerna. Ludah dari kelenjar ludah akan membungkus bagian-bagian dari makanan tersebut dengan enzim-enzim pencernaan dan mulai mencernanya. Ludah juga mengandung antibodi dan enzim (misalnya lisozim), yang memecah protein dan menyerang bakteri secara langsung. Proses menelan dimulai secara sadar dan berlanjut secara otomatis.

2. Tenggorokan (Faring)

Merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan. Didalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kelenjar limfe yang banyak mengandung kelenjar limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi, disini terletak bersimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan, letaknya dibelakang rongga mulut dan rongga hidung, didepan ruas tulang belakang keatas bagian depan berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantara lubang bernama koana, keadaan tekak berhubungan dengan rongga mulut dengan perantara lubang yang disebut istmus fausium. Tekak terdiri dari bagian superior yaitu bagian yang sama tinggi dengan hidung, bagian media yaitu bagian yang sama tinggi dengan mulut dan bagian inferior yaitu bagian yang sama tinggi dengan laring. Bagian superior disebut nasofaring, pada nasofaring bermuara tuba yang menghubungkan tekak dengan ruang gendang telinga. Bagian media disebut

orofaring, bagian ini berbatas ke depan sampai di akar lidah. Bagian inferior disebut laringofaring yang menghubungkan orofaring dengan laring.

3. 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. Esofagus bertemu dengan faring pada ruas ke-6 tulang belakang. Menurut histologi, esofagus dibagi menjadi tiga bagian yaitu bagian superior (sebagian besar adalah otot rangka), bagian tengah (campuran otot rangka dan otot halus), serta bagian inferior (terutama terdiri dari otot halus).

4. Lambung

Merupakan organ otot berongga yang besar, yang terdiri dari tiga bagian yaitu kardial, fundus dan antrum. Lambung berfungsi sebagai gudang makanan, yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting yaitu lendir, asam klorida (HCL), dan prekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein). Lendir melindungi sel – sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung dan asam klorida menciptakan suasana yang sangat asam, yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri.

5. Usus halus (usus kecil)

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. 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. Lapisan usus halus terdiri dari lapisan mukosa (sebelah dalam), lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang dan lapisan serosa. Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (jejunum), dan usus penyerapan (ileum).

- a. 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). Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, dimulai dari bulbo duodenale dan berakhir di ligamentum treitz. Usus dua belas jari merupakan organ retroperitoneal, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. pH usus dua belas jari yang normal berkisar pada derajat sembilan. Pada usus dua belas jari terdapat dua muara saluran yaitu dari pankreas dan kantung empedu. Lambung melepaskan makanan ke dalam usus dua belas jari (duodenum), yang merupakan bagian pertama dari usus halus. Makanan masuk ke dalam duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang bisa di cerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan mengirim sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

- b. Usus Kosong (Jejunum) Usus kosong atau jejunum adalah bagian kedua dari usus halus, di antara usus dua belas jari (duodenum) dan usus penyerapan (ileum). Pada manusia dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2-8 meter, 1- 2 meter adalah bagian usus kosong. Usus kosong dan usus penyerapan digantungkan dalam tubuh dengan mesenterium. Permukaan dalam usus kosong berupa membran mukus dan terdapat jonjot usus (vili), yang memperluas permukaan dari usus.
- c. Usus Penyerapan (Ileum) Usus penyerapan atau ileum adalah bagian terakhir dari usus halus. Pada sistem pencernaan manusia ileum 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 empedu.

6. Usus Besar (Kolon)

Usus besar atau kolon adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses. Usus besar terdiri dari kolon asendens (kanan), kolon transversum, kolon desendens (kiri), kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum). Banyaknya bakteri yang terdapat di dalam usus besar berfungsi mencerna beberapa bahan dan membantu penyerapan zat-zat gizi. Bakteri di dalam usus besar juga berfungsi membuat zat-zat penting, seperti vitamin K. Bakteri ini penting untuk fungsi normal dari usus. Beberapa penyakit serta antibiotik bisa menyebabkan gangguan pada bakteri-bakteri didalam usus besar. Akibatnya terjadi iritasi yang bisa menyebabkan dikeluarkannya lendir dan air, dan terjadilah diare.

7. Rektum dan Anus

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB). Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektum akan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan ke usus besar, di mana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama, konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi. Orang dewasa dan anak yang lebih tua bisa menahan keinginan ini, tetapi bayi dan anak yang lebih muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda BAB. Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lainnya dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphinkter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar) yang merupakan fungsi utama anus (Pearce, 1999).

2.1.4 Patofisiologi

Menurut Wijaya dan Putri (2013), patofisiologi pada pasien diare merupakan gangguan osmotik akibat terdapatnya makanan atau zat-zat yang tidak diserap akan penyebab tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usu. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus sehingga timbul diare. Gangguan sekresi

akibat rangsangan tertentu pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit kedalam rongga usus, sehingga menyebabkan diare.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Amin Huda Nuraif & Hardhi Kusuma, 2015)

1. Pemeriksaan tinja
 - a. Makroskopis dan mikroskopis
 - b. Ph dan kadar gula dalam tinja
 - c. Biakan dan resistensi feses (colok dubur)
2. Analisa gas darah didapatkan tanda seperti gangguan keseimbangan asam basa (pernafasan usmaul)
3. Pemeriksaan kadar ureum dan kretinin untuk mengetahui faal ginjal
4. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Kalsium dan Posfat.

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Wijaya dan Putri (2013) penatalaksanaan pada pasien diare adalah

- a. Cairan peroral
 - 1) Dehidrasi ringan dan sedang: cairan yang berisi Nacl, NaHCO_3 , dan glukosa.
 - 2) Diare akut dan kolera, umur > 6 tahun : kadar Nagomeg/L
 - 3) Dehidrasi ringan dengan / sedang, umur < 6 tahun : kadar Na 50-60 Meg/L
formola lengkap sering disebut oralit.

b. Cairanpariental

Gambar yang diberikan di sesuaikan dengan kebutuhan tubuh pasien, kadang-kadang tergantung kepada tersedianya cairan setempat. Umumnya ringer laktat.

Cara memberikancairan :

- 1) Belum ada dehidrasi
- 2) Dehidrasi ringan perawatanya 1 jam pertama, 25-50 ml / kg BB peroral (intragastrik) dan Selanjutnya : 125 ml/kg BB / hari
- 3) Dehidrasisedang perawatanya 1 jam pertama, 50-100 /kg bb peroral / intragastrik (sonde) dan Selanjutnya : 125 ml/kg bb /hari
- 4) Dehidrasiberat
 - a) Anak 1 bulan - 2 tahun BB 3-10 kg
 - b) Anak : 2-5 tahun, BB : 15-25 kg
 - c) Anak : 5-10 tahun, BB : 15-25 kg
 - d) Bayibarulahir (Neonatus) BB 2-3 kg
 - e) Bayiberat badan lahirrendah BB < 2 kg

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan menjadi 5 tahap, yaitu : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Lima tahapan inilah yang sampai saat ini digunakan sebagai langkah-langkah proses keperawatan.

