

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN
GASTROENTERITIS DEHIDRASI SEDANG
DI RUANG BOEGENVILLE III
RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KUDUS**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :
Indah Setiyowati
NIM. 893312868

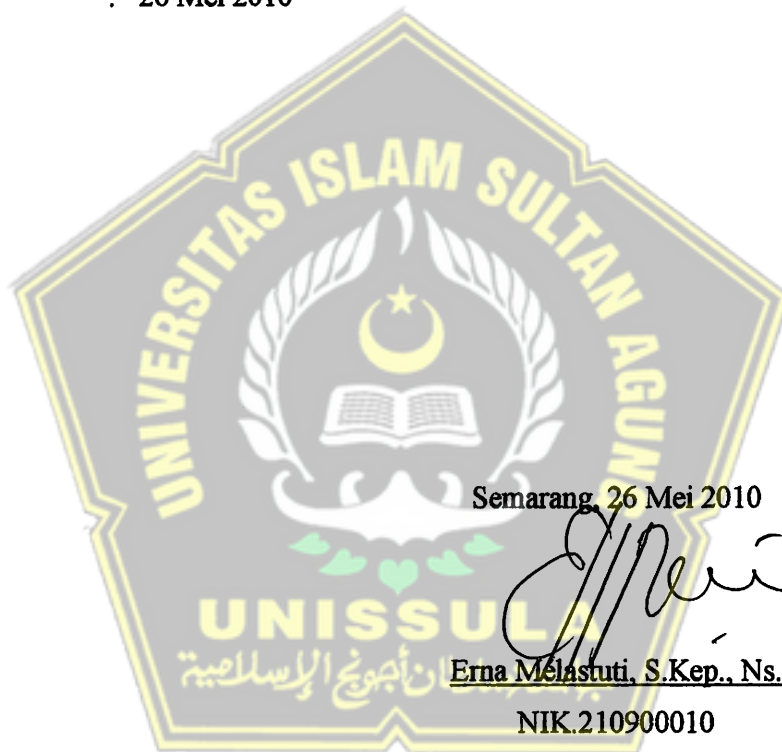
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapkan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 26 Mei 2010




HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapkan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 31 Mei dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 31 Mei 2010

Tim Penguji,


Penguji I



(Indra Tri Astuti, S.Kep.,Ns)

NIK: 21090009


Penguji II



(Erna Melastuti, S.Kep.,Ns)

NIK: 21090010

Penguji III



(Siti Muniroh, S.Kep.)

NIK: 98.09.610

MOTTO

1. Hiasilah kehidupan dengan keimanan,kesabaran,keikhlasan dan bermanfaat bagi sesama.
2. *“failure is a misfortune, but regret is a catastrophe”*
(kegagalan adalah celaka kecil, putus asa adalah celaka besar)
3. Seorang teman sejati akan membuat kita hangat dengan kehadirannya, menguatkan kita dengan doanya, memberi cintanya dan kasih sayang.



KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya kepada panulis, sehingga dapat menyelesaikan laporan kasus ujian komprehensif dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK M DENGAN GASTROENTERITIS DEHIDRASI SEDANG DI RUANG BOEGENVILLE III RUMAH SAKIT UMUM KUDUS

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan laporan khusus ujian komprehensif dapat teratasi berkat bimbingan dan bantuan berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih, kepada :

1. Prof. DR. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng. selaku rector Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Ibu Wahyu Endang S, SKM selaku Ketua Program Diploma DIII Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Kepala ruang dan perawat ruang Boegenville III RSUD KUDUS .
Terima kasih atas bimbingannya selama praktik.
5. Ibu Erna Melastuti, S.Kep., NS, selaku pembimbing dalam penyusunan laporan kasus ujian komprehensif ini.
6. TIM penguji laporan kasus ujian komprehensif ini

7. Bapak dan ibu dosen yang selama ini telah memberikan ilmu pada kami selama kurang lebih tiga tahun.
8. Bapak dan ibu tercinta dengan segala kasih sayang dan pengorbanannya yang telah memberikan doa serta dukungan materil serta support mental.
9. Keluarga besarku terima kasih atas dukungan dan bantuan yang selama ini telah diberikan.
10. Sahabat-sahabatku tersayang seperjuangan angkatan 2007 khususnya kelas A dan tidak lupa sahabatku yang ada dikos rumah terima kasih atas bantuan yang telah diberikan selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
11. Dan yang terakhir buat seseorang yang tidak dapat disebutkan terima kasih atas support,dukungan dan perhatiannya kepada penulis.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, Untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan masa depan.

Harapan penulis semoga laporan kasus komprehensif ini bermanfaat bagi para pembaca dalam rangka meningkatkan pelayanan perawatan dimasa mendatang.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI	iii
MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
C. manfaat.....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Pengertian anak	5
B. Tumbuh kembang anak.....	6
C. Pengertian gastroenteritis.....	9
D. Penyebab.....	10
E. patofisiologi	14
F. manifestasi klinis	16

G. pathways	18
H. pemeriksaan	21
I. komplikasi.....	22
J. penatalaksanaan.....	26
K. konsep dasar keperawatan.....	31
L. Pengkajian keperawatan.....	37
BAB III RESUME KEPERAWATAN	44
A. Pengkajian	44
B. Diagnosa Keperawatan	54
C. Fokus Intervensi	54
D. Implementasi	54
E. Evaluasi	54
BAB IV PEMBAHASAN.....	58
A. Pengkajian	58
B. Diagnosa keperawatan	63
BAB V PENUTUP.....	71
A. Kesimpulan	71
B. Saran	72

DAFTAR PUSTAKA

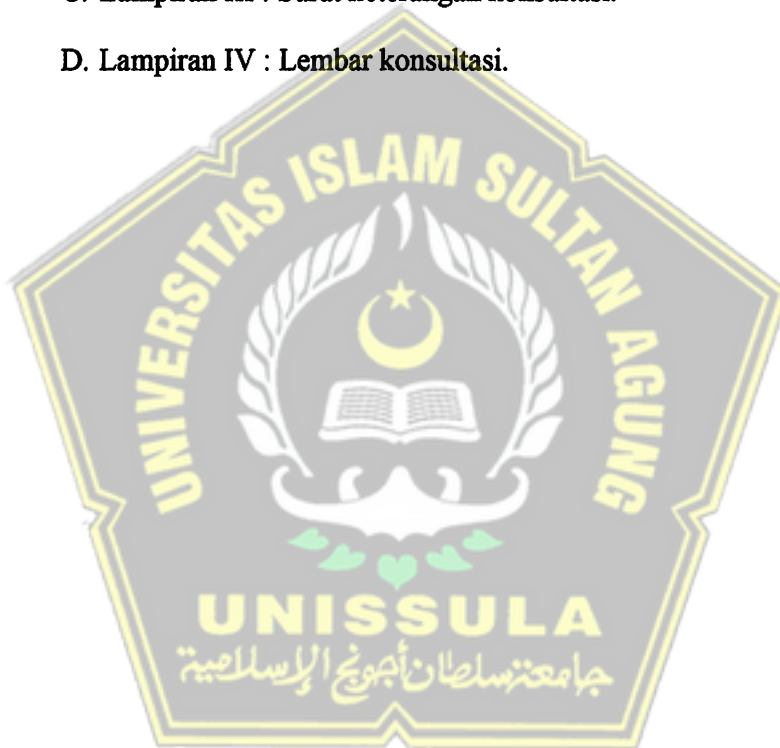
DAFTAR TABEL

A. Derajat dehidrasi	16
B. Model konseptual menurut Gordon	32
C. Tingkat kehilangan berat badan.....	38



DAFTAR LAMPIRAN

- A. Lampiran I : Asuhan keperawatan pada an. M dengan Gastroenteritis Dehidrasi Sedang diruang Boengville III Rumah Sakit Umum Daerah Kudus.
- B. Lampiran II : Surat kesediaan membimbing.
- C. Lampiran III : Surat keterangan konsultasi.
- D. Lampiran IV : Lembar konsultasi.



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Anak merupakan individu yang berada dalam satu ruang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain/odder (1-2.5 tahun), pra sekolah (2.5-5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun). Rentang ini berbeda antara anak satu dengan yang lainnya mengingat latar belakang anak berbeda-beda. Pada anak terdapat rentang pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan rentang lambat. (Hidayat.2005)

Menurut (Depkes,2001 dalam Syair79 <http://.wordpress.com/>) Salah satu tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal guna terciptanya masyarakat, bangsa dan negara dengan penduduk hidup sehat dalam lingkungan yang sehat dan memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang optimal diseluruh Indonesia.

Menurut (Ngatimin,1999 dalam Syair79 <http://.wordpress.com/>). Sejalan dengan ini tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia maka seseorang dikatakan sehat bila dalam keadaan sejahtera dari badan, jiwa

dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Depkes RI, 2001). Sehubungan dengan hal tersebut maka secara umum pelayanan kesehatan di Indonesia dilakukan dengan upaya peningkatan melalui usaha promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif. Kesemuanya ini akan diharapkan akan tercapai tujuan pelayanan prima seperti: mempercepat penyembuhan, mengurangi angka kematian, kesakitan dan mengurangi kemungkinan tertularnya penyakit yang sama

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat banyak dipengaruhi oleh penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Upaya penyelenggaraan dilakukan secara mandiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, kelompok dan masyarakat (Syaifuddin, 2000).

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Soegijanto (2002) menyatakan bahwa tujuh dari sepuluh kematian anak di negara berkembang dapat disebabkan oleh lima penyebab utama yakni salah satunya adalah *Gastroenteritis* yang masih merupakan salah satu penyebab utama mortalitas anak-anak di berbagai negara yang sedang berkembang. Setiap tahunnya lebih dari satu milyar kasus *Gastroenteritis* sebanyak 3,3 juta kasus *Gastroenteritis* pada balita setiap tahun dengan 2-3 % kemungkinan jatuh kedalam keadaan dehidrasi Data Departemen Kesehatan RI, menyebutkan bahwa angka penyakit *Gastroenteritis* di Indonesia saat ini adalah 230-342 per 1000 penduduk untuk semua

golongan umur dan 60 % kejadian *Gastroenteritis* tersebut terjadi pada balita yang sebagian mengakibatkan kematian.

Penyakit *Gastroenteritis* merupakan salah satu masalah di Indonesia karena sering menimbulkan wabah. Data Departemen Kesehatan RI menyebutkan bahwa angka kejadian *Gastroenteritis* untuk umur anak 230-342 penderita per 1000 penduduk setiap tahunnya sedangkan angka kematian mencapai 4 per 1000 anak, sedangkan untuk daerah ibukota terdapat 15-20 % penderita. (Syair79,2009. Faktor resiko kejadian *gastroenteritis* pada anak. <http://.wordpress.com/> Diunduh tanggal 17 juni 2010)

B. TUJUAN PENULISAN

1. TUJUAN UMUM

Menerapkan dan mengaplikasikan teori keperawatan dalam memberikan manajemen asuhan keperawatan pada anak dengan *gastroenteritis*.

2. TUJUAN KHUSUS

- a. Dapat menginterpretasikan data pada pasien anak dengan *gastroenteritis*
- b. Dapat menentukan diagnosa aktual pada pasien anak dengan *gastroenteritis*.
- c. Dapat membuat perencanaan pada pasien anak dengan *gastroenteritis*.

- d. Dapat mengimplementasikan tindakan keperawatan yang tepat pada pasien anak dengan gastroenteritis
- e. Dapat mengevaluasi tindakan yang dilaksanakan pada pasien anak dengan gastroenteritis

C. MANFAAT PENULISAN

1. Bagi penulis
 - a. Untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan khususnya gastroenteritis pada anak.
 - b. Untuk menambhakan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada anak gastroenteritis.
2. Bagi institusi pendidikan.

Mengetahui sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam asuhan keperawatan anak gastroenteritis dengan serta memberikan masukan terhadap pendidikan dalam perbaikan selanjutnya.
3. Bagi masyarakat

Manambah pengetahuan tentang diare masyarakat khususnya orang tua mampu mengetahui tanda dan gejala gastroenteritis dan mampu memberikan penatalaksanaan gastroenteritis tanpa dehidrasi dirumah.

BAB II

KONSEP DASAR

A. KONSEP ANAK

1. Pengertian Anak

Anak diartikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun, dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Hidayat, 2005).

Anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun, termasuk anak yang berada dalam kandungan. (Pasal 1 undang-undang No. 23 Tahun 2002. Ardi 2005, pengertian anak. <http://www.prabusetiawan.blogspot>. Diunduh tanggal 20 Maret 2010).

Anak merupakan makhluk sosial seperti juga orang dewasa. Anak membutuhkan orang lain untuk dapat membantu mengembangkan kemampuannya, karena anak lahir dengan segala kelemahan sehingga tanpa orang lain anak tidak mungkin dapat mencapai taraf kemanusiaan yang normal. (Admin. 2008. Pengertian anak tinjauan secara kronologis dan psikologis. <http://www.duniapsikologi.dagdigdug.com>. Diunduh tanggal 13 Maret 2010).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun yang masih ,membutuhkan orang lain untuk dapat membantu mengembangkan kemampuannya.