2.2.1 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 Lye er al (1996, dalam setiadi,2012)

1. Data umum

Diare merupakan penyakit yang keberadaannya masih menjadi masalah kesehatan di dunia, termasuk Indonesia. Angka kasus diare yang menyerang balita di Jawa Timur mengalami kenaikan prevalensi dari 6,6% di tahun 2013

menjadi sebesar 10,7% d tahun 2018. Kematian pada kasus diare biasanya terjadi akibat dehidrasi berat dengan 70-8-% diantaranya berusia balita.

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

2. Keluhan utama

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

3. 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

4. Riwayat penyakit dahulu

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

5. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mempunyai kebiasaan buruk dalam menjaga kebersihan sehingga penyakit diare gampang timbul. Dan ada salah satu keluarga yang terkena penyakit diare.

6. Riwayat alergi

Alergi makanan, atau obat

7. 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 47 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.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Pertukaran Gas
D.0003 Kategori: Fisiologis, Sub Kategori: Respirasi
2. Hipertermi
D.0130 Kategori: Lingkungan, Sub Kategori Keamanan dan Proteksi
3. Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit
D.0037 Kategori: Fisiologis, Sub Kategori: Nutrisi dan Cairan
4. Deficit Nutrisi
D.0019 Kategori: Fisiologis, Sub Kategori: Nutrisi dan Cairan

2.2.3 Perencanaan

Intervensi keperawatan ini sesuai dengan SIKI DPP PPNI (2018) serta tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) pada pasien diare yaitu :

1. Diagnosa 1 : Gangguan Pertukaran Gas (D.00030)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan karbondioksida pada membran alveolus-kapiler dalam batas normal

Kriteria hasil pertukaran gas meningkat (L.01002)

- a. Dispnea menurun
- b. Bunyi napas tambahan menurun
- c. Gelisah menurun
- d. PCO₂ membaik
- e. PO₂ membaik

f. Takikardia membaik

Table 2. 1 Intervensi Gangguan Pertukaran Gas

NO	Intervensi	Rasional
1.	Monitor pola napas, monitor saturasi oksigen	Memonitor kepatenan jalan nafas
2.	Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas	Memfasilitasi kepatenan jalan nafas
3.	Monitor adanya sumbatan jalan nafas	Memonitor jalan nafas

2. Diagnosa 2 : Hipertermi (D.0130)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, maka suhu tubuh dalam batas normal

Kriteria Hasil suhu tubuh di atas rentan normal tubuh

- a. Pasien tidak menggigil
- b. Suhu tubuh diatas rentan normal 36-37 C
- c. Tidak ada perubahan warna kulit

Table 2. 2 Hipertermi

No	Intervensi	Rasional
1.	Monitor Tanda tanda Vital	Mengetahui dan memonitor Tanda-tanda vital pasien
2.	Berikan cairan oral	Menyeimbangkan kebutuhan cairan

		pasien
3.	Lakukan pendinginan eksternal (kompres)	Menurunkan suhu dengan teknik non farmakologis
4.	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit	Memberikan antipiretik untuk menurunkan panas

3. Diagnosa 3 : Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit (D.0037)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, makakeseimbangan elektrolit diatas normal

Kriteria Hasil kadar serum elektrolit dalam batas normal (L.03021)

- a. kadar natrium menurun
- b. kadar kalsium cukup
- c. kadar klorida cukup meningkat

Table 2. 3 Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit

No	Intervensi	Rasional
1.	Monitor elektrolit abnormal	Menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan elektrolit
2.	Monitor manifestasi balance cairan	Menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan
3.	Catat intake dan output	Meningkatkan keseimbangan cairan dan mencegah komplikasi akibat

		kadar elektrolit tidak normal
4.	Berikan cairan intravena yang berisi elektrolit	Meningkatkan kadar keseimbangan elektrolit

4. Diagnosa 4 : Deficit Nutrisi (D.0019)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi

Kriteria Hasil luaran utama status nutrisi membaik (L.03030)

- a. Adanya peningkatan berat badan dengan seiringnya waktu
- b. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- c. Pasien terlihat segar bugar
- d. Pasien tidak terjadi penurunan berat badan secara drastis

Table 2. 4 Defisit Nutrisi

No	Intervensi	Rasional
1.	Monitor adanya mual dan muntah serta monitor berat badan	Mengertahui apakah terdapat mual, muntah dan ada penurunan beratbadan
2.	Sediakan makanan yang tepat sesuai konidi pasien	Nutrisi sesuai dengan kondisi kesehatan pasien
3.	Anjurkan makan sedikit tapi sering	Pasien mendapatkan nutrisi

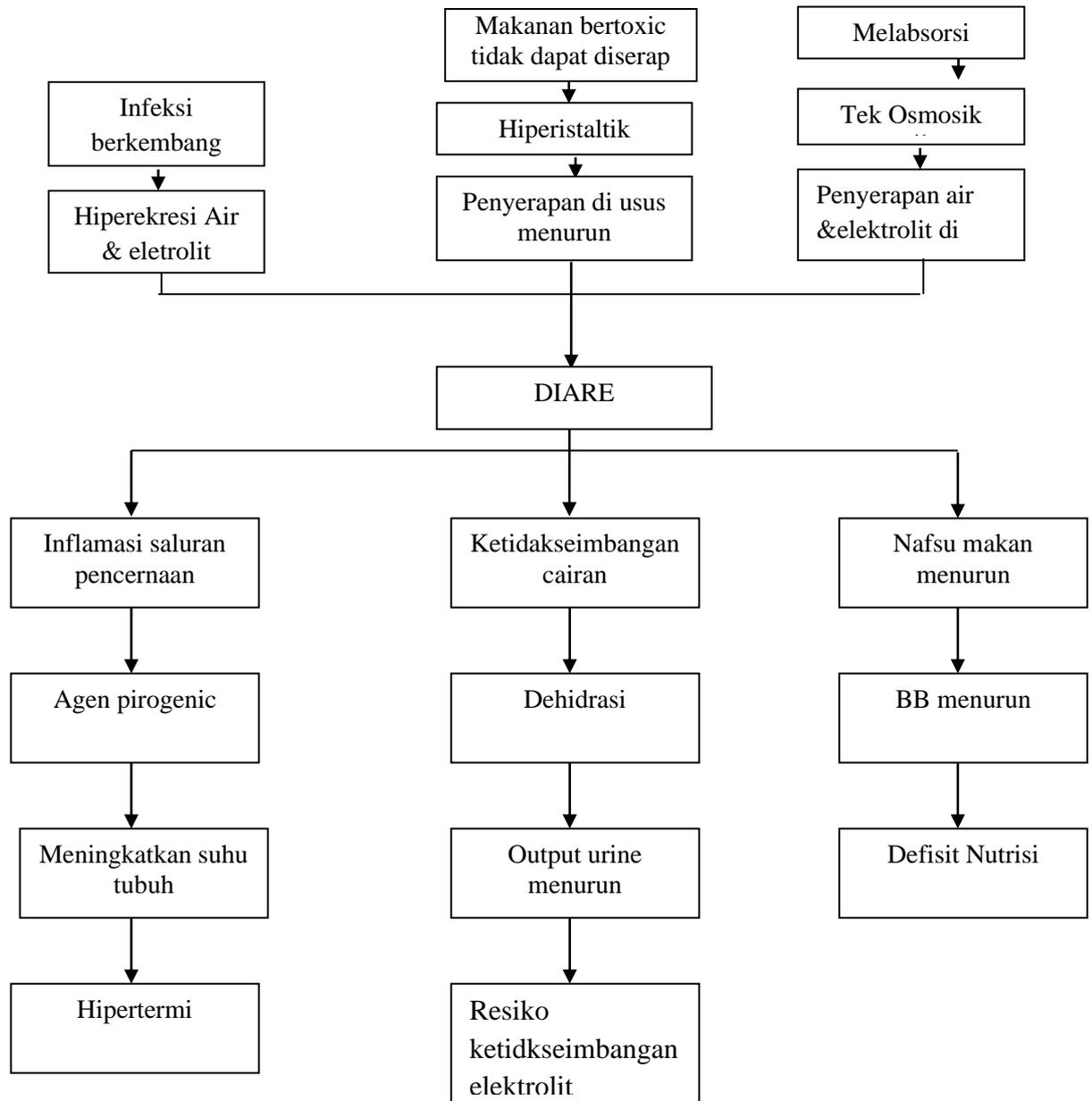
2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan atau intervensi yang telah ditetapkan, tetapi tidak menutup kemungkinan akan berbeda dari rencana yang ditetapkan tergantung pada bagaimana kondisi pasien d lapangan (Ndun,2018)