2. Tumbuh kembang anak

Proses tumbuh kembang anak dapat berlangsung secara alamiah, tetapi proses tersebut sangat tergantung kepada orang dewasa atau orang tua. Tumbuh kembang anak menurut Dr. Soetjiningsih dalam Ngastiyah (2005) mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu mengenai pertumbuhan dan perkembangan. Sedangkan apa yang dimaksud dengan pertumbuhan dan perkembangan perdefinisinya seperti berikut : Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang dapat diukur dengan ukuran berat(gram,pound,kg):ukuran panjang dengan cm atau meter, umur tulang dan keseimbangan *metabolic*. Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih komplek dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh, organ dan system organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan.

Dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ atau individu. Walau demikian, kedua peristiwa itu terjadi secara sinkron pada setiap individu. Sedangkan untuk tercapainya tumbuh kembang yang optimal bergantung pada potensi biologiknya. Tingkat tercapainya potensi biologik seseorang, atas hasil interaksi berbagai factor yang saling berkaitan ialah factor genetic, lingkungan bio-psiko-sosial, dan perilaku. Proses unik dan hasil akhir yang berbeda memberikan ciri tersendiri pada setiap anak. (Ngastiyah,2005)

Perkembangan seorang anak secara umum digambarkan dalam pengolongan periode perkembangan yang paling luas digunakan menggariskan perkembangan seorang anak.

Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah masa balita. Karena pada masa ini pertumbuhan dasar akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Pada masa balita ini perkembangan kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya.

Masa remaja (*adolescence*) adalah periode peralihan perkembangan dari kanak-kanak ke masa dewasa awal,memasuki masa ini sekitar usia 10-12 tahun dan berakhir pada usia 18-22 tahun. Masa remaja dimulai dengan perubahan dalam kontur tubuh dan

perkembangan karakteristik seksual seperti: Laki-laki : tumbuhnya jakun, pembesaran suara, tumbuhnya bulu-bulu halus pada wajah.

Perempuan : pembesaran payudara, pertumbuhan rambut pubis.

Menurut (Baltes,2003 dalam Santrock,2007) dikatakan bahwa pencarian identitas dan kebebasan merupakan ciri utama dalam periode ini. Makin banyak waktu yang dihabiskan diluar keluarga atau rumah. Pikiran menjadi lebih abstrak,idealis dan logis. Saat ini,para ahli perkembangan tidak percaya bahwa perubahan berakhir seiring dengan berakhirnya masa remaja. Mereka menggambarkan perkembangan sebagai proses sepanjang kehidupan.

Beberapa permasalahan atau gangguan yang ditemukan pada anak usia sekolah atau remaja :

1. Masalah kesehatan yang dihadapi biasanya berkaitan dengan perilaku berisiko seperti merokok, perkelahian antar pelajar, penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lain).kehamilan yang tak diinginkan, abortus yang tidak aman, HIV/AIDS.
2. Gangguan perkembangan dan perilaku pada anak sekolah sangat bervariasi. Bila tidak dikenali dan ditangani sejak dini, gangguan ini akan mempengaruhi prestasi belajar dan masa depan anak. Selanjutnya akan dibahas tentang permasalahan kesehatan anak usia sekolah di antaranya adalah penyakit

menular, penyakit non infeksi, gangguan pertumbuhan, gangguan perkembangan dan perilaku.

3. Gangguan belajar, gangguan konsentrasi, gangguan bicara, gangguan emosi, hiperaktif, hingga Autism. Penolakan sekolah atau fobia sekolah dan sering disebut mogok sekolah adalah bentuk kecemasan yang tinggi terhadap sekolah yang biasanya disertai dengan berbagai keluhan yang tidak pernah muncul ataupun hilang ketika masa keberangkatan sudah lewat, hari Minggu atau libur. Fobia sekolah dapat sewaktu-waktu dialami oleh setiap anak hingga usianya 14-15 tahun, saat dirinya mulai bersekolah di sekolah baru atau menghadapi lingkungan baru ataupun ketika ia menghadapi suatu pengalaman yang tidak menyenangkan di sekolahnya.

Peranan orang tua dan guru sekolah dalam mengatasi permasalahan kesehatan anak usia sekolah sangat penting. Deteksi dini, pencegahan dan penanganan gangguan kesehatan anak sekolah dapat mengurangi resiko komplikasi yang ditimbulkan. Peningkatan perhatian terhadap kesehatan anak usia sekolah tersebut, diharapkan dapat dapat tercipta anak usia sekolah Indonesia yang cerdas, sehat dan berprestasi. (Amirudin, Ridwan, 2007. Tumbuh Kembang Anak. <http://www.Ridwanamiruddin.wordpress.com>. Diunduh tanggal 13 Maret 2010)

B. KONSEP DASAR PENYAKIT

1. Pengertian Gastroenteritis (diare)

Gastroenteritis (diare) merupakan gejala yang terjadi karena kelainan yang melibatkan fungsi pencernaan, penyerapan dan sekresi. (Donna, 2008)

Gastroenteritis merupakan peradangan lambung kelainan yang dikaitkan dengan intoleran terhadap makanan tertentu, ditandai oleh infiltrasi mukosa usus oleh eosinofil dengan odema tetapi tanpa vaskulitis dan oleh osinofilia darah tepi, gejalanya tergantung pada tempat dan luas kelainan, lambung juga sering terkena *Norwalk gastroenteritis* yang sering disebabkan oleh virus *Norwalk* (Dorland, 1998).

Gastroenteritis adalah penyakit infeksi akut dan menular, menyerang lambung dan usus yang ditandai dengan berak-berak encer 5 kali atau lebih (Murwani, 2008).

Dari beberapa pengertian diatas dapat penulis simpulkan bahwa gastroenteritis adalah peradangan pada lambung dan usus yang melibatkan fungsi pencernaan yang ditandai dengan berak-berak encer.

2. Penyebab

Virus (seperti rotavirus) adalah yang paling sering menyebabkan radang lambung di Indonesia. Anak biasanya terkena virus radang lambung dari anak lainnya yang memiliki atau yang berhubungan

Kadangkala, radang lambung terjadi ketika anak makan sesuatu yang tidak mereka duga, seperti semacam tumbuh-tumbuhan dan obat-obatan. Jarang, radang lambung dihasilkan karena keadaan alergi (radang lambung eosinophilic) atau dari hubungan dengan binatang pada hewan peliharaan kebun binatang (Murwani,2008)

3. Patofisiologi

Penyebab gastroenteritis akut adalah masuknya virus (Rotavirus, Adenovirus enteris, Virus Norwalk), Bakteri atau toksin (Compylobacter, Salmonella, Escherihia Coli, Yersinia dan lainnya), parasit (Biardia Lambia, Cryptosporidium). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel, memproduksi enterotoksin atau Cytotoksin dimana merusak sel-sel, atau melekat pada dinding usus pada Gastroenteritis akut.

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

Gastroenteritis yang terjadi merupakan proses dari :

- a. Transport aktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit terhadap usus halus. Sel dalam mukosa instestinal mengalami iritasi dan meningkatnya sekresi cairan dan elektrolit. Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa instestinal sehingga menurunkan area permukaan instestinal, perubahan

langsung dengan hal itu, seperti beberapa anak di pusat perawatan, sekolah, dan tempat penuh sesak lainnya. Virus radang lambung umumnya menyebar dari tangan ke mulut namun juga bisa menyebar melalui bersin dan ludah. Penyebarannya sangat mudah karena cara anak bermain-meletakkan tangan dan jari di dalam dan dekat mulut mereka dan kemudia menyentuh mainan dan sebaliknya.

Bakteri (seperti *escherichia coli*, *vibrio cholerae*, *salmonella*, atau *shigella*) dan parasit (seperti *giardia*) juga dapat menyebabkan radang lambung. Anak-anak bisa terkena bakteri radang lambung dari menyentuh atau makan makanan yang terkontaminasi, terutama sekali makanan mentah atau daging atau telur yang tidak cukup dimasak, dan meminum susu dan air yang tidak dipasteurisasi. Bacteria dapat berkembang dalam berbagai jenis makanan yang sudah basi dan tidak dibekukan (masalah keadaan yang berpotensi termaksud prasmanan dan piknik). Jika bakteri *staphylococcus* mengkontaminasi makanan, bakteri tersebut bisa mengeluarkan sebuah racun yang menyebabkan tiba-tiba muntah atau diare. Radang lambung terkena dari makanan yang mengandung mikroorganisme atau racun bakteri yang kadangkala disebut keracunan makanan. Adakalanya, beberapa bakteri disalurkan melauai anjing dan kucing yang terkena diare. Anak-anak bisa terkena bakteri dan parasit radang lambung dari memakan kerang, menelan air yang terkontaminasi, seperti dari sumur, sungai, dan kolam renang; dan pada saat perjalanan di negara berkembang.

kapasitas entestinal dan terjadi gangguan absorpsi cairan dan elektrolit.

- b. Peradangan akan menurunkan kemampuan intestinal untuk mengabsorpsi cairan dan elektrolit dan bahan-bahan makanan. Ini terjadi pada sindrom malabsorpsi.
- c. Meningkatnya motilitas instestinal dapat mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.
- d. Selain itu gastroenteritis juga dapat terjadi, akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung, mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare.
(Suriadi dan Rita Yuliani,2006)

Sebagai akibat dari gastroenteritis akan terjadi

- a. Kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan terjadinya gangguan keseimbangan asam-basa (asidosis metabolic,hipokalemia dan sebagainya).
- b. Gangguan gizi sebagai akibat kelaparan (masukan makanan kurang,pengeluaran bertambah).

- 1) Makanan sering dihentikan oleh orang tua karena takut diare atau muntah yang bertambah hebat.
- 2) Walaupun susu diteruskan, sering diberikan dengan pengeluaran dan susu yang encer ini diberikan terlalu lama.
- 3) Makanan yang diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik karena adanya hiperperistaltik.

c. Hipoglikemia

Terjadi pada 2-3% anak yang menderita diare, lebih sering pada anak yang sebelumnya telah menderita KKP. Hal ini terjadi karena adanya gangguan penyimpanan/penyediaan glikogen dalam hati dan adanya gangguan absorpsi glukosa. Gejala hipoglikemia akan muncul jika kadar glukosa darah menurun hingga 40 mg% pada bayi dan 50% pada anak-anak. Gangguan gizi

d. Gangguan sirkulasi.

Sebagai akibat diare dapat terjadi renjatan (*shock*) hipovolemik, akibatnya perfusi jaringan berkurang dan terjadi hipoksia, asidosis bertambah berat, dapat mengakibatkan perdarahan otak, kesadaran menurun dan bila tidak segera diatasi klien akan meninggal. (Staf bagian anak FKUI, 2002)

4. Manifestasi klinis

- a. Defikasi 5 kali atau lebih atau terhitung
- b. Sakit perut atau mulas
- c. Kadang-kadang temperatur naik

- d. Terjadinya dehidrasi
- e. Rasa haus
- f. Turgor jelek
- g. Mata cekung
- h. Ekstermitas tangan dingin.
- i. Kesadaran menurun.
- j. Bisa terjadi syok.
- k. Dehidrasi berat, kencing kurang atau sedikit.
- l. Kegagalan ginjal mendadak (KGM).

Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dapat dibagikan menjadi :

- 1) Dehidrasi ringan adalah berat badan turun 3-5% dengan volume cairan yang hilang kurang dari 50ml/kg.
- 2) Dehidrasi sedang adalah berat badan turun 6-9% dengan volume cairan yang hilang 50-90ml/kg.
- 3) Dehidrasi berat adalah berat badan turun lebih dari 10% dengan volume cairan yang hilang sama dengan atau lebih dari 100ml/kg.

Sedangkan berdasarkan tonisitas plasma dapat dibagi menjadi

- 1) Dehidrasi hipotonik adalah hilangnya natrium yang lebih banyak dari pada air. Ditandai dengan rendahnya kadar natrium serum (kurang dari 135 mmol/liter) dan osmolalitas efektif serum (kurang dari 270 mosmol/liter).

- 2) Dehidrasi isotonik adalah hilangnya air dan natrium dalam jumlah yang sama. Ditandai dengan normalnya kadar natrium serum (135-145 mmol/liter) dan osmolalitas efektif serum (270-285 mosmol/liter).
- 3) Dehidrasi hipertonik adalah hilangnya air lebih banyak dari natrium. Ditandai dengan tingginya kadar natrium serum (lebih dari 145 mmol/liter) dan peningkatan osmolalitas efektif serum (lebih dari 285 mosmol/liter. (Suriadi dan Rita Yuliani,2006)

Tabel 2.1 Derajat Dehidrasi pada pasien diare

Tingkat Dehidrasi	Ringan	Sedang	Berat
Penurunan BB-bayi	5%	10%	15%
Penurunan BB-anak	3-4%	6-8%	10%
Frekuensi nadi	Normal	sedikit meningkat	Sangat meningkat
Frekuensi darah	Normal	Normal hingga ortostik (perubahan >10mmHg)	Ortostatik hingga syok
Perilaku	Normal	Rewel, lebih haus	Sanagt rewel hingga letargik
Rasa haus	Sedikit	Sedang	Sangat besar

Membran mukosa *	Normal	Kering	Sangat kering
Air mata	Ada	Berkurang	Tidak ada, mata cekung
Umun-ubun depan	Normal	Normal hingga cekung	Cekung
Vena jugularis eksterna	Terlihat ketika dibaringkan terlentang	Tidak terlihat kecuali dilakukan tekanan supraklavikular	Tidak terlihat sekalipun dilakukan tekanan supraklavikular
Kulit*(kurang bermanfaat pada anak >2 tahun)	Pengikisan ulang kapiler >2 detik	Pengisian ulang kapiler lambat (2-4 detik) penurunan turgor	Sangat lambat (>4 detik) dan terlihat 6 tenting, kulit teraba dingin, tampak akrosianotik dan mottled (berbintik-bintik)
Berat jenis urin	>1.020	>1.020, oliguria	Oliguria atau anuria

Kebutuhan cairan rumatan setiap hari

1. Menghitung berat badan anak dalam kilogram.

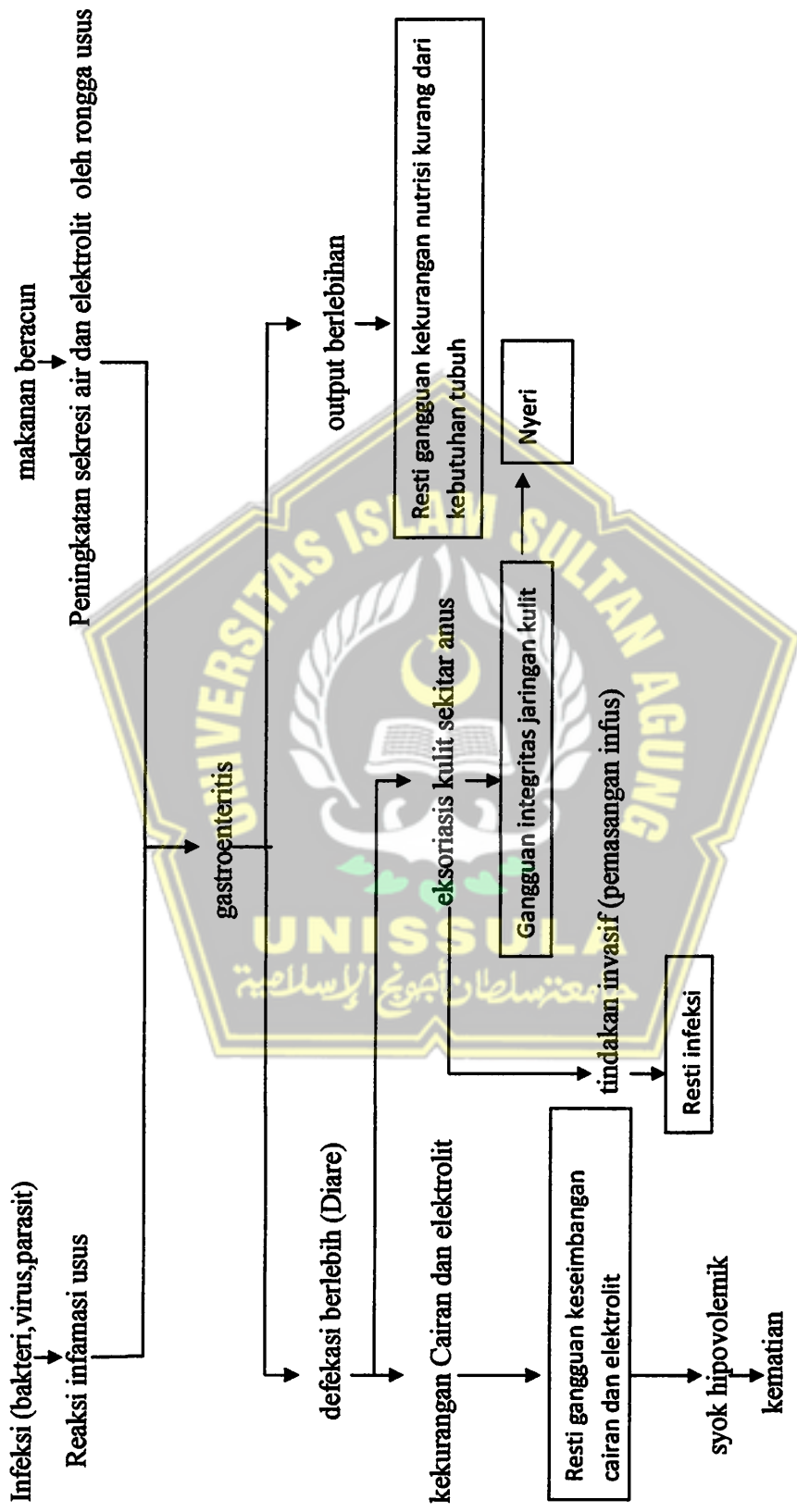
$$\frac{\text{Berat Badan Anak}}{2.2 \text{ Pound / kg}} = \text{Berat badan dalam kilogram}$$

2. Memberikan 100ml/kg untuk berat 10 kg pertama.
3. Memberikan 50ml/kg untuk berat 10 kg kedua.
4. Memberikan 20ml/kg untuk berat selebihnya dalam kilogram.
5. Membagi jumlah total pemberian cairan tersebut dengan 24 jam untuk mendapatkan kecepatan pemberian dalam milliliter per jamnya.

(Wong, 2008)



4. Pathways



(Murwani, 2008, at all)

5. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan tinja

a) Makroskopi dan mikroskopis:

1) Pemeriksaan makroskopik tinja meliputi pemeriksaan jumlah, warna, bau, darah, lendir dan parasit.

2) Pemeriksaan mikroskopik meliputi pemeriksaan protozoa, telur cacing, leukosit, eritrosit, sel epitel, kristal dan sisa makanan. Dari semua pemeriksaan ini yang terpenting adalah pemeriksaan terhadap protozoa dan telur cacing.

b) pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet clinitest, bila diduga terdapat intoleransi gula.

c) Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.

2) Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam-basa dalam darah, dengan menentukan pH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah menurut ASTRUP (bila memungkinkan).

3) Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.

4) Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang). (Staf bagian anak FKUI.2002)

b. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Colok rectal
- 2) Rektosigmoideskopi
- 3) Kolonoskopi
- 4) Basium enema
- 5) Barium follow through
- 6) Foto dada
- 7) Barium meal

(Inayah,2004)

6. Komplikasi

- a. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik, atau hipertonik).
- b. Rejatan *hipovolemik*.
- c. Hipokalemia (gejala meterimus, bradikardi).
- d. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktosa.
- e. Hipoglikemia.
- f. Kejang terjadi pada dehidrasi hipertonik.
- g. Malnutrisi energi protein (akibat muntah dan diare yang lama atau kronik). (Nursalam .2005)

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

1) Rehidrasi

Langkah penatalaksanaan adalah mengistirahatkan usus dan memberi rehidrasi secara parenteral. Penggunaan terapi rehidrasi oral (TRO) telah luas diterima, merupakan terapi yang cepat, aman, efektif dan murah untuk penyakit diare. Larutan rehidrasi oral efektif dalam mengobati anak apapun penyebab diare atau berapapun kadar natrium serum anak saat awitan terapi. Larutan rehidrasi oral yang optimal harus dapat mengganti air, natrium, kalium dan bikarbonat dan larutan tersebut juga harus isotonic atau hipotonik. penambahan glukosa kedalam larutan meningkatkan penyerapan natrium dengan memanfaatkan kontrasportasi natrium yang digabungkan dengan glukosa, yang maksimal apabila konsentrasi glukosa tidak lebih dari 110-140mmol/L (2.0 sampai 2.5g/L). Pada larutan rehidrasi oral yang berbahan dasar serelia, glukosa digantikan oleh polimer kompleks yang terhidrolisis di usus untuk menghasilkan pasokan glukosa dan asam amino secara bertahap untuk mempermudah kontrasportasi natrium. Larutan-larutan ini sama efektifnya dengan larutan yang mengandung glukosa.

Terapi rehidrasi oral harus digunakan pada semua anak dengan dehidrasi ringan sampai sedang. Defisit cairan harus diganti dengan lebih sering memberikan cairan dengan menggunakan botol, sendok atau tegukan selama 4-6 jam pertama. Anak dengan dehidrasi 5% akan memerlukan 50–75 mL/kg selama periode awal untuk mengganti defisit dan mengatasi pengeluaran yang terus terjadi. Namun, kita sangat sulit membedakan secara prospektif antara dehidrasi ringan dan dehidrasi sedang hanya berdasarkan pemeriksaan fisik. Dengan demikian, kombinasi parameter klinis (mis. penambahan berat badan, pemulihan nadi normal, pengeluaran urin, dan berat jenis, turgor kulit dan tingkat aktivitas keseluruhan) dapat digunakan untuk menilai efektivitas rehidrasi. Setelah rehidrasi tercapai, terapi pemeliharaan dengan larutan rehidrasi oral harus menggantikan pengeluaran yang terus berlangsung.

Kontraindikasi pemakaian TRO adalah *syok*, *volume* tinja lebih dari 10mL/kg/jam, *ileus* atau intoleransi monosakarida. Pada pasien dengan temuan – temuan ini, rehidrasi harus menggunakan cairan intravena. Pada pasien yang tidak dapat atau tidak mau minum, larutan rehidrasi oral dapat diberikan melalui selang nasogastrik atau gastrostomi. Muntah sering terjadi pada penyakit diare. Muntah bukan merupakan kontraindikasi pemberian TRO

dan tidak menurunkan angka keberhasilan keseluruhan TRO.

(Rudolph. 2006)

2) Cairan per oral

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

3) Cairan parentral

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

- a) Untuk anak umur 1 bl-2 tahun berat badan 3-10 kg
 - 1) 1 jam pertama : $40 \text{ ml/kgBB/menit} = 3 \text{ tts/kgBB/mnt}$ (infus set berukuran 1 ml=15 tts atau 13 tts/kgBB/menit (set infus 1 ml=20 tetes).
 - 2) 7 jam berikutnya : $12 \text{ ml/kgBB/menit} = 3 \text{ tts/kgBB/mnt}$ (infus set berukuran 1 ml=15 tts atau 4 tts/kgBB/menit (set infus 1 ml=20 tetes).
 - 3) 16 jam berikutnya : 125 ml/kgBB/ oralit

- b) Untuk anak lebih dari 2-5 tahun dengan berat badan 10-15 kg
1 jam pertama : 30 ml/kgBB/jam atau 8 tts/kgBB/mnt (1 ml=15 tts atau 10 tts/kgBB/menit (1 ml=20 tetes).
- c) Untuk anak lebih dari 5-10 tahun dengan berat badan 15-25 kg
- 1) 1 jam pertama : 20 ml/kgBB/jam atau 5 tts/kgBB/mnt (1 ml=15 tts atau 7 tts/kgBB/menit (1 ml=20 tetes).
 - 2) 7 jam berikut : 10 ml/kgBB/jam atau 2,5 tts/kgBB/mnt (1 ml=15 tts atau 3 tts/kgBB/menit (1 ml=20 tetes).
 - 3) 16 jam berikut : 105 ml/kgBB oralit per oral.
- d) Untuk bayi baru lahir dengan berat badan 2-3 kg
Kebutuhan cairan: 125 ml + 100 ml + 25 ml = 250 ml/kgBB/24 jam, jenis cairan 4:1 (4 bagian glukosa 5% + 1 bagian NaHCO 3 1½ %. Kecepatan : 4 jam pertama : 25 ml/kgBB/jam atau 6 tts/kgBB/menit (1 ml = 15 tts) 8 tts/kgBB/mt (1mt=20 tts).
- e) Untuk bayi berat badan lahir rendah
Kebutuhan cairan: 250 ml/kgBB/24 jam, jenis cairan 4:1 (4 bagian glukosa 10% + 1 bagian NaHCO 3 1½ %).
(Ngastiyah,2005)

4) Obati penyakit yang mendasari

Antibiotic atau steroid bisa diberikan jika pada pemeriksaan penunjang ditemukan pathogen spesifik atau bukti adanya penyakit inflamasi usus. Metronidazol atau vankomisin diapakai pada colitis

pseudomembranosa. Kemungkinan relaps mencapai 20% dan diterapi dengan. Metronidazol atau vankomisin lanjutan.

(Davey.2005)

b. Penatalaksanaan keperawatan

Masalah gastroenteritis yang perlu diperhatikan adalah :

1) Resiko terjadi gangguan sirkulasi darah.

Diare menyebabkan menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit, mengakibatkan pasien dehidrasi dan jika tidak segera diatasi menyebabkan terjadinya diare asidosis, bila masih berlanjut akan terjadi asidosis metabolic.gangguan sirkulasi darah dan pasien jatuh dalam keadaan rejan (*syok*).

a) Diare masih ringan.

Berikan banyak minum, kira-kira 1 gelas setiap setelah defekasi. Cairan harus mengandung elektronik seperti oralit. Bila tidak ada dapat menggunakan larutan gula garam dengan 1 gelas air matang yang dilarutkan dengan satu sendok teh gula dan sejumlah garam, penganti air matang dapat dengan air tajin atau teh. Bila pemberian per oral tidak dapat dipasang infus dengan RL atau (sesuai dengan persetujuan dokter). Yang terpenting adalah apakah tetesan berjalan lancar terutama pada jam-jam pertama karena diperlukan untuk segera mengatasi dehidrasi.

b) Pada dehidrasi berat

Selama 4 jam pertama tetesan lebih cepat,selanjutnya secara rumat. Untuk mengetahui kebutuhan sesuai yang diperhitungkan,jumlah cairan yang masuk tubuh dapat diperhitungkan:

- 1) Jumlah tetesan per menit dikalikan 60 dibagi 15/20 (sesuai set infus yang dipakai) contoh : tetesan per menit 12 tetes,banyaknya cairan yang habis (masuk kedalam tubuh) dalam satu jam ialah $12 \times 60/15 = 48\text{cc}$ (bila set infus yang setiap cc-nya berisi 15 tetes). Jika kontrol cairan dilakukan 2 jam sekali berarti $48 \times 2 = 96\text{ cc}$. Berikan tanda batas cairan pada waktu memantau pada botol infusnya.
- 2) Perhatikan tanda vital : nadi,pernafasan,suhu dan tekanan darah.
- 3) Perhatikan frekuensi BAB anak apakah masih cair,sering atau sudah berubah konsistensinya.
- 4) Berikan minuman oralit atau teh 1-2 sendok setiap jam untuk mencegah bibir dan selaput lendir kering.
- 5) Jika rehidrasi telah terjadi infus dihentikan, pasien diberi makanan lunak.