2.2.5 Evaluasi

Dilaksanakan sebagai penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang dicapai. Pada bagian evaluasi keperawatan ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagian atau timbul masalah baru (Supriyati, 2018)

2.3 Kerangka Masalah Keperawatan/WOC



Gambar 2.3.1 Skema WOC GEADS

BAB III

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Pengkajian Keperawatan Anak/Bayi dengan diagnosa GEADS. Maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 1-3 Juni 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 7 Juni 2021 jam 12.00 WIB di ruang R5 di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya. Anemnesa diperoleh dari orang tua pasien dan pemeriksaan fisik.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang anak bernama An.E dengan usia 2 tahun 1 bulan. Pasien MRS pada tanggal 1 Juni 2021 pukul 12.00 WIB di ruangan R5 di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya dan dilakukan pengkajian pada tanggal 1 Juni 2021. Pada pukul 12.00 WIB. Pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia. Dia adalah anak ke- dari tiga bersaudara. Nama Ayahnya Tn.H sementara nama ibunya adalah Ny.F. Ny.F berusia 34 tahun dengan pekerjaannya sebagai Ibu Rumah Tangga dan ayahnya bekerja sebagai TNI AL. Alamat px yaitu di Blok Kebon Baru-Cirebon.

3.1.2 Keluhan Utama

Keadaan umum anak atas nama E memiliki keluhan tampak pucat, muntah (-), demam (+), S : 36,6 C, BAB : 3x, Batuk sedikit-sedikit (kering), pilek (+), Nadi : 114

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Ny.F mengatakan bahwa sejak hari minggu siang tanggal 31 Mei 2021 An. E BAB sebanyak 8x, demam dengan S : 38 C, batuk (+), pilek (+). Ny.F sudah memberikan obat penurun panas namun demam tinggi kembali. Lalu pada tanggal 1 Juni 2021 pukul 09.00 Ny.F membawa An.E ke IGD RSPAL Dr.RAMELAN. An.E dilakukan anamnesa dan timbang berat badan dengan BB 11,3 Kg. An.E dianjurkan untuk MRS di ruang 5 pada pukul 12.00. saat dilakukan pengkajian nyonya F mengatakan bahwa An.E pada tanggal 1 Juni 2020 An.E BAB sebanyak 3x dengan fases lunak berair, warna kekuningan dan masih bapil. S : 36,6 C, N : 114, RR : 20x/mnt. Akral hangat. Ny.F mengatakan An. E alergi susu sapi, ayam, dan telur.

3.1.4 Riwayat Kehamilan Dan Persalinan

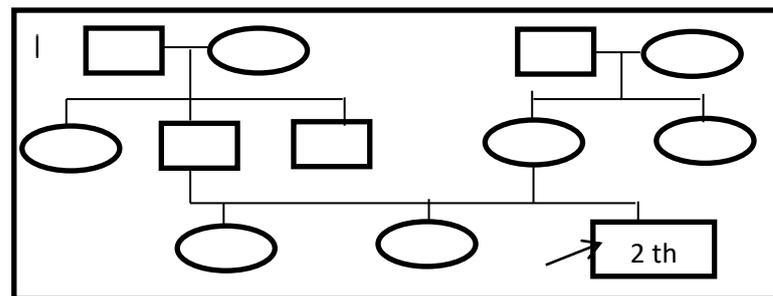
Riwayat kehamilan dan persalinan ibu mengatakan bahwa dalam memeriksakan kandungannya rutin ke RS, Ny.F dengan G3PA0. Nyonya F mengatakan kehamilan ketiga lahir secara normal pervaginam di RS. Ny.F mengatakan saat hamil tidak ada keluhan. Pada kehamilan ketiga ini Ny.F melahirkan berjenis kelamin Laki-laki pada usia 32 tahun. Hamil 39 minggu secara spontan di RS dengan berat 3100gr dan panjang 40cm, air ketuban jernih, apgar score 8-9.

3.1.5 Riwayat Masa Lampau

Pada Desember 2020 An.E sempat di rawat di RS EWA PANGALILA Surabaya dengan keluhan yang sama. An. E pernah dirawat di Rumah Sakit RS EWA PANGALILA Surabaya selama 3 hari. Penggunaan obat-obatan meliputi Proris dan Hufagrip. An. E tidak pernah melakukan tindakan operasi atau tindakan lainnya. alergi yang dimiliki An.E yaitu alergi pada susu sapi, ayam dan telur. An. E tidak pernah mengalami kecelakaan dan juga imunisasi yang dilakukan An.E lengkap.

3.1.6 Pengkajian Keluarga

Genogram (sesuai dengan penyakit)



Gambar 1 2 Genogram

Keterangan :

Laki – laki : 

Perempuan : 

Pasien : 

3.1.7 Riwayat Sosial

Yang mengasuh anak Px dirawat sendiri oleh ibunya. An. E merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara sedangkan dengan teman sebaya tidak terkaji dan pembawaan secara umum juga tidak terkaji.