2) Kebutuhan nutrisi

Pasien yang menderita diare biasanya juga menderita anoreksia sehingga sehingga masukan nutrisinya menjadi kurang.

Kekurangan nutrisi akan bertambah jika, pasien juga menderita muntah-muntah atau diare lama, keadaan ini menyebabkan makin menurunnya daya tahan tubuh sehingga, penyembuhan tidak lekas tercapai dan timbul komplikasi. Untuk mencegah kurangnya masukan nutrisi dan membantu menaikkan daya tubuh, pasien harus mendapat makanan setelah terjadi dehidrasi. Pada pasien yang menderita melabsorpsi pemberian jenis makanan yang menyebabkan malabsorpsi harus dihindari. Pemberian makanan harus mempertimbangkan umur, berat badan dan kemampuan anak menerimanya. Pada umumnya anak diatas usia 1 tahun dan sudah makan biasa, dianjurkan makan bubur tanpa sayuran saat masih diare dan minum teh.

3) Resiko terjadinya komplikasi

Komplikasi yang terjadi biasanya adalah dehidrasi asidosis. Tetapi komplikasi dapat juga terjadi sebagai bentuk tindakan pengobatan seperti :

- a) Infeksi pada bagian yang dipasang infus atau terjadi hematoma.

Kelebihan cairan,gejala kelebihan cairan :mula-mula terlihat sembab, mengkilap pada kelopak mata bayi, kemudian bengkak diseluruh wajah. Jika berlanjut menyebabkan edema paru dan terjadi sesak nafas bila edema sampai keotak akan menyebabkan kejang. Oleh karena itu, setiap pasien yang

dipasang infuse, harus dikontrol tetesan infusnya dengan benar.

- b) Komplikasi pada kulit akibat sering defekasi dan adanya asam laktat dalam tinja dapat menyebabkan iritasi dan lecet pada daerah anus dan sekitarnya.
- c) Kejang-kejang pada pasien yang diare bila bukan karena kebanyakan cairan dapat *hipoglikemia*. Karena karena itu bila terjadi kejang pada pasien diperiksa gula darahnya dan tindakan selanjutnya setelah ada instruksi dokter.
- d) Komplikasi lain bila diare menjadi kronis dapat menyebabkan pasien menderita malnutrisi energi protein.

4) Gangguan rasa aman dan nyaman

Pasien yang menderita diare biasanya akan merasakan gangguan rasa aman dan nyaman, karena sering buang air sehingga melelahkan. Untuk mengurangi kelelahan pasien tersebut sebaiknya dirawat di *eltor bed* yaitu tempat tidur dari terpal yang tengahnya dilubangi dan bawahnya ditempatkan ember penampung kotoran. Dalam ember tersebut diisi dengan desinfektan.

5) Kurangnya pengetahuan orang tua tentang penyakit

Penyebab diare telah dikemukakan baik secara infeksi enteral maupun parenteral serta faktor lain. Tetapi mengingat ada beberapa

faktor resiko yang berperan dalam timbulnya diare karena kurangnya

pengetahuan orang tua maka perlu adanya penyuluhan. Maka penyuluhan yang penting yaitu :

- a) Kebersihan perorangan pada anak. Mencuci tangan sebelum makan dan setelah bermain, memakai alas kaki jika bermain di tanah.
 - b) Membiasakan anak defekasi di jamban dan jamban harus terlihat bersih agar tidak ada lalat.
 - c) Kebersihan lingkungan untuk menghindari adanya lalat.
 - d) Makanan harus selalu tertutup (jika diatas meja).
 - e) Kepada anak yang sudah adpat membeli makanan sendiri agar diajarkan tidak membeli makanan yang dijajakan terbuka.
 - f) Air minum harus selalu dimasak. Bila sedang berjangkit penyakit diare selain air harus yang bersih juga dimasak.
- 6) Pemberian pengetahuan atau petunjuk tentang penatalaksanaan anak gastroenteritis di rumah.**

Bila anak menderita diare agar secepatnya diberi banyak minum dan lebih baik dengan oralit atau jika tidak ada dapat dengan larutan gula garam. Tetapi jika anak muntah lebih sering atau berak-berak terus sehingga pemberian oralit tidak dapat menolong, supaya dibawa ke pelayanan kesehatan agar tidak terlambat. (Ngastiyah.2005)

C. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengertian konsep dasar keperawatan :

Asuhan keperawatan adalah kegiatan profesional perawat yang dinamis yang membutuhkan kreativitas dan berlaku rentang kehidupan dan keadaan. Adapun tahap dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu:

- a) Analisa data adalah pengelompokan data-data pasien atau keadaan tertentu dimana pasien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahan. Pengelompokan data dapat disusun berdasarkan pola respon manusia.
- b) Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, diagnosa keperawatan mempunyai tiga komponen utama yaitu problem atau masalah, etiologi atau penyebab, *sign and symptom* atau tanda dan gejala.
- c) Rencana keperawatan adalah bagaimana perawat merencanakan tindakan yang akan diberikan kepada pasien secara tepat untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan.
- d) Implementasi keperawatan adalah melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan.

- e) Evaluasi adalah pada tahap ini perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal.

(Carpenito,2006)

2. Model konseptual menurut Gordon

Table 2.2 Model konseptual menurut Gordon

Pengkajian pola fungsional menurut Gordon		
Pola fungsi kesehatan	Penggambaran pola	Contoh
Persepsi kesehatan atau penanganan kesehatan	Mengambarkan persepsi pasien atau keluarga dan penanganan kesehatan dan kesejahteraan	Persepsi tentang penanganan kesehatan serta kesejahteraan
Nutrisi dan metabolik	Menggambarkan masukan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kondisi kulit, rambut dan kuku	Kondisi dari kulit,rambut,dan kuku,serta keseimbangan cairan dan elektrolit.
Eliminasi	Menggambarkan pola fungsi ekskresi usus, kandung kemih dan kulit	Frekuensi dari BAB,gerakan usus serta,aktivitas kandung kemih.

<p>Aktivitas dan latihan</p>	<p>Menggambarkan pola latihan dan aktivitas fungsi pernafasan dan sirkulasi</p>	<p>latihan kegemaran boleh meliputi aktivitas dan status mobilitas berhubungan dengan pernapasan dan cardiovasculer, dalam sehari-hari</p>
<p>Kognitif atau perseptual</p>	<p>Menggambarkan pola pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan, persepsi nyeri, bahasa, memori dan pengambilan keputusan</p>	<p>Visi pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan, persepsi nyeri, bahasa, memori dan pengambilan keputusan</p>
<p>Tidur dan</p>	<p>Menggambarkan pola</p>	<p>persepsi kualitas</p>

istirahat	tidur, istirahat dan persepsi tentang tingkat energi	dan kuantitas tidur klien dan penggunaan bantuan energy saat tidur.
Persepsi diri atau konsep diri	Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan	badan menghibur gambaran badan merasakan sikap status tentang persepsi diri data sasaran kemampuan seperti kontak mata perawakan badan,menyatakan nada
Peran atau hubungan	Menggambarkan kefektifan peran dan hubungan orang terdekat	Persepsi tentang diri sendiri, tanggung-jawab

		<p>dan peran utama sekarang kepuasan dengan keluarga hubungan sosial atau pekerjaan.</p>
<p>Seksualitas atau reproduksi</p>	<p>Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau yang dirasakan dengan seksualitas</p>	<p>sejarah dan nomor; jumlah kehamilan dan kelahiran anak berbagai masalah dengan seksual, fungsi kepuasan dengan hubungan seksual</p>
<p>Koping atau toleransi stres</p>	<p>Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan sistem pendukung</p>	<p>sejarah penanganan umum dan menekan sistem pendukung</p>

		<p>yang tersedia</p> <p>merasa</p> <p>kemampuan</p> <p>untuk</p> <p>mengendalikan</p> <p>atau mengatur</p> <p>situasi</p>
<p>Nilai atau</p> <p>kepercayaan</p>	<p>Menggambarkan sistem</p> <p>spiritual, nilai,</p> <p>kepercayaan.</p>	<p>Kepercayaan</p> <p>sangat penting</p> <p>dalam hidup</p> <p>untuk dapat</p> <p>menghargai</p> <p>konflik</p> <p>kepercayaan</p> <p>berhubungan</p> <p>dengan</p> <p>kesehatan</p> <p>,spesial praktek</p> <p>kepercayaan</p>

3. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas klien/biodata.

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa. Nama orang tua, pekerjaan orang tua, alamat.

b. Keluhan utama

Feces semakin cair, muntah, bila kehilangan banyak air dan elektrolit terjadi gejala dehidrasi, berat badan menurun. Pada bayi ubun-ubun besar cekung, tonus dan turgor kulit berkurang, selaput lendir mulut dan bibir kering, frekwensi BAB lebih dari 4 kali dengan konsistensi encer.

c. Riwayat penyakit sekarang

- 1) Awalnya anak cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, anoreksia kemudian timbul diare.
- 2) Tinja cair, terkadang disertai lender atau darah.
- 3) Anus dan sekitarnya timbul lecet karena seringnya defekasi dan sifatnya makin lama makin asam.
- 4) Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
- 5) Apabila pasien telah banyak kehilangan cairan akan timbul gejala dehidrasi.

d. Riwayat kesehatan masa lalu.

Riwayat penyakit yang diderita, riwayat pemberian imunisasi, riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (antibiotik) karena factor ini merupakan salah satu penyebab diare.

e. Riwayat psikososial keluarga.

Dirawat akan menjadi stressor bagi anak itu sendiri maupun bagi keluarga, kecemasan meningkat jika orang tua tidak mengetahui prosedur dan pengobatan anak, setelah menyadari penyakit anaknya, mereka akan bereaksi dengan marah dan merasa bersalah.

f. Kebutuhan dasar.

- 1) Pola eliminasi : akan mengalami perubahan yaitu BAB lebih dari 4 kali sehari, BAK sedikit atau jarang.
- 2) Pola nutrisi : diawali dengan mual, muntah, anoreksia, menyebabkan penurunan berat badan pasien.
- 3) Pola tidur dan istirahat akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.
- 4) Pola hygiene : kebiasaan mandi setiap harinya.
- 5) Aktivitas : akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen.

g. Pemeriksaan fisik.

- 1) keadaan umum :
 - a) Baik , sadar (tanpa dehidrasi)
 - b) Gelisah, rewel (dehidrasi ringan atau sedang)

c) Lesu, lunglai atau tidak sadar (dehidrasi berat)

Tabel 2.3 derajat kehilangan berat badan

Tingkat Dehidrasi	% Kehilangan berat badan	
	Bayi	Anak Besar
Dehidrasi ringan	5% (50 ml/kg)	3% (30 ml/kg)
Dehidrasi sedang	5-10% (50-100 ml/kg)	6% (60 ml/kg)
Dehidrasi berat	10-15% (100-150 ml/kg)	9% (90 ml/kg)

2) Berat badan anak yang diare dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan sebagai berikut : Presentase penurunan berat badan tersebut dapat diperkirakan saat anak dirumah sakit. Sedangkan dilapangan, untuk menentukan dehidrasi,cukup dengan menggunakan penilaian sebagaimana yang telah dibahas dalam konsep dan mengetahui elastisitas kulit, dapat dilakukan pemeriksaan turgor kulit.biasanya turgor kulit kurang elastis untuk pasien diare dengan dehidrasi.

3) Kepala

Anak usia dibawah 2 tahun yang mengalami dehidrasi, ubun-ubunnya biasanya cekung. Untuk anak dewasa tidak tampak kelainan

4) Mata

Anak diare tanpa dehidrasi matanya normal, tetapi jika anak diare dengan dehidrasi mata cekung,

5) Mulut dan lidah

- a) mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi)
- b) mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan / sedang)
- c) mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)

6) Abdomen

Kemungkinan mengalami distensi, kram dan bising usus meningkat lebih dari 35 kali.

7) Anus, apakah ada iritasi pada kulitnya.

8) Pemeriksaan penunjang

- a) Pemeriksaan tinja
- b) Test malabsorpsi. (Nursalam,2005)

4. Diagnosa keperawatan

1. Resti terjadinya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan dehidrasi (diare dan muntah).
2. Resti terhadap kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan atau berkurangnya kemampuan usus dalam melakukan absorpsi makanan.
3. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan eksklorasi kulit sekitar anus.
4. Hipertemi berhubungan dengan kerusakan mukosa usus
5. Nyeri berhubungan dengan diare yang lama, iritasi kulit atau jaringan
6. Cemas berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi sakit.

7. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi perawatan anak sakit

5. Fokus Intervensi

- 1) Resti terjadinya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan dehidrasi (diare dan muntah).