3.1.8 Kebutuhan Dasar

Pola nutrisi makanan yang disukai/tidak, selera, alat makan, jam makan, dsb. Ny.F mengatakan bahwa An.E semua makanan suka, kecuali makanan yang menimbulkan alerginya. Namun, sejak sakit nafsu makan An.E menurun dan sedikit sekali. An.E hanya makan bubur yang disediakan dari RS hanya habis ¼ porsi.

Pola tidur seperti kebiasaan sebelum tidur, perlu dibicarakan cerita, benda-benda yang dibawa tidur, Ny.F mengatakan bahwa pola tidur kurang baik dan kebiasaan pasien sebelum tidur menonton TV. Jam tidur siang jam 12.00 lama tidur siang 2 jam. Sejak sakit jarang bisa tidur dan tidur malam jam 20.00 dan ketik tidur sering terbangun.

Pola eliminasi seperti BAB, BAK An. E saat pengkajian BAB sebanyak 3x dengan feses lunak berair dan warna kekuningan. Serta pola kognitif perseptual baik. Serta pola coping toleransi stress Ny.F mengatakan bahwa saat An. E menangis atau bosan diberikan tontonan melalui handphone milik orang tuanya setelah itu, biasanya An.E tertidur.

3.1.9 Keadaan Umum (Penampilan Umum)

Cara masuk Px yaitu pada tanggal 1 Juni 2020 pukul 09.00 Ny.F membawa An.E ke IGD RSPAL Dr.RAMELAN. An.E dengan keadaan demam

dan diare sebanyak 8x sejak hari minggu. Selanjutnya An.E dilakukan pemeriksaan rapid hasilnya negatif, lalu masuk ke ruang rawat inap R5 dikamar 6.A pasien terpasang infus. Keadaan umum An.E tampak lemah dan menangis dengan S : 36,6 C, N : 114, RR : 20x/mnt, akral teraba hangat.

3.1.9 Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda vital yang dimiliki An. E yaitu tensi : -, S : 36,6C, RR : 20x/mnt, TB/BB : 92cm/11,3kg, Lingkar lengan atas : -

3.1.10 Pemeriksaan Fisik (inspeksi, perkusi, auskultasi)

Pada saat pemeriksaan kepala dan rambut, kepala dan rambut Px bersih tidak ada lesi, rambut penek, lurus. Pada bagian mata konjungtiva merah muda, sklera putih. Dibagian hidung, hidung terdapat secret, pilek (+). Telinga bersih dan tidak ada gangguan pendengaran. Serta mulut dan tenggorokan bentuk bibir simetris mukosa bibir kering, batuk (+). Tengukuk dan leher, leher tidak kaku kuduk tidak ada pembesaran kelenjar limfe. Pada pemeriksaan Thorax/Dada, bentuk dada simetris, jantung normal, tidak ada pembesaran jantung, paru-paru normal. Punggung bersih tidak ada lesi. Pada pemeriksaan abdomen bising usus meningkat, kembung (-). Pada pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya (Genetalia dan Anus) tampak lubang kencing berada pada posisi yang normal, anus (+), produksi urin : 30cc, warna kuning, bab (+) intesitas feses lunak berair, warna kekuningan, hipospadia tidak ada, skotrum kiri kanan, tidak ada pemasangan urine kateter. Pemeriksaan muskuloskeletal yaitu pergerakan sendi bebas, berjalan normal, kekuatan otot normal. Pemeriksaan Neurologi, GCS :456, kejang (-), tremor (-). Pemeriksaan integumen tidak ada odem, tidak ada luka,

tidak ada benjolan, tidak ada bekas luka, akral hangat, kulit coklat sawo mteng, crt < 2 detik, tidak ada sianosis.

3.1.11 Tingkat Perkembangan

Adaptasi sosial baik, sebelum sakit pasien bermain dengan teman-teman dan orang sekitarnya. Bahasa An.E menggunakan bahasa sehari-hari yaitu Indonesia dan Jawa. Motorik halus perkembangan motorik halus pasien tercapai semuanya dan tidak ada keterlambatan. Motorik kasar perkembangan motorik kasar pasien tercapai semuanya dan tidak ada keterlambatan.

Kesimpulan dari pemeriksaan perkembangan yaitu tidak ditemukannya kelainan pada perkembangan An.E. perkembangan Psikososial yaitu, An.E sangat manja kepada Ny.F dan apabila An.E membutuhkan sesuatu dibantu oleh Ny.F. perkembangan kognitif, An.E mampu menjalin aktifitas sesuai dengan tumbuh kembangnya dan bermain dengan teman sebayanya. Perkembangan Psikoseksual tidak terkaji.

3.2 Pemeriksaan Penunjang

A. Laboratorium

HEMATOLOGI

Table 3. 1Pemeriksaan Penunjang Darah Lengkap padaAsuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Leukosit	7,81	4.0 -12.0

Eosinofil	0,03	0,02 – 0,80
Eosinofil %	0,40	0,5 -5,0
Basofil %	0,00	0,00 – 1,0
Neutrofil #	5,27	2,00 – 8,00
Neutrofil %	6,50	50,0 – 70,0
Limfosit#	1,60	0,80 – 7,00
Limfosi %	20,40	20,0 - 60,0
Monosit #	0,91	0,12 – 1,20
Monosit %	11,70	3,0 – 12,0
Hemoglobin	11,60	13 - 17
Hematokrit	34,50	13,0 – 49,0
Eritosit	4,23	3,50 – 5,20

MCV	81,4	73 - 101
MCH	27,4	23 – 31
MCHC	33,6	26 - 34
RDW_CV	14,1	11,0 – 16,0
RDW_SD	42,9	35,0 – 56,0
Trombosit	256,00	150 – 450
MPV	7,7	6,5 – 12,0
PDW	15,0	15 - 17
PCT	0,198	1,08 – 2,82
P-LCC	30,0	30 -90
P-LCR	11,6	11,0 – 45,0

Table 3. 2KIMIA KLINIS padaAsuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

GDS	90	60 – 100
Natrium (Na)	136.6	135 -147
Kalium (K)	4.26	3.0 – 5.0

3.3 Rontgen

Hasil X-Ray antara lain Cor : besar bentuk baik, Pulmo : tampak perselubungan di paracaldinl kanan Diapragma dan sinus baik dan tulang-tulang baik.