Tujuan : mempertahankan volume cairan adekuat

Intervensi :

- a. Pantau tanda-tanda vital

Rasional : perubahan tekanan darah dan nadi dapat digunakan perkiraan kasar kehilangan darah, penurunan volume.

- b. Awasi masukan dan pengeluaran cairan

Rasional : Memberikan pedoman untuk penggantian cairan.

- c. Kolaborasi pemberian cairan parenteral, transfuse darah sesuai dengan indikator indikasi dan pemberian obat

Rasional : penggantian cairan tergantung pada derajat hipofolemi.

- 2) Resti terhadap kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan/ berkurangnya kemampuan usus dalam melakukan absorpsi makanan

Tujuan :Kebutuhan nutrisi terpenuhi

Intervensi :

- a. Timbang BB.

Rasional : mengevaluasi keefektifan atau kebutuhan mengubah pemberian nutrisi

- b. Berikan makanan dalam jumlah kecil tetapi sering dan teratur.

Rasional meningkatkan proses pencernaan dan toleransi pasien terhadap nutrisi yang diberikan dan dapat meningkatkan kerjasama pasien saat makan.

- c. Anjurkan pasien untuk makan makanan yang disukai selama tidak bertentangan dengan diit.

Rasional : membantu mengidentifikasi kebutuhan atau kekuatan individu dapat memperbaiki masukan diit.

- d. Konsulkan dengan tim gizi.

Rasional : merupakan sumber efektif untuk mengidentifikasi diit yang tepat untuk pasien.

- 3) Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan Eksklorasi kulit sekitar anus

Tujuan : Penyembuhan kulit tanpa ekskonasi lebih lanjut dan tidak menunjukkan infeksi sekunder.

Intervensi :

- a. Jaga daerah pantat agar bersih dan kering.

Rasional : mengurangi terjadinya infeksi.

- b. Cuci kulit dengan sabun lembut dan cair setiap kali setelah defekasi.

Rasional : karena pH sabun yang ringan sesuai dengan pH daerah sekitar anus.

- c. Berikan asupan cairan yang adekuat .

Rasional : untuk mencegah dehidrasi berlebih dan agar tetap terjaga turgor kulit pasien.

- d. Kolaborasikan dalam pemberian obat salep.

Rasional : membantu dalam pengeringan luka.

- 4) Hipertemi berhubungan dengan kerusakan mukosa usus

tujuan : mempertahankan suhu badan normal antara 36°C - 37°C .

intervensi :

- a. Monitor tanda – tanda vital.

Rasional : tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.

- b. Berikan kompres hangat.

Rasional: kompres hangat digunakan agar membuat pembuluh darah tepi di kulit melebar yang selanjutnya membuat pori-pori terbuka. Itu berarti memudahkan pengeluaran panas dari tubuh.

- c. Anjurkan memakai pakaian tipis dan jangan memakai selimut.

Rasional : pakaian yang tipis akan membantu mengurangi penguapan suhu tubuh.

- d. Kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian antipiretik.

Rasional : dapat menurunkan suhu tubuh

- 5) Nyeri berhubungan dengan dengan diare yang lama,iritasi kulit atau jaringan

Tujuan : nyeri berkurang dan hilang

Intervensi :

- a. Cacat keluhan nyeri, termasuk lamanya, intensitas, skala 1-10.

Rasional : nyeri tidak selalu ada tetapi bila ada harus dibandingkan gejala nyeri pasien

- b. Kaji ulang factor yang meningkatkan nyeri.

Rasional : membantu dalam membuat siagnosa dan kebutuhan terapi.

- c. Mengajarkan tehnik menghilakan nyeri (distraksi dan relaksasi).

Rasional : dapat membuat nyeri dapat di toleransi

- d. Kloaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik.

Rasional : untuk menghilangkan nyeri dan menurunkan aktivitas peristaltic.

- 6) Cemas berhubungan dengan hospitalisasi dan kondisi sakit.

Tujuan : pasien memperlihatkan tanda rasa nyaman.

Intervensi :

- a. Anjurkan kunjungan dan partisipasi keluarga dalam perawatan nak sesuai kemampuan keluarga.

Rasional: untuk mencegah stress pada anak karena perpisahan dengan keluarga.

- b. Sentuh, peluk, dan bicara kepada anak sebanyak mungkin.

Rasional : memberikan rasa nyaman dan mengurangi stress.

- c. Lakukan stimulasi dan pengalihan sensorik yang sesuai dengan tingkat dan kondisi perkembangan anak.

Rasional : untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

- 7) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan anak sakit

Tujuan : pasien (keluarga) memahami sakit anaknya serta penanganannya dan mampu melaksanakan perawatan.

Intervensi :

- a. Berikan informasi kepada keluarga mengenai keadaan sakit anaknya dan tindakan terapeutiknya.

Rasional : untuk mendorong kepatuhan terhadap program terapeutik, khusus dirumah.

- b. Izinkan anggota keluarga berpartisipasi menurut keinginan mereka dalam perawatan anak.

Rasional: untuk memenuhi kebutuhan anak maupun keluarga.

- c. Beritahu keluarga mengenai tindakan peninjauan yang harus diambil.

Rasional : untuk mencegah penyebaran infeksi nosokomial

(NANDA,2005,Carpenito,2006,Wong,2003)

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari minggu tanggal 27 Agustus 2009 di ruang Boegenville III RSUD KUDUS.

A. Identitas

An. M berumur 12 tahun jenis kelamin laki-laki, klien beragama Islam, pendidikan kelas 2 SMP, klien bersuku Jawa, yang beralamat di Ngelo kulon, Mijen. Diagnosa GEDS, klien masuk tanggal 24 Agustus 2009 dengan nomor register 573.964. Selama dirumah sakit yang bertanggung jawab adalah Ny. M jenis kelamin perempuan, pekerjaan ibu rumah tangga, beragama Islam, klien bersuku Jawa, yang beralamat di Ngelo kulon, Mijen. Ny. M adalah ibu klien.

B. Keluhan utama

klien mengatakan badanya masih lemas, BAB cair sebanyak 5 kali dalam sehari disertai muntah 4 kali .pada tanggal 24 Agustus 2009.

C. Riwayat penyakit sekarang

Munculnya keluhan utama, klien merasa lemas, kurang lebih satu minggu (17 Agustus 2009) BAB cair 5 kali dalam sehari dirumah. Kemudian pada tanggal 24 Agustus 2009 dibawa di RSUD lewat poli anak langsung dianjurkan rawat inap di ruang Boegenville III. Karakteristik, klien mengatakan badanya lemas, BAB cair 5 kali dan klien tidak bisa

melakukan aktivitasnya dengan baik. Klien juga sempat merasa kelelahan biasanya pada siang atau sore hari. Masalah sejak muncul keluhan, semenjak BAB cair dan muntah kurang lebih satu minggu dirumah, kemudian klien dibawa ke RSUD dan dirawat di ruang Boegenville III mendapatkan sesuai dengan tindakan keperawatan dan advis dokter. Setelah menjalani perawatan BAB klien sudah berangsur berkurang dan tekstur lembek.

D. Riwayat masa lampau

Ibu klien mengatakan pada saat hamil tidak mengalami masalah. Nutrisi selama kehamilan dapat terpenuhi. Persalinan yang dilakukan secara spontan, dilakukan dirumah dengan bantuan bidan setempat, bayi lahir selamat dengan berat kurang lebih 3000gr dengan panjang 49cm.

Setelah melahirkan ibu klien tidak mengalami masalah. Klien minum ASI sampai usia satu tahun kemudian ditambahkan dengan PASI.

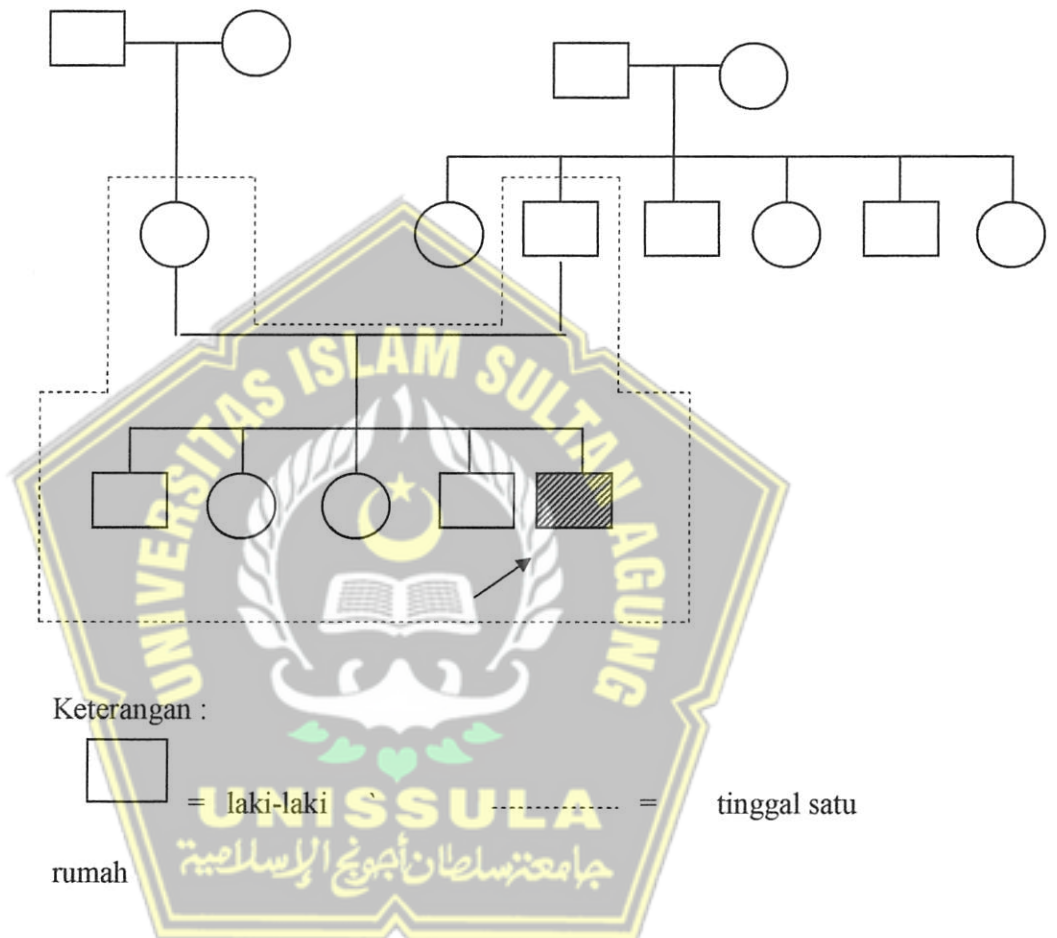
Pada waktu kecil klien tidak pernah mengalami penyakit serius dan belum pernah dirawat di RS sebelum kali ini. Klien juga tidak pernah menggunakan obat-obatan selain dari dokter saat periksa dipuskesmas dan klinik.

Klien tidak ada alergi terhadap makanan, cuaca, dan obat-obatan. Ibu klien mengatakan pada waktu kecil klien sudah mendapatkan imunisasi BCG, Campak, Polio, hepatitis dan DPT.

E. Riwayat keluarga

Ibu klien mengatakan dalam anggota keluarganya tidak ada yang mengidap penyakit seperti asma, diabetes, hipertensi.

Genogram



F. Riwayat sosial

Selama ini klien tinggal satu rumah dengan orang tua serta saudaranya. Klien diasuh oleh orang tua dan saudaranya. Secara umum klien adalah seorang yang pendiam tetapi juga banyak teman disekolah dan dirumah.

G. Keadaan saat ini

- a) Diagnosa medis : Gastroenteritis dehidrasi sedang (GEDS)
- b) Tindakan operasi. Tidak dilakukan karena tidak memerlukan tindakan pembedahan
- c) Obat-obatan atau terapi :
1. cefotaxim 3 x 500 mg (IV)
 2. hifudiar 3 x 50 mg sirup
 3. piridoksin 3mg (3 x 1) oral
 4. Aspdi k 1 tablet oral
 5. infus RL 20 tpm.
- d) Tindakan keperawatan.
1. Memonitor TTV.
 2. Menganjurkan klien banyak minum.
 3. Memberikan terapi sesuai dengan advis dokter
- e) Hasil laboratorium

Tanggal 24 Agustus 2009

Golongan darah O PLT 159 103 mm³

WBC 3.5 K 10³ / mm³

HGB 8.7 g/dl

DIFF % Mon = 7.5 % (4.0-76)
 % Lym = 30.5 % (17.0-48.0)
 %GRN = 62,4 % (43-76)

Tanggal 27 Agustus 2009

WBC $2.7 \text{ L } 10^3 / \text{mm}^3$ DIFF
 RBC $3.12 \text{ L } 10^3 / \text{mm}^3$ % Lym = 52.5% (17.0-48.0)
 HGB 7.4 L g/dl % Mon = 7.6 % (4.0-76)
 HCT 19.6 L % %GRN = 39.9 % (43-76)
 PLT $154 \text{ } 10^3 \text{ mm}^3$

H. Pola fungsional menurut Gordon

1. Persepsi kesehatan atau penangan kesehatan

Status kesehatan anak sejak lahir pasien lahir secara spontan dengan berat kurang lebih 3000gr dengan panjang 28cm. Klien minum ASI hingga umur 1 tahun, tidak alergi terhadap makanan, cuaca dan obat-obatan, mendapatkan imunisasi lengkap. Klien tidak pernah sakit serius dan tidak pernah dirawat dirumah sakit. Apabila klien sakit klien hanya di bawa dipuskemas dan diklinik terdekat dengan rumah. Pemeriksaan kesehatan rutin, pasien tidak rutin memeriksakan kesehatannya hanya pada saat sakit saja. Penyakit yang menyebabkan anak absen dari disekolah. pasien pernah sakit demam sehingga menyebabkan klien tidak hadir disekolah. Sekarang klien sudah tidak masuk sekolah hampir 3 hari. Praktek pencegahan kesehatan, pasien sudah dapat menjaga kesehatan

diri, mandi sehari 2 kali dan menggosok gigi, serta mengganti baju bersih. Tidak lupa istirahat cukup.