3.4 Terapy

Table 3. 3 Bagan Terapy Obat Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Terapi	Dosis	Cara Pemberian	INDIKASI
Infus KN3B	500cc/24 jam	IV	Untuk memelihara keseimbangan elektrolit dan air untuk pasien yang tidak memperoleh makanan yang tidak cukup
Inj. Antrain	3X100 mg	IV	Untuk menurunkan demam, meringankan rasa sakit, seperti:

			sakit gigi, sakit kepala ,nyeri sendi, nyeri otot
Zink	1X20 mg	Oral	untuk membantu sistem kekebalan tubuh dan mengatasi defisiensi pada kasus diare
Puyer Diare	3x1	Oral	Untuk menurunkan diare
Sirup Batuk Pilek	3x1	Oral	Untuk menurunkan batuk dan pilek
Lacbon	2x1/4	IV	Antibiotik

Surabaya, 01 Juni 2021

Finna Ashifa Nilamsari

3.5 Analisis Data

Nama klien An.E, umur 2 tahun 1 bulan. Dimasukkan dalam ruangan/kamar 5/6, dengan nomer register 666xxx

Table 3. 4 Analisa Data padaAsuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Ds.</p> <p>Ibu Px mengatakan An.E demam masih naik turun dan masih terasa hangat saat dipegang.</p> <p>Do :</p> <p>KU: Pasien tampak lemah</p> <p>GCS 456,S :36,6 , N : 114,RR : 20x/mnt</p> <p>Akral : hangat</p> <p>Membran mukosa tampak kering dan pucat</p>	Proses Penyakit	<p>Hipertermi</p> <p>SDKI.0130</p> <p>Kategori : Lingkungan</p> <p>Subkategori : Keamanan dan proteksi</p>
2.	<p>Ds :</p> <p>Ibu Px mengatakan bahwa An.E MRS sudah BAB sebanyak 3x dengan konsistensi lunak, cair, warna kekuningan.</p>	Diare	<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>SDKI D.0037</p>

	<p>Do :</p> <p>KU : px hanya terbaring lemah di tempat tidur.</p> <p>Membran mukosa tampak kering dan pucat.</p>		<p>Kategori :</p> <p>Fisiologis</p> <p>Subkategori :</p> <p>Nutrisi dan Cairan</p>
3.	<p>Ds :</p> <p>Ibu Px mengatakan bahwa An.E susah makan dan makan sedikit sekali, BAB 3x</p> <p>Do :</p> <p>KU : px tampak lemah</p> <p>Diit makan hanya habis ¼ porsi.</p> <p>Membran mukosa tampak kering dan pucat</p> <p>BB : 11,3 Kg.</p>	Proses Penyakit	<p>Defisit Nutrisi</p> <p>SDKID.0019</p> <p>Kategori :</p> <p>Fisiologis</p> <p>Subkategori :</p> <p>Nutrisi dan Cairan</p>

3.6 Prioritas Masalah

Nama klien An.E, umur 2 tahun 1 bulan, dengan ruangan/kamar : 5/6 dan nomer register : 666xxx

Table 3. 5 Prioritas Masalah pada Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		Nama Perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Hipertermi	01-06-21	Belum teratasi	Finna
2.	Resiko Ketidakseimbangan elektrolit	01-06-21	Belum teratasi	Finna
3.	Defisit Nutrisi	01-06-21	Belum teratasi	Finna

3.7 Rencana Keperawatan

Nama klien An.E,dengan no.rekam medis : 666xxx, hari rawat ke 1.

Table 3. 6 Rencana Keperawatan padaAsuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana Intervensi	Rasional
1.	Proses penyakit b.d proses penyakit.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : a. Suhu tubuh normal 36 – 37 C b. Nadi dalam c. Kejang	1. Identifikasi penyebab hipertemia. 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertemia 4. Sediakan lingkungan yang dingin 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian 6. Basahi dan beri udara pada	1. Untuk memantau tanda hipertermia 2. Untuk memonitor suhu tubuh pasien 3. Memonitor komplikasi akibat hipertermia 4. Memfasilitasi lingkungan yang nyaman 5. Untuk menstabilkan suhu tubuh 6. Untuk menurunkan suhu tubuh 7. Memberikan cairan tubuh 8. Mengkolaborasi pemberian cairan

		menurun	<p>permukaan tubuh</p> <p>7. Berikan cairan oral : minumair putih</p> <p>8. Anjurkan tirah baring</p> <p>9. Anjurkan menggunakan baju atau pakaian yang tipis</p> <p>10. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit jika perlu.</p>	tubuh
2.	Resiko ketidakseimbangan Elektrolit b.d Diare	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam diharapkan	<p>1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit</p>	<p>1. Mengetahui penyebab ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>2. Memonitor kadar elektrolit dalam tubuh</p>

		<p>kadar serum elektrolit dalam batas normal dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serum natrium dalam batas normal 2. Serum kalium dalam batas normal 3. Serum klorida dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kadar elektrolit serum 3. Monitor mual, muntah, diare 4. Monitor gejala dan tanda gejala hipertemia 5. Edukasi tujuan dan prosedur pemantauan 6. Kolaborasi pemberian terapi sesuai resep dokter 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Memonitor tanda-tanda mual, muntah dan diare 4. Memonitor tanda gejala hipertermia 5. Memberikan edukasi tentang prosedur pemantauan 6. Agar terapi yang diberikan tepat
	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menurun	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 3. Identifikasi alergi dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui status nutrisi pasien 2. Agar tidak salah dalam pemberian

	makanan	<p>jam diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Perasaan cepat kenyang meningkat 3. Nyeri abdomen menurun 4. Berat badan meningkat 	<p>intoleransi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor asupan makanan 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Ajarkan diet yang diprogramkan 7. Kolaborasi dengan ahli gizi bila diperlukan 	<p>makanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui berapa kebutuhan kalori 4. Membantu pemenuhan nutrisi 5. Agar terapi yang diberikan tepat
--	---------	--	--	--

		5. Indeks Massa Tubuh (IMT) meningk at		
--	--	---	--	--

3.8 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

Nama klien An.E dengan umur 2 tahun 1 bulan, ruangan/kamar : 5/6 dan

No.register 66xxx

Table 3. 7 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan pada Asuhan Keperawatan Pada An.E dengan Diagnosa Medis GEADS di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No .dx .	Tgl. Jam	Tindakan	Tt Pera wat	Tgl. Jam	Catatan Perkembangan	Tt Perawa t
3 3 2 2	01-06- 21 12.30 13.10 13.20	- Mencuci tangan - Memonitor suhu tubuh - S : 36,2 C - Memberikan cairan oral : air putih - Mengidentifik asi penyebab hipertermi - Mengidentifik asi status nutrisi - Mengidentifik asi alergi dan		01- 06-21	Ds : S : ibu px mengatakan anaknyanya masih demam naik turun, setelah diberikan obat panas sedikit turun suhu tubuhnya O : 1. Observasi TTV : a. Suhu : 36,2 C	

		intoleransi makanan (tidak memiliki alergi makanan)			b. Nadi : 114x/mnt c. RR : 21x/mnt	
	13.40	- Monitor diare (3x)			2. Warna kulit : kemerahan	
	1	- Monitor gejalatand diare			3. Akral : hangat	
	1	- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit px			A : Masalah belum teratasi : demam masih naik turun	
	14.05	- Ajarkan kepada keluarga px program diit yaitu makan halus bubur, tidak boleh makan buah dan nasi			P : intervensi dilanjutkan mengajarkan diet yang diprogramkan.	
	2	- Berikan			Memonitor asupan nutrisi dan membeikan makan tinggi protein.	

		banyak			Pemberian terapi :	
		makanan			Infus KN3B	
2		tinggi kalori			500cc/24jam,	
		dan protein			Zink 1x20mg.	
		- Monitor				
		asupan				
	15.10	makanan px				
2		(hanya habis				
		¼ porsi)				
		- Memberikan				
		infus KN3B				
		500cc/24jam				
		- Inj. Antrain				
1		3x10mg				
		- Zink 1x20mg				
1		- Puyer diare				
		3x1				
1		- Sirup batuk				
		pilek 3x1				
1		- Lacbon 2x ¼				
1						

	03-06-21			03 -06 -21	Dx 1 :	
3		- Mencuci tangan			S : ibu px mengatakan demam suah turun.	
3		- Monitor suhu tubuh			O :	
		- S: 36,2 C			1. Observasi	
		- Memberikan cairan oral : air putih			TTV :	
3		- Mengidentifikasi penyebab hipertermi			a. Suhu : 36,0	
		- Mengidentifikasi status nutrisi			b. Nadi : 100x/mnt	
2		- Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan (tidak memiliki alergi makanan			c. RR : 20x/mnt	
					2. Warna kulit : tidak kemerahan	
2					3. Akral :	

1		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor diare (3x) 			hangat	
1		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda gejala diare 			A : masalah teratasi sebagian	
2		<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit px 			P : intervensi dilanjutkan dengan :	
2		<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan kepada keluarga px program diit yaitu makan halus, bubur, tidak boleh makan buah dan nasi. - Berikan makanan tinggi kalori dan protein - Monitor asupan makanan px 			<ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh - Lanjutkan terapi pemberian untuk meredakan demam jika perlu. <p>Pemberian Terapi :</p> <p>Inj.Antrain 100mg jika perlu.</p> <p>Dx 2 :</p>	

		(hanya habis ¼ porsi)			S : ibu px mengatakan sudah mau menghabiskan setengah dari porsi makanan.	
2		- Memberikan terapi infus KN3B 500cc/24 jam			O : terlihat lebih memahami penjelasan perawat mengenai diet.	
2		- Inj. Antrai 3x10mg			A : masalah teratasi sebagian	
1		- Zink 1x20mg			P : intervensi dilanjutkan, memonitor asupan nutrisi dan memberikan makanan tinggi protein	
1		- Sirup batuk pilek 3x1			Pemberin terapi : Infus KN3B 500cc/24jam	
1		- Lacbon 2x1/4				
1		-				

					<p>Zink 1x20mg</p> <p>Dx 3 :</p> <p>S : ibu pasien mengatakan buang air besar sudah berkurang 1 kali dalam sehari dengan konsistensi ampas.</p> <p>O : pasien terlihat duduk diatas tempat tidur, tidak terlihat lemas letih lesu</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan memonitor diare,</p> <p>Pemberian terapi : puyer diare 3x1</p>	
--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Penulis melakukan pembahasan pada bab ini tentang masalah-masalah yang muncul pada kasus yang ditemukan selama asuhan keperawatan dimulai tanggal 1 Juni 2021. Kesenjangan tersebut dilihat dengan memperlihatkan aspek-aspek tahapan keperawatan dimulai dari tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan sampai tahap evaluasi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Anak pada dengan Geads di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

4.1 pengkajian

Hasil pengkajian riwayat kesehatan yang penulis ditemukan pada hasil wawancara Ny. F yang mengatakan bahwa sejak hari minggu siang tanggal 31 Mei 2021 An. E BAB sebanyak 8x , demam dengan S: 38 C, batuk (+), pilek (+). Ny. F sudah memberikan obat penurun panas namun demam tinggi kembali. Lalu pada tanggal 1 Juni 2021 pukul 09.00 Ny. F membawa An.E ke IGD RSPAL Dr RAMELAN . An. E dilakukan anamnesa dan timbang berat badan dengan BB 11,3Kg . An. E dianjurkan untuk MRS di Ruang 5 pada pukul 12.00 . saat di lakukan pengkajian Ny. F mengatakan bahwa An. E pada tanggal 1 juni 2020 An. E BAB sebanyak 3x dengan feses lunak berair, warna kekuningan dan masih bapil. S : 36,6 C, N : 114, RR : 20 x/mnt, Akral hangat. Ny. F mengatakan An. E alergi susu sapi, ayam, dan telur.

Menurut Riskesdas (2013), mengatakan diare merupakan gangguan buang air besar atau BAB ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan

konsistensi tinja cair, dapat disertai dengan darah dan atau lendir. Menurut Ngastiyah (2014), mengatakan anak yang mengalami diare mula-mula akan cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan berkurang. BAB cair, mungkin disertai lendir dan darah. Anus dan daerah sekitarnya akan lecet karena sering defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat makin banyak asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus selama diare. Menurut penulis keluhan yang ditemukan pada kasus An.E sesuai dengan teori dimana tanda dan gejala pasien yang mengalami diare adalah datang ke rumah sakit dengan BAB encer dan lebih dari 3 kali dalam sehari, anak gelisah dan rewel serta dehidrasi.

Hasil pemeriksaan fisik pada An.E ditemukan perbedaan yaitu anus dan daerah sekitarnya tidak lecet dan tidak berwarna kemerahan. Hasil penelitian Arini (2012), tentang asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan volume cairan pada An. E dengan GEADS. Dimana pasien tampak lemas dan sering rewel, kulit bersih, mukosa bibir kering, pada bokong terlihat kemerahan, mata cekung, dan pasien tampak pucat.

Menurut S. Partono dalam Nursalam (2017), anak yang mengalami diare dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan. Makanan yang diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik karena adanya hiperperistaltik. Secara klinis, pada anak yang diare mengalami penurunan pH karena akumulasi beberapa asam non-volatil, maka akan terjadi hiperventilasi yang akan menurunkan pCO₂ menyebabkan pernafasan bersifat cepat, teratur, dan dalam (pernapasan kusmaul) (Suharyono, 2008). Karena tidak adekuatnya kebutuhan cairan dan elektrolit pada jaringan tubuh anak sehingga kelembapan

kulitpun menjadi berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, mukosa bibir kering. Menurut peneliti apa yang ada di teori sama dengan kasus. Akan tetapi pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan gas darah untuk mengetahui adanya penurunan pH.