Kebiasaan dikeluarga, peralatan makan yang digunakan sebelumnya dicuci bersih, air minum yang digunakan direbus sendiri hingga matang, serta selalu memasak makanan sendiri. Mandi menggunakan air sumur yang disaring, sedangkan masak menggunakan air artesis. Kebersihan rumah selalu dijaga sehari disapu 2 kali. Bak dalam kamar mandi dikuras 1 kali dalam seminggu. Persepsi orang tua tentang status kesehatan dan kesejahteraan, ibu pasien mengatakan bahwa kesehatan itu penting dalam kehidupan, tanpa adanya kesehatan yang baik, aktivitas tidak dapat berjalan dengan baik.

2. Nutrisi dan metabolik

Sebelum sakit : klien makan sehari 3 kali dengan komposisi 1 poris habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk, sayur. Klien minum sehari kurang lebih 5 gelas dengan farian air putih, teh, susu. Klien tidak alergi terhadap makanan tertentu. Selama sakit : klien makan sehari 3 kali dengan komposisi 3/4 poris habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk, sayur. Klien minum sehari kurang lebih 5-7 gelas dengan farian air putih, teh, susu.

A. : BB klien sebelum sakit 48 kg.

BB klien selama sakit 47 kg

B. : Hemoglobin 7.2 gram %

C. : Mukosa bibir kering,turgor cukup.

D. : Diit sebelum sakit :beklien makan sehari 3 kali dengan komposisi 1 poris habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk, sayur. Diit selama sakit : klien makan sehari 3 kali dengan komposisi 3/4 poris habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk, sayur.

3. Eliminasi :

Sebelum sakit : klien BAB sehari 2 kali dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan bau khas. BAK sehari kurang lebih 4 kali dengan konsistensi warna kekuningan bau khas.Selama sakit : klien BAB sehari 4-5 kali dengan konsistensi cair, warna kuning kecoklatan bau khas. BAK sehari kurang lebih 6 kali dengan konsistensi warna kekuningan bau khas. Kulit warna sawo matang, mukosa bibir kering, turgor baik, tidak terdapat lesi.

4. Aktivitas dan latihan

Mobilitas, rutin mandi :sebelum sakit klien mandi 2 kali dalam sehari memakai sabun mandi,gosok gigi,mencuci rambut seminggu 2 kali,selama sakit klien mandi 2 kali dalam sehari menggunakan sabun mandi dan menggosok gigi. Kebersihan diri,sebelum sakit: setiap selesai mandi klien mengganti pakaian bersih, kebersihan terjaga telinga dan kuku bersih, selama sakit: klien mandi dengan sibilin, klien juga mengganti pakaian bersih.

5. Aktivitas sehari-hari

Sebelum sakit pasien bersekolah dengan menggunakan sepeda, bermain dan istirahat, selama sakit klien hanya tiduran dan istirahat. Kemampuan kemandirian anak, sebelum sakit:klien mampu memenuhi kebutuhan dan beraktivitas sendiri, pengambilan keputusan dibantu oleh orang tua dan kakak-kakaknya, selama sakit:klien membutuhkan bantuan untuk memenuhi aktivitasnya. Kebutuhan energi untuk melakukan aktivitas, sebelum sakit : klien aktif banyak beraktivitas, energi cukup, selama sakit: klien lebih banyak tiduran ditempat tidur, energi kurang. Rentang gerak dan kekuatan, sebelum sakit: rentan gerak klien aktif dan penuh, selama sakit rentan gerak aktif kekuatan tidak penuh. Bernafas, pasien tidak mengalami sesak nafas dan tidak batuk, frekuensi normal 22 kali per menit tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Sirkulasi, nadi : 90 kali per menit, RR: 22 kali per menit, S:37°C, ekstermitas hangat dan tidak siagnosis.

6. Tidur dan istirahat

Sebelum sakit:klien tidur siang kurang lebih 3 jam dari jam 14.00-16.00 WIB, tidur malam dari jam 23.00-04,30 WIB. Selama sakit klien tidur kurang lebih 3 jam pagi dan siang hari, tidur malam 8-9 jam,klien terjaga dalam tidurnya.

7. Kognitif dan perseptual

Respon secara umum anak, klien secara umum anak yang cerdas tumbuh kembang baik tidak mengalami reterdasi mental. Respon

anak untuk berbicara, suara atau sentuhan, klien termasuk anak yang aktif, respon aktif. Kemampuan anak untuk mengidentifikasi kebutuhan, jika klien memerlukan bantuan baik makan atau yang lainnya serta jika merasa kesakitan klien memanggil ibu, atau kakaknya yang ada. Menilai skala nyeri dari skala 1-10, klien tidak mengalami nyeri, skala 0.

8. Peran dan hubungan.

Keluarga klien utuh, klien memiliki peran sebagai anak bungsu dari empat bersaudara mendapatkan perhatian yang berlebih dari orang tua dan kakak-kakaknya, hubungan klien tidak ada masalah.

9. Seksualitas dan reproduksi

Klien menyadari dirinya laki-laki, tanda-tanda sekunder tampak dan mulai mengenal lawan jenis. Koping dan toleransi stres biasanya klien pusing jika tidak bisa mengerjakan tugas sekolah yang belum dipahaminya, untuk mengatasinya klien minta diajari oleh kakak-kakaknya, atau belajar bersama dengan teman-temannya.

10. Nilai dan kepercayaan

Klien adalah seorang muslim sebelum sakit klien rajin ibadah, selama sakit klien jarang.

I. Pemeriksaan fisik

Dari pemeriksaan fisik didapatkan data keadaan umum : lemas, kesadaran composmentis dan tanda-tanda vitalnya: Nadi : 90 kali per menit, RR: 22 kali per menit, S:37°C, antropometri BB: 47 kg, TB: 155 cm. Kepala mesocephal, rambut lurus hitam, tidak rontok, tidak

berketombe, mata cekung, sklera tidak ikterik konjungtiva anemis, hidung simetris, tidak ada polip, tidak ada sekret, tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Mulut dan tenggorokan, bibir kebersihan cukup, mukosa kering, tidak ada stomatitis, terdapat sedikit kesulitan menelan, tidak ada pembesaran kelenjar tonsil. Dada :jantung I:ictus cordis tidak terlihat, Pa:ictus cordis teraba pada ICS 4-5 Pe:pekak. Au:tidak ada murmur. Paru-paru:I:simetris, ekspansi paru kanan, kiri, Pa:ekspansi paru kanan kiri normal, Pe:sonor, A:tidak terdengar wheezing dan ronchi. Abdomen: I: Simetris, tidak kembung, A: bunyi peristaltik usus 23 kali per menit, Pa: Supel, Pe: tyampani. Genitalia ,jenis kelamin laki-laki, bentuk normal dan bersih. Ekstermitas atas simetria, tangan sebelah kiri terpasang infus RL 20tpm, bawah, simetris tidak ada oedem tidak ada kelainan, tidak ada varises. Kulit sekitar anus agak kering, turgor cukup, warna sawo matang. Pemeriksaan perkembangan BB: 47 kg. TB:155 cm. Tanda-tanda sekunder: jakun mulai tampak, suara agak besar, gigi permanen, tidak mengalami retardasi mental, mulia tertarik dengan lawan jenis.

J. Data fokus

1. Analisa Data

Data diperoleh dari pengkajian pada tanggal 27 Agustus 2009 jam 08.30

- a) Ds: Pasien mengatakan sakit, nafsu makan menurun dan malas makan. Do: Makanan yang disajikan habis $\frac{3}{4}$ porsi saja.

- A. BB sebelum sakit 48 Kg, BB selama sakit 47 Kg
- B. Hb 7.2 gram %
- C. Mukosa bibir kering, Turgor kulit cukup
- D. Diit sebelum sakit 1 porsi habis dengan komposisi nasi, sayur, lauk, selama sakit Diit $\frac{3}{4}$ porsi dengan komposisi nasi, lauk, sayur

problem kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, etiologi gangguan menelan dan kelemahan otot mengunyah

b) Ds : Klien

c) n mengatakan BAB masih cair sehari 4- 5 kali, muntah sudah berkurang 2 -3 kali sehari. Do :Klien tampak lemas, mata cekung, turgor kulit cukup. Problem defisit volume cairan dan elektrolit, etiologi kekurangan cairan sekunder akibat dehidrasi

d) Ds : Klien mengatakan daerah sekitar anus agak kemerahan. Do : Terlihat daerah sekitar anus klien kemerahan Problem resiko kerusakan integritas kulit, etiologi ekresi / BAB yang asering

2. Prioritas masalah

- a) Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- b) Defisit volume cairan dan elektrolit
- c) Resiko kerusakan integritas kulit

3. Diagnosa keperawatan

- a) Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Gangguan menelan dan kelemahan otot mengunyah ditandai dengan:

Ds: Klien mengatakan sakit, nafsu makan menurun dan malas makan

Do: Makanan yang disajikan habis $\frac{3}{4}$ porsi saja.

A. = BB sebelum sakit 48 Kg, BB selama sakit 47 Kg

B. = Hb 7.2 gran %

C. = Mukosa bibir kering, Turgor kulit cukup

D. = Diit sebelum sakit 1 porsi habis dengan komposisi nasi, sayur, lauk, Diit selama sakit $\frac{3}{4}$ porsi habis dengan komposisi nasi, lauk, sayur.

Dari hasil analisa data dapat ditentukan intervensi sebagai berikut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam. Kebutuhan nutrisi klien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil : nafsu makan klien dapat bertambah dan gangguan menelan hilang. Intervensi : timbang berat badan klien, rasional untuk mengetahui perkembangan pasien, anjurkan klien makan dalam porsi sedikit tetapi sering, rasional untuk pemenuhan nutrisi lebih baik, jaga kebersihan mulut sebelum dan sesudah makan, rasional agar menambah nafsu makan, monitor asupan nutrisi pada klien, kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian

diit. Kemudian implementasi yang dilakukan. Dilakukan jam pada tanggal 27 Agustus 2009 jam 09.00 WIB menimbang berat badan klien, jam 09.10 WIB menganjurkan klien makan dalam porsi sedikit tetapi sering, jam 12.30 WIB menjaga kebersihan mulut sebelum dan sesudah makan, jam 12.00 WIB monitor asupan nutrisi pada klien, 28 Agustus 2009 10.00 WIB kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit, jam 14.00 WIB menimbang berat badan klien, mengevaluasi intervensi. Sehingga evaluasi yang diperoleh, yang dilakukan pada tanggal 27 Agustus 2009 jam 14.20 WIB S : Klien mengatakan sudah bisa makan sedikit-sedikit ,O: klien terlihat tidak terlalu lemas dan makanan yang disediakan habis $\frac{3}{4}$ porsi, A: masalah teratasi sebagian, P: lanjutkan intervensi. Tanggal 28 Agustus 2009 jam 14.00 WIB S : Klien mengatakan gangguan menelan hilang dan makan sudah enak, O: klien terlihat tidak terlalu lemas dan makanan yang disediakan habis 1 porsi, A: masalah teratasi, P: pertahankan intervensi

- b) Defisit volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan Kekurangan cairan sekunder akibat dehidrasi ditandai dengan :
 Ds : Klien mengatakan BAB masih cair sehari 4- 5 kali, BAK sehari muntah sudah berkurang 2-3 kali sehari, Do : Klien tampak lemas.mata cekung,turgor kulit cukup. Dari hasil analisa data dapat ditentukan intervensi sebagai berikut dengan tujuan

setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam. BAB klien dapat membaik dengan kriteria hasil : BAB klien lembek, Frekuensi BAB dapat terkontrol, muntah dapat berkurang, klien tidak lagi merasa lemas. Intervensi: Pantau TTV, rasional untuk mengetahui kondisi pasien, monitor tetesan infuse, rasional untuk keseimbangan tetesan infus, monitor tanda dehidrasi, rasional untuk mengetahui tanda-tanda dehidrasi, anjurkan banyak minum, rasional untuk mencegah dehidrasi bertambah. Kemudian implementasi yang dilakukan. Dilakukan pada tanggal 27 Agustus 2009 jam 09.00 WIB pantau TTV, monitor tetesan infuse. Jam 09.10 WIB monitor tanda dehidrasi, jam 10.30 WIB menganjurkan banyak minum. 28 Agustus 2009 jam 09.00 WIB monitor tanda dehidrasi, 14.00 WIB menimbang berat badan klien. monitor tanda dehidrasi mengevaluasi intervensi. Sehingga evaluasi yang diperoleh. Dilakukan pada tanggal 27 Agustus 2009 jam 14.00 WIB, S:klien mengatakan BAB sudah tidak lagi cair tetapi masih 3-4 kali sehari, O: klien terlihat tidak lemas dan sudah tidak muntah, A: masalah teratasi sebagian, P: lanjutkan intervensi. Tanggal 28 Agustus 2009 jam 14.00 WIB S : Klien mengatakan BAB sudah lembek, sehari 2-3 kali, sudah tidak muntah, O: terlihat tidak lemas dan mukosa bibir tidak kering, A: masalah teratasi, P: pertahankan intervensi.