Dari hasil pengkajian pada riwayat masa lampau, Ny F mengatakan bahwa An E pernah dirawat di RS Ewa Pangalila karena keluhan yang sama selama 3 hari. Obat-obatan yang digunakan yaitu Proris dan Hufagrip. An E memiliki alergi susu sapi, ayam dan telur. An E sangat menyukai semua makanan kecuali makanan yang menimbulkan alerginya. Namun sejak sakit nafsu makan pasien berkurang dan makannya sedikit. Pasien hanya habis $\frac{1}{4}$ porsi makanan dari rumah sakit. Sebelum masuk rumah sakit pola tidur pasien kurang baik dan saat masuk rumah sakit, pasien juga jarang bisa tidur dan sering terbangun. Pola aktivitas saat sebelum masuk rumah sakit aktif tetapi saat masuk rumah sakit pasien hanya bermain handphone.

4.2 Diagnosa

Berdasarkan data yang penulis dapatkan, maka ada 3 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan terkait kasus diare pada An.E yaitu : hipertermi, resiko ketidakseimbangan elektrolit dan defisit nutrisi (SDKI, 2017).

1. Hipertermi

Hipertermi pada diare terjadi karena proses inflamasi disaluran pencernaan yang disebabkan oleh agen pirogenic yang menyebabkan meningkatnya suhu tubuh sehingga terjadi hipertermi. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan kepada kedua pasien anak, penulis menemukan masalah hipertermi yang terjadi pada pasien dengan data yang menunjang seperti suhu tubuh anak

36,6 C, pasien tampak lemah, akral hangat, membrane mukosa tampak kering dan pucat. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa hipertermi dapat muncul pada pasien diare (Maryunani, 2010). Sehingga pasien dengan masalah keperawatan hipertermi dapat disusun dan diberikan intervensi sesuai dengan kebutuhan pasien yaitu monitor suhu tubuh, lakukan kolaborasi dalam pemberian anti peretik, lakukan kompres hangat saat anak mengalami demam dan anjurkan untuk meningkatkan intake cairan dan nutrisi. (SIKI, 2018).

2. Resiko ketidakseimbangan elektrolit

Pada pengkajian pasien keluhan subjektifnya yaitu ibu mengatakan pasien mengalami BAB cair 3x dan konsistensi lunak, cair, dan warna kekuningan. Disertai dengan kram perut pada anak. Keluhan objektifnya adalah KU lemah, GCS E4V5M6, Akral teraba hangat, pasien terlihat lemas, mukosa mulut kering, hasil dari tanda-tanda vital Nadi: N: 114x/menit, Suhu: 36,60 c, Respirasi R: 20x/menit. Menurut Manjoer Arif (2000) tanda dan gejala diare pada bayi atau anak seperti anak cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan menurun, feses cair dengan darah dan lendir, warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur dengan empedu, anus dan sekitarnya menjadi lecet karena tinja menjadi asam, dan berat badan menurun. Berdasarkan pendapat penulis terhadap kesamaan antara kasus peneliti dengan teori yang dikemukakan ditemukan pada pasien anak diare dengan resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan proses penyakit yaitu diare (SIKI, 2018).

3. Defisit nutrisi

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien penulis menemukan masalah defisit nutrisi yang terjadi pada pasien dengan data yang menunjang seperti adanya tanda dan gejala seperti orangtua anak mengatakan anak mengalami penurunan nafsu makan, anak tidak menghabiskan porsi makanan, anak hanya makan habis $\frac{1}{4}$ porsi, berat badan sebelum sakit 12 kg dan berat badan saat sakit 11,3kg sehingga didapatkan terjadi penurunan berat badan 0.7 kg, hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan hemoglobin 11,6 mg/dl.. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa defisit nutrisi merupakan masalah yang muncul pada pasien diare (SDKI, 2017). Terkait dengan diagnosa ini, disusunlah intervensi keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien sesuai dengan kebutuhannya seperti kaji adanya alergi dan status nutrisi, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan dengan diit tinggi kalori dan protein, monitor vital sign dan berat badan (SIKI, 2018)

4.3 Intervensi

Intervensi yang disusun sesuai diagnosa yang muncul pada kasus berdasarkan SIKI (2019) yaitu :

1. Hipertermi

Pada diagnosa hipertermi, intervensi yang diberikan adalah : identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, berikan cairan oral: minum air

putih, anjurkan tirah baring, anjurkan menggunakan baju atau pakaian yang tipis, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit , jika perlu.

2. Resiko ketidakseimbangan elektrolit

Pada diagnosa Resiko ketidakseimbangan elektrolit, intervensi yang diberikan adalah : identifikasi kemungkinan penyebab ketidak seimbangan elektrolit, monitor kadar elektrolit serum, monitor mual, muntah diare, monitor tanda dan gejala hyperkalemia, edukasi tujuan dan prosedur pemantauan, kolaborasi pemberian terapi sesuai resep dokter.

3. Defisit nutrisi

Pada diagnosa defisit nutrisi, intervensi yang diberikan adalah : identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, monitor asupan makanan, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, ajarkan diet yang diprogramkan, kolaborasi dengan ahli gizi jika diperlukan

4.4 implementasi

Hari pertama dilakukan pada tanggal 1 Juni 2021 pada jam 12.15 dengan mencuci tangan dan memonitor suhu tubuh serta membantu memberikan cairan oral berupa air putih kepada pasien. Jam 12.30 mengidentifikasi penyebab hipertermi dan status nutrisi. Pada jam 13.10 melakukan identifikasi alergi dan intoleransi makanan serta memonitor diare. Jam 13.40 melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit pasien dan mengajarkan keluarga pasien tentang program diit yaitu makan halus bubur, tidak boleh makan buah dan nasi serta berikan makanan tinggi kalori dan protein. Pada jam 15.10 memonitor asupan makanan, memberikan terapi infus KN3B 500cc / 24jam dan melakukan injeksi

Antrain 3 x 10 mg, Zink 1 x 20mg, memberi obat oral Puyer diare 3 x 1, Sirup batuk pilek 3 x 1, dan Lacbon 2 x ½.

Intervensi hari kedua pada tanggal 3 Juni 2021 pada jam 07.30 dengan mencuci tangan dan memonitor suhu tubuh serta membantu memberikan cairan oral berupa air putih kepada pasien. Jam 09.00 mengidentifikasi penyebab hipertermi dan status nutrisi. Pada jam 10.10 melakukan identifikasi alergi dan intoleransi makanan serta memonitor diare. Pada jam 11.10 memonitor asupan makanan, memberikan terapi infus KN3B 500cc / 24jam dan melakukan injeksi Antrain 3 x 10 mg, Zink 1 x 20mg, memberi obat oral Puyer diare 3 x 1, Sirup batuk pilek 3 x 1, dan Lacbon 2 x ½.

4.5 Evaluasi

Evaluasi hari pertama pada diagnosa hipertermi pada tanggal 1 Juni 2021 didapatkan data subjektif yaitu Ny F mengatakan anaknya masih mengalami demam naik turun, setelah diberikan obat panas sedikit suhu tubuhnya turun. Data objektif nya yaitu Nadi 114 x/menit, RR 21 x/menit dan Suhu 36,2 derajat celcius, warna kulit kemerahan dan akral hangat. Sehingga masalah belum teratasi karena demam masih naik turun. Maka, intervensi dilanjutkan dengan monitorsuhutubuh dan lanjutkanterapiuntukmenurunkandemam Inj. Antrain 3 x 100mg.