- c) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Ekresi / BAB yang sering ditandai dengan Ds : Klien mengatakan daerah sekitar anus agak kemerahan. Do : Terlihat daerah sekitar anus klien kemerahan. Dari hasil analisa data dapat ditentukan intervensi sebagai berikut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam. Tidak terjadi kerusakan integritas kulit dengan criteria hasil : kulit sekitar anus dapat membaik, tidak kemerahan dan lembab lagi, klien terlihat lebih nyaman. Intervensi : monitor kulit jika terjadi iritasi, rasional untuk mengetahui jika terjadi iritasi, anjurkan klien tetap menjaga kebersihan daerah sekitar anus, rasional agar daerah sekitar anus bersih, anjurkan klien untuk memakai pakaian dalam yang dapat menyerap keringat, rasional agar kulit tetap kering. Kemudian implementasi yang dilakukan pada tanggal 27 Agustus 2009 jam 10.00 WIB monitor kulit jika terjadi iritasi, jam 13.00 WIB menganjurkan klien tetap menjaga kebersihan daerah sekitar anus, jam 13.30 WIB menganjurkan klien untuk memakai pakaian dalam yang dapat menyerap keringat, 28 Agustus 2009 jam 14.00 WIB Mengevaluasi intervensi. Sehingga evaluasi yang diperoleh dilakukan pada tanggal 27 Agustus 2009 jam 14.00 WIB, S: klien mengatakan kulit sekitar anus tidak lembek, O: klien terlihat lebih nyaman, A: masalah teratasi sebagian, P: lanjutkan intervensi. Tanggal 28 Agustus 2009 jam 14.00 WIB S

: Klien mengatakan kulit sekitar anus kering dan bersih, O:
terlihat kulit sekitar anus klien tidak kemerahan lagi dan kering,
A: masalah teratasi, P: pertahankan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. M dengan Gastroenteritis Dehidrasi Sedang (GEDS) di ruang Boegenville III RSUD KUDUS. Pengkajian dilakukan pada hari minggu tanggal 27 Agustus 2009. Pemberian asuhan keperawatan berdasarkan proses keperawatan yang dimulai dari konsep dasar, pengkajian, Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Agustus 2009. Berikut ini penulis membahas data-data yang terdapat dalam pengkajian antara lain :

Pada pengkajian riwayat masa lampau penulis mengkaji tentang kelahiran pasien dan imunisasi yang didapat pasien. Penulis tidak mengkaji kebiasaan pasien seperti kebiasaan makan terutama jajan yang pasien konsumsi dan kebiasaan disekolah, dikarenakan untuk kebiasaan tersebut pasien mengatakan jarang untuk jajan disekolah. Sedangkan untuk riwayat social penulis hanya mengkaji pada pasien tinggal dengan orang tua dan pasien memiliki banyak teman. Untuk tumbuh kembang penulis tidak mengkajinya dikarenakan pada saat mengkajinya pasien sudah tidak bisa konsentrasi.

Penulis menggunakan model konseptual pola fungsional menurut Gordon yang meliputi : Persepsi kesehatan penangan kesehatan penulis mengkaji Status kesehatan anak sejak lahir pasien lahir secara spontan

dengan berat kurang lebih 3000gr dengan panjang 28cm. Klien minum ASI hingga umur 1 tahun, tidak alergi terhadap makanan, cuaca dan obat-obatan, mendapatkan imunisasi lengkap. Pemeriksaan kesehatan rutin, pasien tidak rutin memeriksakan kesehatannya hanya pada saat sakit saja. Penyakit yang menyebabkan anak absen dari disekolah. pasien pernah sakit demam sehingga menyebabkan klien tidak hadir disekolah. Sekarang klien sudah tidak masuk sekolah hampir 3 hari. Praktek pencegahan kesehatan, pasien sudah dapat menjaga kesehatan diri, mandi sehari 2 kali dan mengosok gigi, serta mengganti baju bersih. Pasien juga istirahat cukup.

Nutrisi dan metabolik: Sebelum sakit : pasien makan sehari 3 kali dengan komposisi 1 porsi habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk, sayur. Klien minum sehari kurang lebih 5 gelas dengan farian air putih, teh, susu. Pasien tidak alergi terhadap makanan tertentu. Selama sakit : klien makan sehari 3 kali dengan komposisi 3/4 poris habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk, sayur. Pasien minum sehari kurang lebih 5-7 gelas dengan farian air putih, teh, susu. hasil dari antropometri yang didapat penulis

A. : BB klien sebelum sakit 48 kg, BB klien selama sakit 47 kg

B. : Hemoglobin 7.2 gram %

C. : Mukosa bibir kering, turgor cukup.

D. : Diit sebelum sakit : pasien makan sehari 3 kali dengan komposisi 1 poris habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk, sayur. Diit

selama sakit : pasien makan sehari 3 kali dengan komposisi 3/4 porsi habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk, sayur.

Aktivitas sehari-hari: dari hasil pengkajian yang didapat penulis Sebelum sakit pasien bersekolah dengan menggunakan sepeda, bermain dan istirahat, selama sakit klien hanya tiduran dan istirahat. Kemampuan kemandirian anak, sebelum sakit: pasien mampu memenuhi kebutuhan dan beraktivitas sendiri, pengambilan keputusan dibantu oleh orang tua dan kakak-kakaknya, selama sakit: pasien membutuhkan bantuan untuk memenuhi kativitasnya. Kebutuhan energi untuk melakukan aktivitas, sebelum sakit : pasien aktif banyak beraktivitas, energi cukup, selama sakit: pasien lebih banyak tiduran ditempat tidur, energi kurang. Rentang gerak dan kekuatan, sebelum sakit : rentan gerak klien aktif dan penuh, selama sakit rentan gerak aktif kekuatan tidak penuh. Bernafas, pasien tidak mengalami sesak nafas dan tidak batuk, frekuensi normal 22 kali per menit tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Sirkulasi, nadi : 90 kali per menit, RR: 22 kali per menit, S: 37°C, ekstermitas hangat dan tidak siagnosis.

Tidur dan istirahat : dari hasil pengkajian yang didapat penulis Sebelum sakit: pasien tidur siang kurang lebih 3 jam dari jam 14.00-16.00 WIB, tidur malam dari jam 23.00-04.30 WIB. Selama sakit pasien tidur kurang lebih 3 jam pagi dan siang hari, tidur malam 8-9 jam, klien terjaga dalam tidurnya.

Kognitif dan perceptual: dari hasil pengkajian yang didapat penulis Respon secara umum anak, pasien secara umum anak yang cerdas tumbuh

kembang baik, tidak mengalami reterdasi mental. Respon anak untuk berbicara, suara atau sentuhan, pasien termasuk anak yang aktif, respon aktif. Kemampuan anak untuk mengidentifikasi kebutuhan, jika pasien memerlukan bantuan baik makan atau yang lainnya serta jika merasa kesakitan pasien memanggil ibu, atau kakaknya yang ada. Menilai skala nyeri dari skala 1-10, pasien tidak mengalami nyeri, skala 0.

Peran dan hubungan: dari hasil pengkajian yang didapat penulis Keluarga pasien utuh, pasien memiliki peran sebagai anak bungsu dari empat besaudara mendapatkan perhatian yang berlebih dari orang tua dan kakak-kakaknya, hubungan pasien tidak ada masalah.

B. Diagnosa keperawatan

1. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan gangguan menelan dan kelemahan otot mengunyah.

Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolic. (Carpenito ,2006)

Batasan karakteristik mayor : individu yang tidak puasa melaporkan mengalami masukan makanan yang tidak adekuat kurang dari kebutuhan tubuh atau metabolic actual dalam masukan yang berlebihan.

Batasan karakteristik minor : berat badan turun 10% sampai 20% atau dibawah berat badan ideal. Untuk tinggi dan kerangka tubuh lipatan kulit triseps lingkaran lengan tengah dan lingkaran otot pertengahan. Kelemahan otot dan nyeri tekan, peka rangsang metal dan kekacauan metal, penurunan albumin serum, penurunan inrafein serum atau perubahan kapasitas ikatan kondisi.

Pada pengkajian data pasien mengatakan sakit,nafsu makan menurun dan malas makan. hasil dari antropometri yang didapat penulis sebagai berikut:

- A. : BB klien sebelum sakit 48 kg, BB klien selama sakit 47 kg TB: 155 cm
- B. : Hemoglobin 7.2 gram %
- C. : Mukosa bibir kering, turgor cukup.
- D. : Diit sebelum sakit : pasien makan sehari 3 kali dengan komposisi 1 porsi habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk, sayur. Diit selama sakit : pasien makan sehari 3 kali dengan komposisi 3/4 poris habis dengan kurang lebih 12 sendok makan dengan lauk pauk,sayur.

Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan gangguan menelan dan kelemahan otot mengunyah. Menurut Donna L Wong untuk etiologi pada diagnosa Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan penurunan atau berkurangnya kemampuan usus dalam melakukan absorsi makanan, sedangkan penulis mendapatkan

data dari pasien gangguan menelan dan kelemahan otot mengunyah dikarenakan selama pengkajian pasien mengatakan tenggorokannya sakit ketika menelan makanan, jadi penulis menetapkan etiologi gangguan menelan dan kelemahan otot mengunyah. Penulis menetapkan diagnosa ini dikarenakan pada batasan karakteristik minor ditunjukkan bahwa berat badan turun 10%-20% dari data subjektif berat badan pasien sebelum sakit 48 kg dan selama sakit 47 kg. Untuk menghitung berat badan ideal untuk pria tinggi kurang dari 160 cm. Berat badan ideal = Tinggi badan - 100 x 1kg = 155-100 x 1 kg = 55kg (Sutrisno.2007.Menghitung berat badan ideal.<http://geasy.wordpress.com/2007/08/15/menghitung-berat-badan-ideal.com>).

Untuk mengatasi Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan gangguan menelan dan kelemahan otot mengunyah. Penulis menegakan Intervensi : timbang berat badan, rasional: mengetahui perkembangan pasien, anjurkan pasien makan dalam jumlah kecil tetapi sering dan teratur. rasional meningkatkan proses pencernaan dan tolenlansi pasien terhadap nutrisi yang diberikan dan dapat meningkatkan kerjasama pasien saat makan. Intervensi : anjurkan klien untuk menjaga kebersihan mulut sebelum dan sesudah makan, setelah makan pasien mau gosok gigi, rasional : menjaga daerah mulut tetap bersih dan menambah nafsu makan. Intervensi : konsulkan dengan tim gizi. rasional : merupakan sumber efektif untuk mengidentifikasi diit yang tepat untuk pasien.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan gangguan menelan dan kelemahan otot mengunyah, penulis melakukan menimbang berat badan klien, BB 47 Kg, menganjurkan klien makan dalam porsi sedikit tetapi sering, pasien bersedia makan snack roti, menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan mulut sebelum dan sesudah makan, setelah makan pasien mau gosok gigi. Memonitor asupan nutrisi pada pasien, mengkolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diet, pasien mendapatkan diet nasi. Untuk implementasi pada hari kedua penulis mendapatkan data melakukan menimbang berat badan klien, berat badan 47.3 Kg. Penulis tidak mengalami hambatan, adanya kerjasama yang baik antara penulis dan pasien yang kooperatif dan perawat ruangan yang bersedia bekerjasama.

Evaluasi dari rencana keperawatan yang telah penulis lakukan didapatkan hasil pasien mengatakan gangguan menelan hilang dan makan sudah enak, pasien tidak terlalu lemas dan makanan yang disediakan habis 1 porsi, masalah teratasi, untuk masalah ini penulis mendelegasikan untuk mempertahankan intervensi.

2. Defisit volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan Kekurangan cairan sekunder akibat dehidrasi

Defisit volume cairan dan elektrolit adalah penurunan cairan intravaskuler interstisial dan atau antraseluler mengarah pada dehidrasi, kehilangan cairan dengan pengeluaran sodium. Batas karakteristik mayor :

kelemahan, haus, penurunan turgor kulit, peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, penurunan berta badan. Batas karakteristik minor : perubahan status mental, konsentrasi usus meningkat, temperatur meningkat.(Nanda,2007)

Pada pengkajian yang dilakukan didapatkan data pasien mengatakan BAB masih cair sehari 4- 5 kali, muntah sudah berkurang 2 -3 kali sehari,pasien tampak lemas.mata cekung,turgor kulit cukup. Menurut Donna L Wong untuk etiologi untuk diagnosa defisit volume cairan dan elektrolit dehidrasi (diare dan muntah). Frekuensi BAK sehari kurang lebih 6 kali dengan konsistensi warna kekuningan bau khas. Untuk output = Jika dalam sehari BAK 6 kali, satu kali kurang lebih 300 ml berarti untuk BAK 1800ml sehari, muntah berkurang sehari 2-3 kali dalam sekali muntah kurang lebih 200 ml, berarti 400 ml, BAB sehari 4-5 kali, dalam satu kali BAB 40 ml berarti 160 ml, keringat 500 ml jadi total keseluruhan dari pengeluaran adalah $1800 \text{ ml} + 400 \text{ ml} + 160 \text{ ml} + 500 \text{ ml} = 2860 \text{ ml}$, untuk input = makanan $\frac{3}{4}$ porsi sehari 3 kali berarti 450 ml + minum 5 gelas berarti 500 ml + cairan parenteral yang masuk dalam sehari 1440 ml sehingga total keseluruhan input = 2390 ml. Jadi untuk balance cairan input – output = $2390 - 2860 = - 470 \text{ ml}$. Turgor kulit tidak mengalami penurunan dari hasil pengkajian. Seharusnya penulis mencantumkan hasil dari laboratorium natrium serum tetapi untuk hasil tersebut penulis tidak mendapatkannya saat pengkajian. Dari hasil perhitungan keluaran ciaran dan elektrolit tubuh, yang telah dihitung. Seharusnya penulis mengangkat

diagnosa kekurangan volume cairan dan elektrolit. suatu keadaan ketika individu berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau perpindahan cepat dari satu ke lain cairan intravaskuler, interstisial dan intraselular. Batas karakteristik mayor : ketidakcukupan asupan cairan oral, keseimbangan negatif antara asupan dan haluan. Penurunan berat badan, kulit atau membran mukosa kering. Batas karakteristik minor : peningkatan natrium serum, penurunan haluan urien atau haluan urine berlebihan. Urien memekat atau sering berkemih, penurunan turgor kulit, haus, mual, anoreksia.(Carpenito.2006)

Untuk mengatasi terjadinya kekurangan volume cairan dan elektrolit dengan tujuan mempertahankan volume cairan adekuat. Interveni : pantau tanda-tanda vital, rasional : perubahan tekanan darah dan nadi dapat digunakan perkiraan kasar kehilangan darah, penurunan volume. Interveni : monitor tanda dehidrasi, rasional : Mengetahui adanya peningkatan dehidrasi . Interveni : kolaborasi pemberian cairan parenteral, transfuse darah sesuai dengan indicator indikasi dan pemberian obat, rasional : pengantian cairan tergantung pada derajat hipofolemi.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan defisit volume cairan dan elektrolit. memantau Tanda-tanda vital, nadi:92x/menit, rr:22x/menit, suhu:37°C memonitor tetesan infuse, teetsan infus 20 tetes per menit. memonitor tanda dehidrasi, seperti turgor cukup, mata tidak kering, mukosa sedikit kering. menganjurkan banyak minum. Pasien bersedia minumnya tambah, menimbang berat badan klien, BB pasien 47kg, pada

hari berikutnya mengevaluasi intervensi tanda dehidrasi. cukup, mata tidak kering, mukosa sedikit kering, untuk kolaborasi dalam pemberian cairan parenteral, transfuse darah sesuai dengan indicator indikasi dan pemberian obat, pasien mendapatkan infuse RL 20 tpm serta cefotaxim 3 x 500 mg (IV), hifudiar 3 x 50mg sirup, piridoksin 3mg (3 x 1) oral, Aspdi k 1 tablet oral. Penulis tidak mengalami hambatan, adanya kerjasama yang baik antara penulis dan pasien yang kooperatif dan perawat ruangan yang bersedia bekerjasama.

Evaluasi dari rencana keperawatan yang telah penulis lakukan didapatkan hasil pasien mengatakan BAB sudah lembek, sehari 2-3 kali, sudah tidak muntah, terlihat tidak lemas dan mukosa bibir tidak kering, masalah teratasi. Untuk masalah ini penulis mendelegasikan untuk mempertahankan intervensi.

Diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kekurangan cairan sekunder akibat dehidrasi. Seharusnya penulis menegakkan sebagai diagnosa utama karena kebutuhan cairan merupakan kebutuhan fisiologis, tetapi kebutuhan nutrisi juga kebutuhan fisiologis tetapi berdasarkan triage concept cairan merupakan kebutuhan yang immediately yang bila tidak segera ditangani dapat menyebabkan kematian.

3. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Ekresi / BAB yang sering.

Resiko kerusakan integritas kulit adalah keadaan ketika seseorang individu mengalami atau berisiko mengalami kerusakan

intergumen.kornea atau jaringan membran mukosa. Batasan karakteristik mayor : gangguan kornea, intergumen atau jaringan membran mukosa atau invasi struktur tubuh (insisi, ulkus demal, ulkus kornea, lesi oral). Batasan karakteristik minor : lesi (primer,sekunder), eritema, leukoplakia, edema, kekeringan membran mukosa, lidah kotor. (Carpenito.2006)

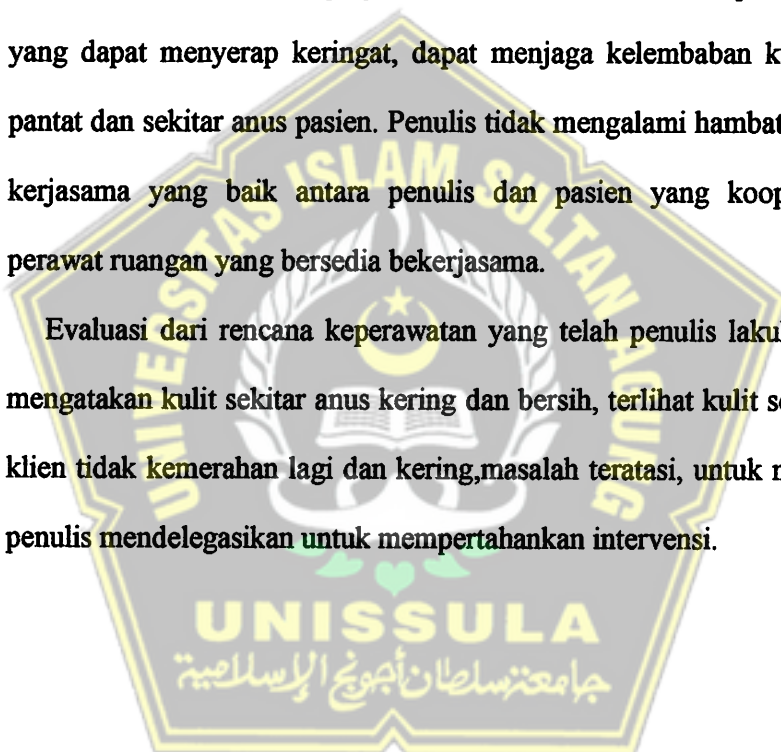
Pada pengkajian yang dilakukan didapatkan data pasien mengatakan daerah sekitar anus agak kemerahan.terlihat daerah sekitar anus kemerahan. Pada diagnosa ini menurut Wong L Donna resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan eksplorasi kulit sekitar anus,sementara hasil dari pengkajian yang dilakukan pada pasien resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan sekresi atau BAB yang sering karena terjadi kemerahan pada sekitar anus pasien. Penulis mengangkat diagnosa resiko kerusakan integritas kulit dikarenakan menurut Carpenito,2006 kulit pasien kemerahan akibat BAB yang sering serta belum adanya lesi, definisi dari resiko kerusakan integritas kulit sendiri mengacu pada kerusakan integritas kulit serta untuk batasan karakteristik mayor dan minor juga mengacu pada kerusakan integritas kulit. Sedangkan untuk kerusakan integritas kulit sudah terdapatnya lesi.

Untuk mengatasi resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan sekresi atau BAB yang sering,penulis menetapkan intervensi jaga daerah pantat agar bersih dan kering,rasional : mengurangi terjadinya infeksi. Intervensi: Menganjurkan klien untuk memakai pakaian dalam

yang dapat menyerap keringat,rasional : menjaga kelembaban kulit sekitar pantat dan sekitar anus pasien.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan sekresi atau BAB yang sering, memonitor kulit jika terjadi iritasi, kulit disekitar anus kemerahan, menganjurkan klien tetap menjaga kebersihan daerah sekitar anus, pasien mau membersihkan daerah sekitar anus. Menganjurkan klien untuk memakai pakaian dalam yang dapat menyerap keringat, dapat menjaga kelembaban kulit sekitar pantat dan sekitar anus pasien. Penulis tidak mengalami hambatan, adanya kerjasama yang baik antara penulis dan pasien yang kooperatif dan perawat ruangan yang bersedia bekerjasama.

Evaluasi dari rencana keperawatan yang telah penulis lakukan pasien mengatakan kulit sekitar anus kering dan bersih, terlihat kulit sekitar anus klien tidak kemerahan lagi dan kering, masalah teratasi, untuk masalah ini penulis mendelegasikan untuk mempertahankan intervensi.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian tentang asuhan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis di Rumah Sakit Umum Kudus. Maka pada bab ini penulis akan mengemukakan beberapa kesimpulan dan saran yang kiranya bisa di terima sebagai bahan peningkatan mutu dalam asuhan keperawatan anak dengan gastroenteritis di Rumah Sakit Umum Kudus.

1. Dalam melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis, dari hasil praktik yang didapat tidak semua teori sama dengan yang terjadi di lahan praktik akan tetapi penulis dapat menyatukan kesenjangan antara teori dengan praktik dilahan.
2. Untuk menentukan diagnosa keperawatan pada anak dengan gastroenteritis, penulis menegakkan diagnosa diperoleh dari data subjektif dan data objektif yaitu Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan gangguan menelan dan kelemahan otot mengunyah. kekurangan volume cairan dan elektrolit. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekresi / BAB yang sering.

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pasien kooperatif dan dapat membantu penulis dalam melakukan tindakan keperawatan.

3. Setelah asuhan keperawatan yang diberikan selama 2 hari di Rumah Sakit Umum Kudus didapatkan bahwa anak sudah dalam keadaan lebih baik dari awal masuk dan penulis tetap mempertahankan intervensi.

B. Saran-saran

1. Bagi Rumah sakit

Tenaga kesehatan diharapkan dapat menambah wawasan dan dapat menerapkan asuhan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis dehidrasi sedang.

2. Bagi Penulis

Penulis diharapkan dapat menambah pengetahuan melalui membaca referensi-referensi yang ada khususnya asuhan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis yang telah penulis buat asuhan keperawatan.

3. Bagi Institusi

Untuk staf pengajar dapat menambah pengetahuan dan wawasan sehingga memberikan masukan dalam hal pembelajaran khususnya pada asuhan keperawatan pada anak dengan gastroenteritis yang nantinya diberikan kepada mahasiswa

DAFTAR PUSTAKA

- Admin,19 Okteber2008. Pengertian anak tinjauan secara kronologis dan psikologis. duniapsikologi.[http:// www.dagdigdug.com](http://www.dagdigdug.com). Diunduh tanggal 13 Maret 2010
- Amirudin, Ridwan,5 Mei2007.Tumbuh kembang anak. *Ridwanamiruddin* [http:// www.wordpress.com](http://www.wordpress.com).Diunduh tanggal 13 Maret 2010
- Ardi,5 September 2005.Pengertian anak. [http:// www.Prabusetiawan.blogspot](http://www.Prabusetiawan.blogspot). Diunduh tanggal 20 Maret 2010
- Carpenito,L.J,2006, *Buku saku diagnosa keperawatan*. Edisi 10, alih bahasa Yasmin asih. Jakarta: EGC
- Davey,Patrick,2005,*At a glance medicine*,alih bahasa Rahmalia Annisa,Cut Novianty.Jakarta: Erlangga
- Dewi Ratnawati, dkk.2009. Faktor resiko kejadian diare akut pada balita. <http://dinkes.kulonprogokab.go.id/> Diunduh tanggal 30 mei 2010
- Hidayat, A.A,2005. *Pengantar ilmu keperawatan anak 1*. Jakarta: Salemba Medika
- Inayah,Iin,2004.*Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system Pencernaan*,Edisi pertama.Jakarta: Salemba Medika
- Murwani Arita,2008. *Perawatan pasien penyakit dalam*.Jakarta:Mitra Cendikia
- Ngastiyah,2005. *Perawatan anak sakit*. Edisi 2.Jakarta:EGC
- Nursalam,2005.*Asuhan Keperawatan bayi dan anak (untuk perawat dan bidan)*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika
- Rudolph,M.A,2007. *Buku ajar pediatrik rudolph*.Edisi 20.Vol.2. Alih bahasa A.Samik Wahab, Sugiarto.Jakarta: EGC
- Santrock W.J,2007. *Perkembangan anak* edisi kesebelas jilid I, alih bahasa Mila Rahmawati, Anna Kusmawanti. Jakarta: Erlangga
- Staf Pengajar Ilmu kesehatan Anak FKUI,2002. *Buku kuliah I ilmu kesehatan anak*. Jakarta: Infomedika

Soegijanto, Soegeng, 2002. *Ilmu Keperawatan anak, diagnosa & penatalaksanaan*. Jakarta: Salemba Medika

Suryadi dan Rita Yuliani, 2006. *Asuhan Keperawatan pada anak*, edisi 2. Jakarta: penebar swadaya

Sutrisno, Rahmawati. 2007. Menghitung berat badan ideal.

<http://geasy.wordpress.com/2007/08/15/menghitung-berat-badan-ideal.com>).

Syair79, 2009. Faktor resiko kejadian gastroenteritis pada anak. <http://.wordpress.com/>
Diunduh tanggal 17 juni 2010

Wong, L.D, 2008. *Wong buku ajar keperawatan pediatrik*, Alih bahasa Andry Hartono, Sari Kurnianingsih, dkk. Jakarta : EGC

Wong, L.D, 2003. *Pedoman klinis keperawatan psediatrik*, Alih bahasa Monica Ester. Jakarta: EGC