Evaluasi hari pertama untuk diagnosa kedua yaitu resiko ketidakseimbangan elektrolit pada data subjektifnya didapatkan Ny F mengatakan pasien hanya mau makan ¼ porsi. Sedangkan data objektifnya pasien terlihat sulit disuap untuk makan. Sehingga masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan diet yang diprogramkan, memonitor asupan nutrisi, dan memberikan makanan tinggi protein dan emberian terapi : infus KN3B 500cc /

24jam dan Zink 1 x 20mg.

Evaluasi hari pertama untuk diganosa ketiga yaitu defisit nutrisi pada data subjektifnya didapatkan Ny F mengatakan kalau buang air besar pasien sudah 3 kali dalam sehari dan konsistensi lembek cenderung cair. Sedangkan data objektifnya terlihat pasien hanya berbaring lemas di atas ranjang. Sehingga masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan dengan memonitor diare dan pemberian obat oral puyer diare 3x1 dan Lacbon 2 x ½.

Pada evaluasi hari kedua pada tanggal 3 Juni 2021 pada diganosa pertama didapatkan data subjektif yaitu Ny F mengatakan demamnya sudah turun. Data objektif nya yaitu Nadi 100 x/menit, RR 20 x/menit dan Suhu 36,0 derajat celcius, warna kulit sudah tidak kemerahan tetapi akral masih terasa hangat. Sehingga masalah menjadi teratasi sebagian. Tetapi intervensi tetap dilanjutkan dengan monitor suhu tubuh dan lanjutkan terapi untuk menurunkan demam Inj. Antrain 3 x 100mg, jika perlu.

Evaluasi hari kedua untuk diagnosa kedua yaitu resiko ketidakseimbangan elektrolit pada data subjektifnya didapatkan Ny F mengatakan pasien mau menghabiskan setengah porsi makanan. Sedangkan data objektifnya Ny F memahami penjelasan perawat mengenai diit yang sudah dijelaskan. Sehingga masalah teratasi sebagian dan intervensi tetap dilanjutkan dengan memonitor asupan nutrisi, dan memberikan makanan tinggi protein dan emberian terapi : infus KN3B 500cc / 24jam dan Zink 1 x 20mg.

Evaluasi hari kedua untuk diagnosa ketiga yaitu defisit nutrisi pada data subjektifnya didapatkan Ny F mengatakan kalau buang air besar pasien berkurang menjadi 1 kali sehari dan konsistensi sedikit padat. Sedangkan data objektifnya

terlihat pasien dapat duduk diatas ranjang, sudah tidak terlihat lemas. Sehingga masalah teratasi sebagian dan intervensi tetap dilanjutkan dengan memonitor diare dan pemberian obat oral puyer diare 3x1 dan Lacbon 2 x ½.

BAB 5

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada An.E dengan diare di Ruang 5 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 6 Juni 2021.

5.1 Kesimpulan

1. Hasil dari pengkajian pada An E didapatkan anak BAB sebanyak 3 kali dalam sehari, konsistensi lembek cenderung cair dan berwarna kuning, demam, nafsu makan berkurang dan lemas.
2. Hasil pengkajian dan analisa data terdapat 3 diagnosa yang muncul yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan diare dan defisit nutrisi berhubungan dengan proses penyakit
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pengkajian An E yaitu pada diagnosa hipertermi, intervensi yang diberikan adalah : identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, berikan cairan oral: minum air putih, anjurkan tirah baring, anjurkan menggunakan baju atau pakaian yang tipis, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit , jika perlu. Pada diagnosa Resiko

ketidakseimbangan elektrolit, intervensi yang diberikan adalah : identifikasi kemungkinan penyebab ketidak seimbangan elektrolit, monitor kadar elektrolit serum, monitor mual, muntah diare, monitor tanda dan gejala hiperkalemia, edukasi tujuan dan prosedur pemantauan, kolaborasi pemberian terapi sesuai resep dokter. Dan diagnosa terakhir yaitu defisit nutrisi, intervensi yang diberikan adalah : identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, monitor asupan makanan, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, ajarkan diet yang diprogramkan, kolaborasi dengan ahli gizi jika diperlukan.

4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 1 Juni 2021 sampai 6 Juni 2021. Sebagian besar rencana tindakan keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan.

5. Evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan selama 2 hari dalam bentuk SOAP. Diagnosa pada An E yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit teratasi sebagian pada hari kedua, diagnosa resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan diare teratasi sebagian pada hari kedua, dan diagnosa terakhir yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan proses penyakit teratasi sebagian pada hari kedua.

5.2 Saran

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 dnegan

diare. 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

- Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda*. Yogyakarta: MediAction.
- Kesehatan, K., & Indonesia, R. (n.d.). *Pofil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*.
- Maiti, & Bidinger. (1981). HUBUNGAN ANTARA KONSUMSI JAJANAN KAKI LIMA TERHADAP PENYAKIT DIARE PADA ANAK SEKOLAH DASAR. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Nelwan, Erni, J. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Internal Publishing.
- SDKI, T. P. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SLKI, DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan (Edisi1)*. Jakarta: EGC
- Tambuwun, F., Ismanto, A., & Silolonga, W. (2015). Hubungan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah Di Wilayah Kerja Puskesmas Bahu Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2), 107931.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Utami, N., & Luthfiana, N. (2016). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kejadian Diare pada Anak. *Majority*, 5, 101–106.
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metolodologi Penelitian Kualitatif*

Dalam Riset Keperawatan. Jakarta:Rajawali Pers.

Amin, L. (2015). Tatalaksana Diare Akut. *Continuing Medical Education* , 504.

Cahyono, S. (2014). *Tatalaksana Klinis Di Bidang Gastro Dan Hepatologi*.
Jakarta:CV Sagung Seto.

Christensen, P. J., & Kenny, J. W. (2009). *Proses Keperawatan: Aplikasi Model Konseptual*. Jakarta: EGC

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017).*Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018).*Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI

Tim Pokja SLKI DPP PPNI .(2018).*Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI

Anik Maryunani, 2010, *Ilmu Kesehatan Anak*, Jakarta : CV. Trans Info Media

Arini H. 2012. *Mengapa Seorang Ibu Harus Menyusui*. Jakarta. Flashbooks.

Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang
Kemenkes RI

Ngastiyah. 2014. *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: Buku Kedokteran

EGCNursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. (P. P. Lestari, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika

Suharyono, 2008, *Diare Akut*. Jakarta : Balai penerbit FKUI.

PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik ((cetakan III) 1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI, T. P. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan ((cetakan II) 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI