



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DISENTRI DENGAN NYERI  
AKUT DI RUANG ASTER RSUD PROF DR MARGONO SOEKARJO  
PURWOKERTO**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Disusun Oleh :

Nunik Oktaviana, S. Kep

202303066

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN  
PROFESI NERS PROGRAM PROFESI  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG  
2024**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DISENTRI DENGAN NYERI  
AKUT DI RUANG ASTER RSUD PROF DR MARGONO SOEKARJO  
PURWOKERTO**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Disusun Oleh :

Nunik Oktaviana, S. Kep

202303066

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN  
PROFESI NERS PROGRAM PROFESI  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG  
2024**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Nunik Oktaviana

NIM : 202303066

Tanggal : 3 September 2024

Tanda Tangan :



ii Universitas Muhammadiyah Gombong

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DISENTRI DENGAN NYERI  
AKUT DI RUANG ASTER RSUD PROF DR MARGONO SOEKARJO  
PURWOKERTO**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat  
Untuk diujikan pada tanggal September 2024

Pembimbing

(Wuri Utami, M. Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

(Wuri Utami, M. Kep)

iii Universitas Muhammadiyah Gombong

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Nunik Oktaviana

NIM : 202303066

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Disentri Dengan Nyeri

Akut di Ruang ASTER RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Pofesi Universitas Muhammadiyah Gombong

Penguji satu



(Edi Riyanto, S. Kep., Ns)

Penguji dua



(Wuri Utami, M. Kep)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : September 2024

iv Universitas Muhammadiyah Gombong

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ners dengan Judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DISENTRI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ASTER RSUD PROF DR MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO”**. Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan kita Baginda Nabi Muhammad SAW, sehingga penulis mendapatkan kemudahan dan kelancaran dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini. Dalam menyusun karya ilmiah akhir ners ini, tidak sedikit kesulitan yang penulis alami, namun berkat bimbingan, dukungan dan dorongan dari pihak lain, penulis mampu untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa, yang selalu memberikan kemudahan penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini
2. Kedua orang tua saya ( Alm. Bapak Suroso & Ibu Simah) terimakasih banyak yang selalu memberikan dukungan baik dukungan moral, materil maupun finansial, nasihat, semangat dan do'a yang tiada putusnya serta pelajaran berharga bagi penulis.
3. Dr. Hj. Herniyatun, M.Kep.,Sp.Kep.Mat selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong
4. Eka Riyanti, M.Kep.,Sp.Kep.Mat selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong
5. Wuri Utami, M. Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Program Profesi dan selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan pada penulis
6. Edi Riyanto, S. Kep.Ns selaku Ketua Dewan Penguji yang telah memberikan arahan, masukan dan saran pada penulis

7. Seluruh Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan yang dimiliki kepada peneliti
8. Direktur RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto yang telah memberikan izin untuk penelitian
9. Kepala Ruang Aster RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto yang telah membantu memberikan data untuk kelancaran penelitian
10. Kakak saya Joko Suryanto dan Listya Wicaksono yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan tugas akhir ini
11. Teman-teman seperjuangan dari Program Studi Pendidikan Profesi Ners Angkatan 2024 Universitas Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan semangat dan motivasi dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini.
12. Responden yang telah meluangkan waktunya untuk membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari kata sempurna dan banyak terdapat kekurangan, mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis mengharapkan masukan berupa kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ners ini.

*Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Gombong, 13 September 2024

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nunik Oktaviana  
NIM : 202303066  
Program Studi : Profesi Ners Program Profesi  
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah akhir ners saya yang berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DISENTRI DENGAN NYERI  
AKUT DI RUANG ASTER RSUD PROF DR MARGONO SOEKARJO  
PURWOKERTO**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Gombong, Kebumen  
Pada Tanggal : 3 September 2024  
Yang menyatakan



(Nunik Oktaviana)

vii Universitas Muhammadiyah Gombong

**Program Studi Profesi Ners Program Profesi  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Gombong  
KIAN, Agustus 2024**

Nunik Oktaviana <sup>1)</sup> Wuri Utami <sup>2)</sup>  
[nunik.oktaviana.2000@gmail.com](mailto:nunik.oktaviana.2000@gmail.com)

## **ABSTRAK**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DISENTRI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ASTER RSUD PROF DR MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

**Latar Belakang:** Disentri merupakan peradangan yang terjadi pada lambung dan usus dengan tanda dan gejala yang berlangsung kurang dari empat belas hari yang disertai dengan mual, muntah dan diare.

**Tujuan Umum:** Menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien disentri dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Aster RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Sampel berjumlah 5 pasien disentri. Instrumen studi kasus menggunakan SOP Terapi Audio Visual lagu Anak Anak, SOP Aromaterapi lavender dan lembar observasi sebelum dan sesudah pemberian terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender.

**Hasil Asuhan Keperawatan:** Hasil penerapan yang dilakukan kepada 5 pasien, semuanya mengalami masalah keperawatan nyeri akut dan diberikan terapi audio visual lagu anak anak selama 15-30 menit sambil diberikan aromaterapi lavender setelah intervensi berakhir 15 menit kemudian dilakukan pengukuran dengan menggunakan lembar observasi. Kemudian diobservasi sebelum dan sesudah terapi. Setelah dilakukan penerapan terapi kepada 5 pasien didapatkan hasil terjadi penurunan sikap gelisah, penurunan sikap protektif, dan meringis menurun.

**Rekomendasi:** Hasil penelitian ini dapat diterapkan pada pasien dengan keluhan nyeri akut untuk menurunkan sikap gelisah, penurunan sikap protektif, dan meringis menurun dengan cara terapi non farmakologis.

**Kesimpulan:** Hasil penerapan inovasi tindakan keperawatan didapatkan hasil bahwa terdapat penurunan sikap gelisah, penurunan sikap protektif, dan meringis menurun

#### **Kata Kunci;**

*Disentri, Terapi Audio Visual Lagu Anak Anak, Aromaterapi Lavender*

---

<sup>1</sup> *Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong*

<sup>2</sup> *Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong*

**Nursing Study Program of Nursing Bachelor  
Faculty of Health Sciences  
University Muhammadiyah Gombong  
KIAN, August 2024**

Nunik Oktaviana <sup>1)</sup>, Wuri Utami <sup>2)</sup>,  
[nunik.oktaviana.2000@gmail.com](mailto:nunik.oktaviana.2000@gmail.com)

## **ABSTRACT**

### **NURSING CARE FOR DYSENTERY PATIENTS WITH ACUTE PAIN IN THE ASTER ROOM OF PROF DR MARGONO SOEKARJO RSUD PURWOKERTO**

**Background:** Dysentery is inflammation that occurs in the stomach and intestines with signs and symptoms lasting less than fourteen days accompanied by nausea, vomiting and diarrhea.

**Objective:** To explain nursing care for dysentery patients with acute pain nursing problems in the Aster Room at Prof. Dr. Margono Soekarjo Hospital, Purwokerto.

**Method:** This research uses a descriptive method with a case study approach. The sample consisted of 5 dysentery patients. The case study instruments used Audio Visual Therapy SOPs for children's songs, SOPs for lavender aromatherapy and observation sheets before and after providing audio visual therapy for children's songs and lavender aromatherapy.

**Results:** Results of the application carried out on 5 patients, all of whom experienced acute pain nursing problems and were given audio visual therapy with children's songs for 15-30 minutes while being given lavender aromatherapy. After the intervention ended 15 minutes then measurements were taken using an observation sheet. Then observed before and after therapy. After applying the therapy to 5 patients, the results showed a decrease in anxiety, a decrease in protective attitudes, and a decrease in grimaces.

**Recommendation:** The results of this study can be applied to patients with complaints of acute pain to reduce anxiety, reduce protective attitudes, and decrease grimaces using non-pharmacological therapy.

**Conclusion:** The results of implementing innovative nursing actions showed that there was a decrease in anxious attitudes, a decrease in protective attitudes, and a decrease in grimaces

#### **Key Words;**

*Dysentery, Audio Visual Therapy, Children's Songs, Lavender Aromatherapy*

-----  
<sup>1</sup> *Student of Universitas Muhammadiyah Gombong*

<sup>2</sup> *Lecturer of Universitas Muhammadiyah Gombong*

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penelitian .....	4
1. Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
C. Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
A. Konsep Medis .....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Manifestasi Klinis .....	6
4. Patofisiologi .....	6
5. Pathway .....	8
6. Penatalaksanaan .....	9
B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan.....	10
1. Pengertian.....	10

2. Faktor Penyebab.....	10
3. Data Mayor dan Data Minor .....	10
4. Penatalaksanaan Inovasi Tindakan Keperawatan .....	11
C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori .....	15
1. Fokus Pengkajian .....	15
2. Diagnosa Keperawatan.....	16
3. Intervensi Keperawatan.....	26
4. Implementasi Keperawatan.....	21
5. Evaluasi Keperawatan.....	22
D. Kerangka Konsep .....	23
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>24</b>
A. Jenis atau Desain Studi Kasus.....	24
B. Subjek Studi Kasus .....	24
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	25
D. Fokus Studi Kasus.....	25
E. Definisi Operasional.....	26
F. Instrumen Studi Kasus .....	26
G. Metode Pengumpulan Data .....	27
H. Analisis dan Penyajian Data .....	28
I. Etika Studi Kasus .....	28
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>30</b>
A. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan .....	34
B. Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan .....	49
1. Karakteristik Pasien .....	49
2. Hasil Penerapan Tindakan (Pre dan Post).....	49
C. Pembahasan.....	53
1. Analisis Karakteristik Pasien .....	53
2. Analisis Masalah Keperawatan Utama .....	54
3. Analisis Tindakan Keperawatan Sesuai Dengan Hasil .....	55

<b>BAB V PENUTUP</b> .....	<b>59</b>
A. Kesimpulan .....	59
B. Saran.....	60
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	26
-------------------------------------	----



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway.....	8
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	23



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Penelitian

Lampiran 2 : Hasil Uji Plagiarism

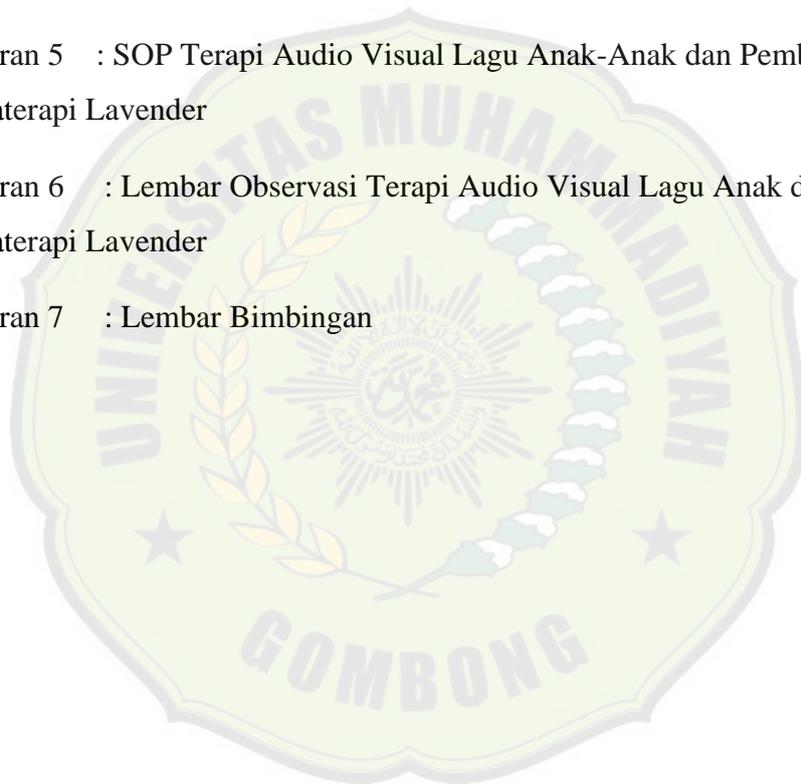
Lampiran 3 : Penjelasan Responden

Lampiran 4 : Persetujuan Responden

Lampiran 5 : SOP Terapi Audio Visual Lagu Anak-Anak dan Pemberian Aromaterapi Lavender

Lampiran 6 : Lembar Observasi Terapi Audio Visual Lagu Anak dan Aromaterapi Lavender

Lampiran 7 : Lembar Bimbingan



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sistem pencernaan merupakan sistem organ yang teradapat pada tubuh manusia yang berfungsi untuk mengolah dan mencerna makanan menjadi zat gizi dan energi dan mengalirkannya ke dalam aliran darah dan mengeluarkan zat sisa makanan yang tidak dapat dicerna keluar melewati anus (Haryono, 2016). Gangguan yang sering terjadi pada sistem pencernaan adalah Disentri. Disentri merupakan suatu kondisi dimana feses hasil buang air besar dengan konsistensi cair ataupun setengah cair yang kandungan airnya lebih banyak dari biasanya yang disertai dengan mual dan muntah dan buang air besar lebih dari 3x sehari (Kemenkes, 2022).

Disentri merupakan peradangan yang terjadi pada lambung dan usus dengan tanda dan gejala yang berlangsung kurang dari empat belas hari yang disertai dengan mual, muntah dan diare. Pada keadaan di masyarakat sehari-hari sering dijumpai gejala seperti diare, mual dan muntah yang sering terjadi pada anak-anak dan membuat orang tuanya khawatir, dampak lain yang ditimbulkan juga tidak hanya terjadi pada anak, namun juga mengakibatkan kecemasan dan mengganggu aktivitas sehari-hari (Sanglah & Tahun, 2021).

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien Disentri adalah nyeri. Nyeri akut merupakan suatu keadaan dimana pengalaman emosional atau sensorik yang berhubungan dengan kerusakan pada jaringan fungsional atau aktual dengan onset yang lambat atau mendadak yang terjadi kurang dari tiga bulan dengan intensitas yang ringan sampai berat (SDKI, 2017). Nyeri merupakan gejala subjektif dari pasien, hanya pasien yang dapat menjelaskannya. Nyeri tidak bisa diukur secara objektif oleh praktisi kesehatan. Nyeri merupakan segala sesuatu yang dikatakan oleh seseorang yang mengalaminya sebagai nyeri. Pengertian nyeri menurut kamus medis yaitu mencakup “perasaan distress”, penderitaan atau kesakitan yang disebabkan karena stimulasi oleh ujung saraf tertentu (Rosdahl & Kowalski, 2015).

Masalah-masalah yang dapat ditimbulkan jika nyeri tidak ditangani yaitu akan mempengaruhi aktivitas dan perilaku sehari-hari yang ditandai dengan pasien tampak meringis, menggigit bibir, mengerutkan wajah, imobilisasi, cemas dan gelisah, ketegangan otot, dan menghindari berbicara serta kurang berpartisipasi pada aktivitas rutin seperti kesulitan melakukan kebersihan mandiri dan terganggunya aktivitas sosial dan hubungan seksual (Mubarak et al., 2015).

Salah satu terapi non farmakologi yang dapat dilakukan kepada pasien yang mengalami Disentri adalah terapi komplementer salah satunya adalah audio visual (Indayani, 2018). Terapi audio visual adalah terapi dengan menggunakan media audio dan visual dan merupakan metode non farmakologi yang dapat berfungsi untuk menurunkan tingkat nyeri dan kecemasan saat nyeri sedang atau saat dirasakan. Terapi audio visual dapat menenangkan, meningkatkan semangat, mengembalikan mood dan lainnya. Definisi secara sederhana audio visual diartikan sebagai media yang mempunyai unsur gambar dan suara. Media ini merupakan salah satu jenis media yang mempunyai kualitas yang lebih baik, karena 2 unsur yang saling melengkapi, yakni adalah unsur visual dan auditif (Risnawati, 2018).

Pada saat ini terdapat banyak jenis media audio visual yang dapat digunakan diantaranya adalah musik lagu anak-anak. Terapi audio visual lagu anak-anak sangat bermanfaat yaitu dapat menaruh stimulasi gelombang alfa, nada yang teratur dan lembut, membantu indra pendengaran lebih rileks dan dapat mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengganti getaran bunyi yang akan ditangkap oleh tubuh, ketenangan, dan menurunkan stimulasi reseptor nyeri dan merangsang otak mengeluarkan hormon endorfin yang dapat menghalangi nociceptor nyeri (Anwar et al., 2019).

Terapi audio visual lagu anak-anak mempunyai banyak manfaat yaitu dapat menenangkan, meningkatkan spirit, meningkatkan mood, dan banyak lagi. Hal ini disebabkan karena audio visual memiliki nada atau tempo yang berkisar antara 60-80 beats per menit selaras dengan detak jantung manusia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi audio visual berfungsi untuk

meningkatkan rileks, meningkatkan rasa aman dan sejahtera, menurunkan tingkat ansietas, menurunkan rasa sakit atau nyeri serta menurunkan tingkat tekanan (Mahmudi, 2020).

Terapi non farmakologi lain untuk menurunkan nyeri adalah aromaterapi lavender. Aromaterapi merupakan metode dengan menggunakan essential oil lavender untuk meningkatkan kesehatan fisik dan emosi (Susilarini, 2017). Proses penurunan nyeri dengan menggunakan aromaterapi lavender yaitu berfokus pada konsep gate control yang berada pada mekanisme fisiologi penghantaran impuls nyeri yang terjadi saat sistem pertahanan dibuka dan atau sebaliknya dapat dihambat sistem pertahanan ditutup (Turlina & Lilin, 2017).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Dian & Yuyud (2019) dengan judul “Terapi Kombinasi Terhadap Nyeri Akut Abdomen Di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan Jawa Timur” didapatkan hasil bahwa terdapat perubahan tingkat nyeri abdomen akut pada pasien dewasa di ASTER Bangil yaitu sebelum pemberian terapi sejumlah 20 orang nyeri sedang, 7 orang nyeri berat dan 3 orang nyeri ringan, setelah dilakukan pemberian terapi 8 orang nyeri sedang dan 6 orang nyeri berat.

Pada saat aromaterapi lavender dihisap maka zat aktif yang terkandung didalamnya dapat merangsang hipotalamus yaitu bagian kelenjar hipofisis untuk mengeluarkan hormon endorfin. Hormon endorfin merupakan zat yang dapat menimbulkan perasaan tenang, bahagia dan rileks. Zat aktif lainnya yang terkandung yaitu *linalool* dan *linalyl acetate* yang dapat berefek analgetik (Brown, 2014).

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan oleh penulis kepada 5 pasien di lingkungan penelitian RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto rata-rata mengatakan mereka belum mengetahui tentang terapi audio visual lagu anak-anak dan aromaterapi lavender untuk mengatasi nyeri akut pada pasien Disentri. Berdasarkan penjelasan diatas, peneliti tertarik untuk memberikan “Analisis Asuhan Keperawatan Penerapan Terapi Audio Visual Lagu Anak-Anak dan Aromaterapi Lavender Pada Pasien Disentri Dengan Nyeri Akut Di Ruang Aster RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto”.

## **B. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien disentri dengan masalah keperawatan nyeri akut

### 2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pada pasien disentri
- b. Memaparkan hasil analisa data pada pasien disentri
- c. Memaparkan hasil intervensi pada pasien disentri
- d. Memaparkan hasil implementasi pada pasien disentri
- e. Memaparkan hasil evaluasi pada pasien disentri
- f. Memaparkan hasil analisis inovasi keperawatan pada pasien disentri dengan nyeri akut.

## **C. Manfaat**

### 1. Manfaat Keilmuan

Hasil analisis asuhan keperawatan ini diharapkan dapat memberikan pelayanan asuhan keperawatan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien disentri dan berkontribusi dalam perkembangan ilmu keperawatan

### 2. Manfaat Aplikatif

#### a. Penulis

Hasil penelitian ini diharapkan bisa dijadikan sebagai media untuk meningkatkan pengetahuan dan dapat menerapkan teori-teori yang telah didapatkan selama perkuliahan ke dalam pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif di rumah sakit

#### b. Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk bahan pertimbangan oleh rumah sakit dalam menjalankan asuhan keperawatan pada pasien disentri dengan masalah keperawatan nyeri akut

#### c. Masyarakat/Pasien

Pasien dan keluarga diharapkan dapat memberikan cara alternatif untuk menurunkan nyeri akut pada pasien dengan disentri

## DAFTAR PUSTAKA

- Aningsih, F., & Sudiwati, E. (2018). Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Haid (Dismenore) Pada Mahasiswi Di Asrama Sanggau Landungsari Malang. *Nursing News*, 3(1).
- Anwar, Hadju, & Nasrum. (2019). Pengaruh Terapi Musik Klasik terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Hernia. *Jurnal Kampus STIKES YPIB Majalengka*, 6(2).
- Arikunto. (2014). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta.
- Brown. (2014). *Strategies to Reduce or Eliminate Wound Pain Nursing Times*. 110(15), 12–15.
- Elmaghfuroh, D. R., & Wahyudi, Y. (2019). Terapi Kombinasi Terhadap Nyeri Akut Abdomen Di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan Jawa Timur. *Borneo Journal Of Medical Laboratory Technology*, 2(1).
- Espeland. (2008). *Pengkajian Primer*.
- Haryono. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan*. Gosyen Publishing.
- Hendrastuti, Noor, Damayanthi, Alatas, Arief, Isnafia, Setiadi, & Karja. (2021). *Etika Penelitian dan Publikasi Ilmiah*. Literasi Media.
- Hetia, E. N., Ridwan, M., & Herlina. (2017). Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, X(1), 5–10.
- Ikawati, & Zullies. (2016). *Penatalaksanaan Terapi Penyakit Sistem Pernafasan. Pertama*. Bursa Ilmu.
- Indayani. (2018). Pengaruh Pemberian Jus Buah Pepaya ( Carica Papaya ) Terhadap Tingkat Nyeri Kronis Pada Penderita Gastritis Di Wilayah Puskesmas Mungkid. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(2), 353–365.

- Iskandar, Siska, Utami, R. W., & Anggriani, J. (2019). Pengaruh Minyak Kayu Putih Dan Postural Drainase Terhadap Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Pada Balita ISPA. *Jurnal Keperawatan*, 2(1), 1–8.
- Kemenkes. (2022). Prevalensi DISENTRI Di Indonesia Pada Anak Pada Tahun 2021. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2022*.
- Krisanty. (2009). Pengkajian Kegawatdaruatan Pada Pasien Asma Bronchial. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(2).
- Mahmudi. (2020). Terapi Musik Sebagai Metode Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi. *A Literature Review M. Nursing Sciences Journal*, 4(2), 58–64.
- Mala, Muntamah, & Susilo. (2017). Pengelolaan Nyeri Akut pada Ny. M dengan Kolik Abdomen di Ruang Bougenville RSUD Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Akademi Keperawatan Ngudi Waluyo Ungaran*, 10(4), 11–15.
- Manurung, E. D., Nadeak, B., & Ndruru, E. (2020). Implementasi Algoritma Hebb Rule Pada Diagnosa Penyakit Kolik Abdomen Pada Orang Dewasa. *Jurnal Riset Komputer*, 7(2), 250–255. <https://doi.org/10.30865/jurikom.v7i2.2086>
- Mubarak, Indrawati, & Susanto. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 2*. Salemba Medika.
- Muzaki, & Ani. (2020). Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf). *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 19–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.16>
- Nanda. (2018). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Buku Kedokteran.
- Nanda, & Wasan. (2020). Asthma in Adults. *Medical Clinics of North America*, 104(1), 95–108. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.08.013>
- Notoatmodjo. (2016). *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan*

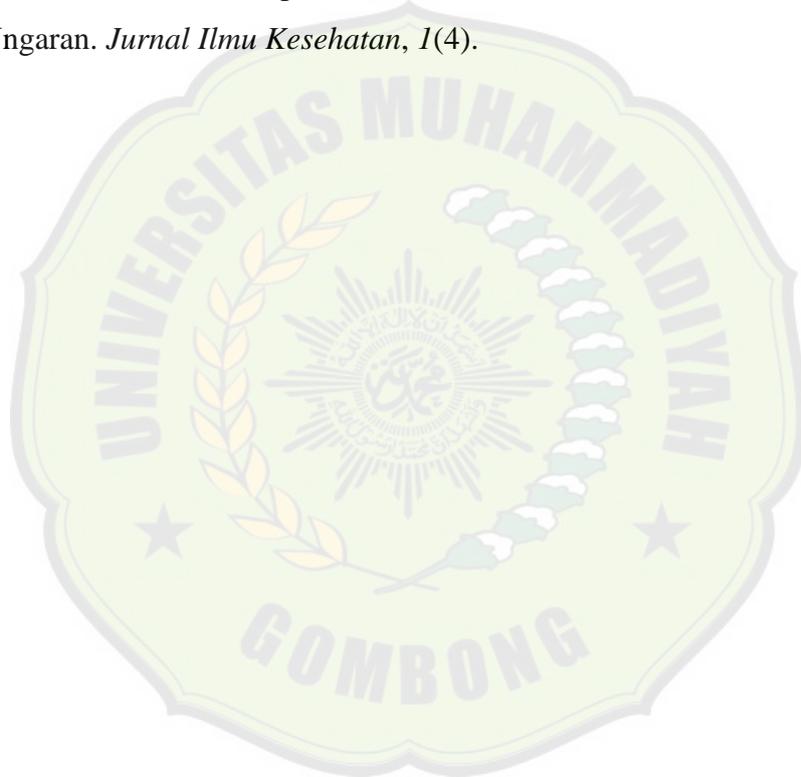
- Diagnosa Medis* (Yudha & Budi (eds.); Cetakan 1). Mediactiom.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Octaviany, R. (2015). *Pengaruh Aromaterapi Terhadap Penurunan Kelelahan Kerja di Rumah*. Universitas Sumatra Utara.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1 st editi). DPP PPNI.
- Price, & Anderson, S. (2012). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* (6th ed.). EGC.
- Rahmah, N. S. (2021). *Pemberian Terapi Inhalasi Uap Minyak Kayu Putih Terhadap Pola Nafas Pada Anak*.
- Risnawati. (2018). Pengaruh Terapi Musik Klasik Terhadap Nyeri Jahitan Perineum Pada Ibu Nifas Hari Ke-1 Di Bps Desy Andriani, S. Tr. Keb Teluk Betung Bandar Lampung Tahun 2016. *Jurnal Ilmu Kebidanan Malahayati*, 3(1).
- Rosdahl, & Kowalski. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10 Vol. 3*. EGC.
- Sanglah, & Tahun. (2021). Karakteristik Penyakit Disentri Pada Pasien di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 10(1), 5–7.
- SDKI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Edisi 1)* (D. PPNI (ed.); 1st ed.). DPP PPNI.
- Siyoto, & Sodik. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian*. Literasi Media.
- Smeltzer, & Bare. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal bedah Brunner & Suddath*. EGC.
- Susilarini. (2017). Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender terhadap Pengendalian Nyeri Persalinan Kala 1 pada Ibu Bersalin. *Jurnal Ilmu Kesehatan*.
- Turlina, & Lilin. (2017). *Pengaruh Pemberian Aroma Terapi Lavender terhadap Penurunan Tingkat Nyeri pada Ibu Bersalin Kala 1 Fase Aktif*. STIKES

Muhammadiyah Lamongan.

Waronah. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Bronchial Dengan Ketidakefektifan Pola Nafas Di RSUD Wijaya Kusuma.*

Widiarti, A. W., & Suhardi. (2015). Penurunan Kecemasan Menghadapi Skripsi Dengan Menggunakan Aromaterapi Inhalasi. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 3(1).

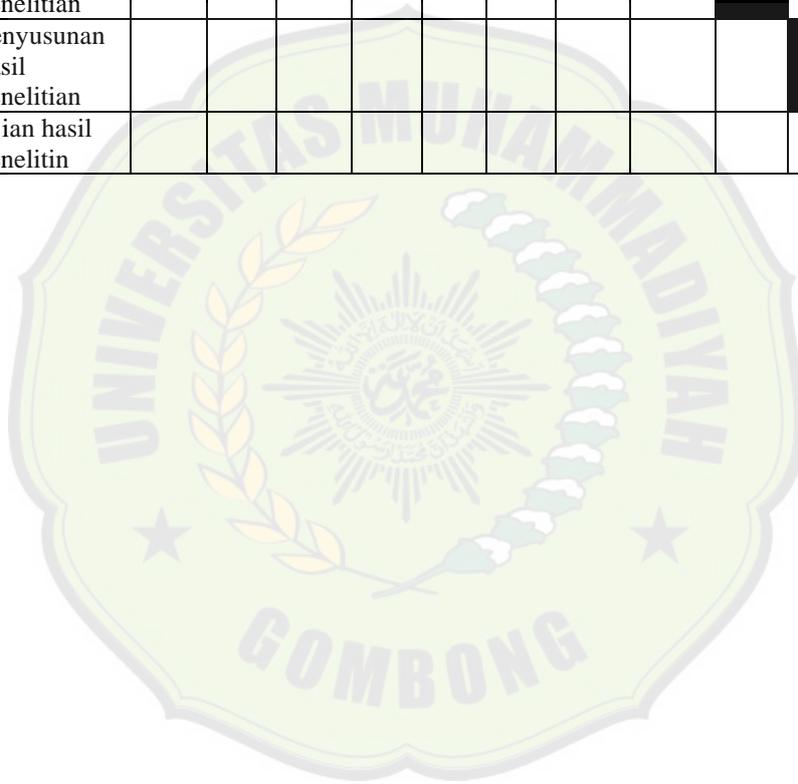
Yusuf. (2014). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Bronchial Di RSUD Ungaran. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(4).



### Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

#### Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penyusunan Proposal dan Hasil KIA Ners

No	Kegiatan	Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agt
1	Penentuan tema	■											
2	Penyusunan proposal		■	■	■	■	■	■	■				
3	Ujian proposal									■			
4	Pengambilan data hasil penelitian									■			
5	Penyusunan hasil penelitian										■	■	
6	Ujian hasil peneliti												■



## Lampiran 2 Hasil Uji Plagiarism



### SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sawiji, M.Sc  
NIK : 96009  
Jabatan : Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien Disentri Dengan Nyen Akut  
Di Ruang Aster RSUD Prof Dr Mergono Soekarno Purwokerto

Nama : Lunik Oktaviana  
NIM : 202303066  
Program Studi : Profesi Ners  
Hasil Cek : 29%

Gombong, 16 Agustus 2024

Pustakawan

(Aulia Rahmahyanti U)

Mengetahui,  
Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT

(Sawiji, M.Sc)

### **Lampiran 3 Lembar Penjelasan Responden**

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Perkenalkan kami adalah mahasiswa Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong yang sedang melakukan penelitian guna menyelesaikan tugas akhir karya ilmiah akhir ners. Melalui kuesioner ini, kami bermaksud memohon kerjasama Saudara untuk mengisi kuesioner penelitian ini. Pengisian kuesioner ini hanya membutuhkan waktu kurang lebih 10-15 menit. Tujuan dari pemberian kuesioner ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi audio visual lagu anak dan aromaterapi lavender terhadap tingkat nyeri pasien disentri.

Kami sangat mengharapkan kesediaan Saudara untuk mengisi kuesioner ini dengan lengkap sesuai dengan keadaan, pikiran dan perasaan yang sebenarnya tanpa dipengaruhi oleh siapapun. Penelitian ini dilakukan dalam rangka untuk kegiatan ilmiah, bukan dalam konteks yang menyimpang. Kerahasiaan jawaban dan identitas yang diberikan akan dijamin dan dijunjung tinggi oleh etika akademik peneliti serta tidak merugikan atau memberikan dampak negatif untuk Saudara. Selain itu, kami dapat menjamin bahwa penelitian ini tidak akan melukai fisik maupun psikologi Saudara. Apabila terdapat sesuatu yang membuat Saudara terganggu selama penelitian, Saudara dapat sewaktu-waktu berhak untuk berhenti atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi apapun. Partisipan berhak untuk mengetahui hasil penelitian setelah proses penelitian ini berakhir. Saudara dapat menanyakan lebih lanjut mengenai penelitian ini di alamat e-mail peneliti (nunik.oktaviana.2000@gmail.com) atau menghubungi langsung melalui SMS atau WhatsApp (085695744091)

Kami mengucapkan terimakasih yang sedalam-dalamnya atas kesediaan Saudara dalam pengisian kuesioner ini. Semoga Allah SWT membalas seluruh kebaikan Saudara dengan kebaikan dan kemuliaan yang berlimpah.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

#### Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden

Yang bertanggung jawab di bawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Dengan saya bersedia menjadi responden pada penelitian dengan judul “**Analisis Asuhan Keperawatan Penerapan Terapi Ausio Visual Lagu Anak-Anak dan Aromaterapi Lavender Pada Pasien Disentridengan Nyeri Akut di Ruang Aster RSUD Prof Dr Magono Soekarjo Purwokerto**” yang diteliti oleh :

Nama : Nunik Oktaviana

NIM : 202303066

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Gombong, 2024

Peneliti,

Yang membuat pernyataan

(Nunik Oktaviana)

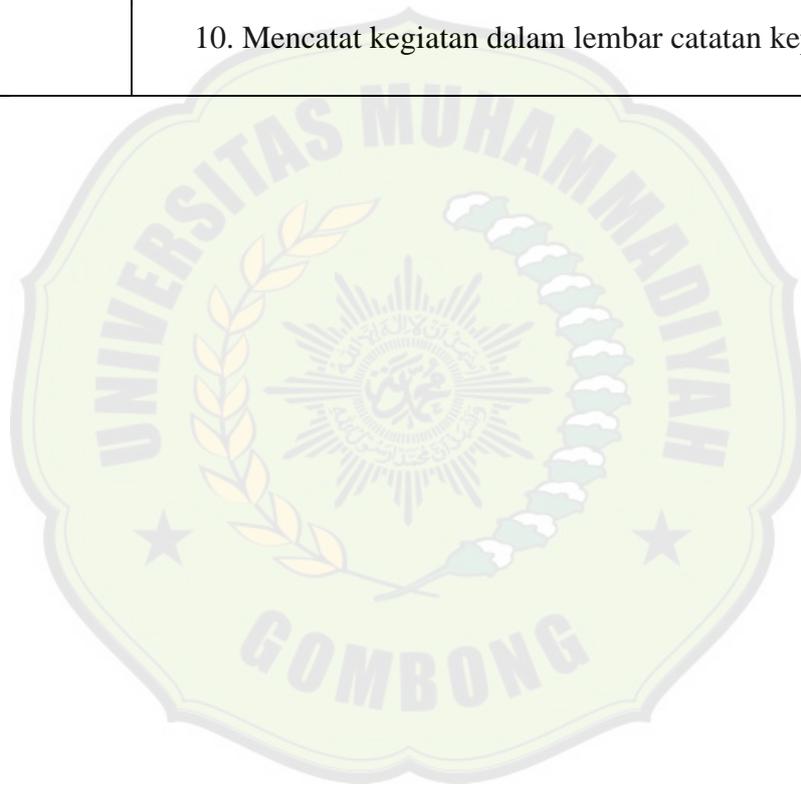
(.....)

## Lampiran 5 SOP

### SOP TERAPI AUDIO VISUAL LAGU ANAK-ANAK

	<b>TERAPI AUDIO VISUAL LAGU ANAK-ANAK</b>
Pengertian	Terapi audio visual lagu anak adalah intervensi yang digunakan untuk mengurangi nyeri dan kecemasan pada anak-anak dengan menggunakan media audio visual
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menurunkan nyeri</li><li>2. Mengurangi kecemasan</li></ol>
Alat	-
Prosedur	<p><b>A. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik</li><li>2. Memperkenalkan diri, menanyakan nama dan tempat tanggal lahir pasien</li><li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan</li><li>4. Menanyakan persetujuan kesiapan klien</li></ol> <p><b>B. Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Membaca tasmiyah</li><li>2. Mempersiapkan pasien dengan menjaga privacy</li><li>3. Mencuci tangan</li><li>4. Menjelaskan pada pasien untuk melakukan latihan ini bila mengalami nyeri perut</li><li>5. Merapikan pasien</li><li>6. Mencuci tangan</li></ol> <p><b>C. Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Melakukan evaluasi tindakan</li><li>2. Membaca tahmid dan berpamitan dengan klien</li><li>3. Mencuci tangan</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Memposisikan pasien senyaman mungkin</li><li>5. Meminta kepada anak untuk memfokuskan nyeri kepada video yang akan ditampilkan</li><li>6. Tawarkan pilihan video yang disukai pasien</li><li>7. Berikan video kepada anak selama 5-10 menit</li><li>8. Menganjurkan anak untuk melakukan terapi bila nyeri muncul</li><li>9. Evaluasi keberhasilan tindakan</li><li>10. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan</li></ol>
--	---



## STANDAR OPERASIONAL PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER

	<b>PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER</b>
Pengertian	Aromaterapi lavender adalah minyak hasil suling bunga lavender untuk mengurangi mual muntah, nyeri perut, nyeri dan termasuk terapi non farmakologi
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberikan rasa nyaman</li><li>2. Membantu mengatasi masalah mual dan muntah</li></ol>
Alat	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Aromaterapi lavender</li><li>2. Tissue</li></ol>
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberikan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan pada pasien</li><li>3. Mencuci tangan</li><li>4. Memakai sarung tangan</li><li>5. Mengatur posisi nafas dalam atau senyaman mungkin</li><li>6. Teteskan 3 tetes aromaterapi lavender pada tissue</li><li>7. Anjurkan pasien untuk menghirup aromaterapi lavender selama 10-15 menit</li><li>8. Observasi selama 30 menit setelah pemberian aromaterapi</li><li>9. Mencuci tangan</li><li>10. Catat tindakan yang telah dilakukan</li></ol>

**Lampiran 6 Lembar Observasi Terapi Audio Visual Lagu Anak-Anak dan Aromaterapi Lavender**

Terapi Audio Visual Lagu Anak-Anak dan Aromaterapi Lavender	Tampak Meringis		Bersikap Protektif		Gelisah		Sulit Tidur	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Inisial								
Pasien 1								
Pasien 2								
Pasien 3								
Pasien 4								
Pasien 5								

## Lampiran 7 Lembar Bimbingan



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI  
Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp. Fax (0287) 472433, Gombong 54412

Nama Mahasiswa : Nunik Oktaviana  
NIM : 202303066  
Pembimbing : Wuri Utami, M. Kep

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
8 September 2023	Konsul Tema dan Judul		
10 Oktober 2023	Konsul BAB I		
20 Oktober 2023	Konsul revisi BAB I dan konsul BAB II		
15 November 2023	Konsul revisi BAB II		
5 Maret 2024	Konsul BAB III		
19 April 2024	Konsul revisi BAB III		
19 April 2024	ACC dan lanjut tumitin		

Mengetahui,

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi



(Wuri Utami, M. Kep.Ns)



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI  
Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp. Fax (0287) 472433, Gombong 54412

Nama Mahasiswa : Nunik Oktaviana  
NIM : 202303066  
Pembimbing : Wuri Utami, M. Kep

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1/8/2024	Konsul BAB IV dan V		
9/8/2024	Konsul Abstrak		
11/8/2024	Konsul revisi Abstrak		
16/8/2024	ACC Ujian Hasil KIAN		

Mengetahui,  
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

(Wuri Utami, M. Kep.Ns)

**BAB II**  
**TINJAUAN KASUS**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK**

<b>PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK</b> <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 021806xxxx Nama : An. R Jenis kelamin : laki-laki Berat Badan : 15,2 kg Tgl lahir : 3 Juni 2014 Alamat : Sidoluhur 1/2
<b>Tanggal Masuk Rumah Sakit</b>	<b>Waktu Pemeriksaan</b>	<b>Ruangan: Aster</b>
10 Juni 2024	09.00 WIB	

**A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

**1. KELUHAN UTAMA**

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses.

**Riwayat penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini)**

Pasien datang dari IGD anak pada tanggal 12 Juni 2024 dengan keluhan demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari ada lendir dan tidak ada darah. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Juni 2024 didapatkan data yaitu pasien tidak demam, tidak kejang, dan diare sebanyak 5 kali dengan warna kuning, lendir (+), darah (-). Terdapat juga ruam disekitar bokong pasien. Kesadaran umum pasien baik/composentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD :105/64 MmHg, Nadi 146 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO2: 98%, Suhu 36,7 °C. Pasien didiagnosa yaitu disentri

**Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pasien belum pernah dirawat di Rumah Sakit Sebelumnya.

**Riwayat Kesehatan Keluarga**

Tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien.

**ALERGI / REAKSI**

Tidak ada alergi

Alergi Obat, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi makanan, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi lainnya, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Tidak diketahui

## 2. RIWAYAT KELAHIRAN

Usia kehamilan: 36 mgg + 6 hari BB lahir: 3560 gr PB lahir: 48 cm

Persalinan : Normal

Menangis : Ya Tidak

Riwayat kuning : Ya Tidak

## 3. RIWAYAT IMUNISASI DASAR

Lengkap : DPT-HB-Hib 1x, PVC

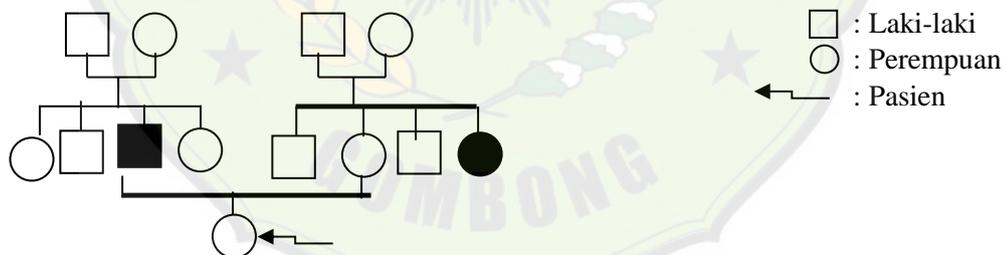
## 4. RIWAYAT KELUARGA

Ibu: Ny. M Umur: 25 th Bangsa: Indonesia Kesehatan: Sehat

Ayah: Tn. A Umur: 28 th Bangsa: Indonesia Kesehatan : Sehat

Anak lainnya: -

### Genogram 3 generasi



Kesimpulan: Ibu-Bapak dari pihak Ayah klien memiliki anak 4, ayah klien anak ke 3 dari 4 bersaudara dengan jenis kelamin (Perempuan, Laki-laki, laki-laki dan perempuan) dan Ibu-Bapak dari pihak Ibu klien memiliki 4 anak ibu klien anak nomor 4. Klien merupakan anak pertama.

## 5. POLA KESEHATAN FUNSIONAL GORDON

### 1. Persepsi kesehatan- pola menejemen kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan jika anaknya sakit dibawa ke rs atau klinik dokter.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan patuh memberikan obat kepada klien saat sakit dan mengatakan mematuhi anjuran dari dokter dan perawat terkait kondisi penyakitnya.

2. Pola nutrisi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI saja  
Saat sakit : Ibu klien mengatakan klien diberikan ASI saja
3. Pola eliminasi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 3x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kekuningan dan BAK 4-6x sehari.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 5-10 x sehari dengan konsistensi cair berwarna kuning dan BAK 4x sehari.
4. Pola latihan dan aktivitas  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kesulitan dalam perkembangan berjalan.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien hanya bisa terbaring di tempat tidur aktif ketika menagis/ rewel.
5. Pola persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien selalu diajak berinteraksi dengan keluarga  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien fungsi indra baik.
6. Pola tidur dan istirahat  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidur siang kurang lebih 2-3 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien bisa tidur, rewel karena diare dan lapar.
7. Konsep diri dan persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien aktif  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien anaknya menjadi lemas dan rewel.
8. Peran dan pola hubungan  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan hubungan dengan keluarga masih baik.
9. Pola reproduksi dan seksual  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kelainan organ reproduksi  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien sama seperti sebelum sakit.
10. Pola pertahanan diri (coping)- stress-toleransi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan setiap pagi mengajak anaknya berjemur dan jalan-jalan sekitar rumah  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan anak sering digendong agar lebih tenang.

11. Pola keyakinan dan nilai

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam

Setelah sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam klien sakit adalah ujian dari Allah SWT.

**6. RIWAYAT TUMBUH KEMBANGAN**

**Pengkajian Pertumbuhan dan Perkembangan**

**a. Pertumbuhan**

Berat Badan ( BB ) : 3560 kg

Panjang Badan ( PB ) : 48 cm

IMT : 5,63 (normal)

**b. Perkembangan:**

**DDST PADA ANAK UMUR 1 TAHUN**

SEKTOR	RESPON ANAK	KESIMPULAN
PERSONAL SOSIAL	Dapat berekspresi Menatap muka	
ADAPTIF- MOTORIK HALUS	Mengikuti ke garis tengah	
BAHASA	Ada respon terhadap suara	
MOTORIK KASAR	Berguling Berjalan	

**1) TES DAYA DENGAR ( TDD )**

**a. Tes Daya Dengar**

NO	UMUR 12-24 bulan	YA	TIDAK
1	Pada waktu anak tidur kemudian anda berbicara atau membuat kegaduhan, apakah bayi akan bergerak atau terbangun dari tidurnya?		
2	Pada waktu anak tidur terlentang dan anda duduk didekat kepala bayi pada posisi yang tidak terlihat oleh bayi, kemudian anda bertepuk tangan dengan keras, apakah bayi terkeut atau mengerdipkan matanya atau menegangkan tubuh sambil mengangkat kaki tangannya ke atas?		

3	Apabila ada suara nyaring (misalnya suara batuk, salak anjing, piring jatuh kelantai dll), apakah anak terkejut atau terlompat?		
4	Tanpa terlihat oleh anak, buat suara yang menarik perhatian anak, apakah anak langsung mengetahui posisi anda sebagai sumber suara yang berpindah-pindah		
5	Ucapkan kata-kata yang mudah dan sederhana, dapatkan anak menirukan anda?		



**2) ABBREVIATED CONNERS RATTING SCALA ( CONNERS )  
FORMULIR DETEKSI DINI**

**Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)**

(Abbreviated Connors Rattng Scale)

NO	Kegiatan yang diamati	0	1	2	3
1	Tidak kenal lelah atau aktivitas berlebihan	√			
2	Mudah menjadi gembira, impulsive		√		
3	Mengganggu anak-anak lain	√			
4	Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah dimulai, rentang perhatian pendek			√	
5	Menggerak-gerakkan anggota badan atau kepala secara terus menerus		√		

6	Kurang perhatian, mudah teralihkan		√		
7	Permintaannya harus segera dipenuhi, mudah menjadi frustrasi		√		
8	Sering dan mudah menangis		√		
9	Suasana hatinya mudah berubah dengan cepat dan drastis		√		
10	Ledakan kekesalan, tingkah laku eksplosif dan tak terduga		√		
	Jumlah	0	7	1	
	Nilai Total :	8			

**Interpretasi Hasil :**

**Tidak ditemukan indikasi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)**

**ALASAN PENGKAJIAN**

No	Jenis Pengkajian	Alasan
1.	Pertumbuhan :	
	a. Berat Badan dan Tinggi Badan : BB: 15 kg, TB: 110 cm	Tujuan Pengukuran BB dan TB ini adalah untuk menentukan status gizi anak, apakah anak normal, kurus, kurus sekali atau gemuk.
	b. Lingkar Kepala (48 Cm)	Mengetahui apakah lingkar kepala anak dalam batas normal ataukah diluar batas normal sesuai dengan usia perkembangannya.
2.	Perkembangan :	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	a. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk anak usia 12 bulan	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	b. TDD (Tes Daya Dengar)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	c. TDL (Tes Daya Lihat)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	d. Kuesioner MME	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	e. CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	f. Abbreviated Connors Rating Scala ( Connors )	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan

No	Jenis Pengkajian	Alasan
	g. Denver Development Screening Test (DDST)	- Anak (klien) usia 0-6 tahun - Apabila prematur lebih dari 2 minggu dan berumur kurang dari 2 tahun, maka dikoreksi terlebih dahulu.

## 7. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

### Status Psikologi :

Pasien terlihat takut

### Status Sosial :

- a. Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik
- b. Tempat tinggal serumah dengan orang tua

## 8. PEMERIKSAAN FISIK

Tekanan Darah: - MmHg    Nadi : 146 x/menit    Pernafasan: 32 x/ menit  
Suhu : 36,7°, SpO2: 98%.

### ▪ Neurologi

Kesadaran umum klien yaitu baik (composmentis), E: Spontan, M: Mengikuti perintah, V: Orientasi baik (GSC:15). Klien tidak mengalami gangguan neurologis.

### ▪ Pernapasan

Irama : Irama nafas reguler  
Retraksi dada : Tidak ada retraksi dinding dada  
Bentuk dada : Bentuk dada klien terlihat normal  
Pola nafas : Tidak ada kelainan pola nafas (normal)  
Suara nafas : Suara nafas normal (vesikuler pada lapang paru)  
Tidak ada cuping hidung  
Tidak ada sianosis  
Tidak menggunakan alat bantu nafas

### ▪ Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada tanda sianosis  
Edema : Tidak ada edema pada ekstremitas atau bagian tubuh lain  
Pucat : Klien terlihat pucat

Akral : Akral klien teraba hangat

Intensitas nadi teraba kuat

CRT < 3 Detik

Irama nadi klien reguler

Clubbing finger : Tidak Ada

▪ **Gastrointestinal**

Pasien sempat mengalami BAB Cair konsistensi cair warna kekuningan dengan frekuensi 5-7 x sehari

Tidak mengalami mual ataupun muntah

Tidak ada nyeri ulu hati

Tidak ada tanda ascites pada abdomen

Peristaltik Usus: 21 x/menit / Bising usus hiperaktif

Lingkar perut : 20 cm

▪ **Eliminasi**

Defekasi

Klien BAB lewat anus (normal)

Frekuensi : 5-7x dengan konsistensi cair

Tidak terdapat darah dalam feses

Urin

Pengeluaran urine spontan dan jumlahnya sedikit

▪ **Integumen**

Warna kulit klien normal tidak ada belang atau bercak

Tidak mempunyai penyakit kulit kronis

Klien tidak berisiko mengalami dekubitus

▪ **Genetalia**

Tidak ada kelaian pada genetalia

Tidak terpasar urine kateter

▪ **Muskuloskeletal**

Kelainan Tulang : Tidak ada tanda-tanda kelainan tulang

Gerakan anak bebas

## 9. SKRINING GIZI

TB: 110 cm

BB: 15 kg

Lingkar Kepala : 30 cm

**SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)**

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? (Anak kurus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0)  √	Ya (1)
2	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir? Atau untuk bayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? <i>Jika pasien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban “Ya”</i>	Tidak (0)  √	Ya (1)
3	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 1) Diare profuse ( $\geq 5x/hari$ ) dan atau muntah ( $>3x/hari$ ) 2) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0)	Ya (1) √
4	Apakah terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0)	Ya (1) √
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	

**Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi**

• Diare persisten ( $\geq 2$ minggu)	• Infeksi HIV	• Wajah Dismorfik (aneh)
• Prematuritas	• Kanker	• Penyakit metabolik
• Penyakit Jantung Bawaan	• Penyakit hati kronik	• Retardasi metabolik
• Kelainan bawaan 1 atau lebih (Celah bibir&langit-labial, atresia ani, dll)	• Penyakit ginjal kronik	• Keterlambatan perkembangan
• Penyakit Akut Berat	• Penyakit paruKronik	• Luka bakar
• Paru : Pneumonia, Asma, dll	• Terdapat stoma usus halus	• Rencana operasi mayor
• Hatc : Hepatitis, dll	• Trauma	• Obesitas
	• Konstipasi berulang	
	• Gagal Tumbuh (Ukuran pendek & Mungil)	
	• Ginjal : GGA, GNA, dll	

*Skor 1-3 (resiko malnutrisi sedang) lapor DPJP dan disarankan*

## 10. STATUS FUNGSIONAL

### PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	2
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	>13tahun	1	
Jenis kelamin	Laki-laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	4
	Perubahan dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia,anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	Kelainan psikis/ perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	3
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	2
	Pasien menggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	Pasien berada di tempat tidur	2	
	Pasien diluar ruang rawat	1	
Respon terhadap operasi/' obat penenang/efek anestesi	Dalam 24 jam	3	1
	Dalam 48 jam	2	
	>48 jam	1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
<b>TOTAL</b>			<b>17 (resiko jatuh tinggi)</b>

*Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)*

## 11. KEBUTUHAN EDUKASI

Edukasi yang diperlukan yaitu stimulasi tumbuh kembang anak

Edukasi Penanganan diare ibu/keluarga klien

Edukasi Resiko Jatuh

## 12. TERAPI OBAT

No	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1	IVFD D5 ¼ Ns	10 tpm	Rehidrasi cairan
2	Pamol Infus	50 mg/8 jam	Menurunkan demam
3	Zinc syr	1x 20 mg	Suplemen/ meningkatkan kekebalan
4	Inj Metronidazole	1x75 mg	Antibiotik
5	Lacto B	2x1	Pencernaan

## 13. PEMERIKSAAN PENUNJANG

### 1. Pemeriksaan Laboratorium

Tgl 10 Juni 2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Hemoglobin	9.5	10.4-16.6	g/dL
Leukosit	9,2	5500-18000	/uL
Hematokrit	30,4	32-44	%
Eritrosit	3,80	3.10-5.10	10 <sup>6</sup> /uL
Trombosit	313.000	217000-497000	/uL
MCV	80.1	73-109	fL
MCH	25.0	21-33	pg/cell
MCHC	32.7	26-34	%
RDW	17.5	11.4-14.6	%
MPV	9.1	9.4 – 12.3	fL
<b>Hitung Jenis</b>			
Basofil	0.5	0-1	%
Eosinofil	4.1	1-5	%
Batang	0.2	0-8	%
Segmen	23	17-60	%
Monosit	12.4	1-11	%
Neutrofil	23.2	17.0-60.0	%
Limpfosit	58.0	20 – 70	%
Tootal Limfosit Count	10790		
Neutrofil Limfosit Ratio	0.385259631		
<b>KIMIA LENGKAP</b>			
Glukosa Sewaktu	102	<140	Mg/dL
Natrium	137	134-146	Meq/L
Kalium	5.2	3.4-4.5	Meq/L
Klorida	108	96-108	Meq/L

**SERO IMUNOLOGI**

Faeces Rutin	
Makroskopis	Kuning
Bau	Khas
Darah	Negatif
Konsistensi	LEMBEK
Lendir	NEGATIF
Parasit	NEGATIF
Mikroskopik	
Bakteri	+3
Jamur	Negatif

**A. ANALISA DATA**

No	Data	Pathway	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : nyeri karena infeksi pencernaan</li> <li>- Q : nyeri serti tertusuk tusuk</li> <li>- R : nyeri pada perut</li> <li>- S : nyeri skala 6</li> </ul> <p>- Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Sikap protektif</li> <li>- Pasien defekasi 5-7x/hari</li> <li>- Feses lembek</li> <li>- Frekuensi peristaltik meningkat</li> <li>- Bising usus 25x/menit</li> <li>- Hasil lab kultur feses: bakteri +3</li> </ul>	<p>Faktor infeksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri masuk dan berkembang dalam usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipersekresi air dan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Iritasi saluran cerna</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Agen Pencedera Fisiologis</b>

	- TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%			
2	.DS :  - Ibu pasien mengatakan anaknya selalu merasa haus dan tampak lemas  DO :  - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun	Faktor infeksi  ↓ Kehilangan cairan eksternal  ↓ Syok hipovolemik  ↓ Tubuh kehilangan oksigen dan darah  ↓ Hipovolemia	<b>Hipovolemia</b>	<b>Kehilangan Cairan Aktif</b>
3.	DS:  - Ibu pasien mengatakan anaknya umur 3 bulan  DO:  - Usia < 2 tahun	Anak usia < 2 tahun  ↓ Kognitif dan motorik dan belum  ↓ Resiko jatuh	<b>Resiko Jatuh</b>	<b>Usia &lt; 2 tahun</b>

### PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
2. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif
3. Resiko Jatuh b.d Anak Usia < 2 tahun

### B. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI
----	----	------	------

1	<b>Nyeri Akut</b> <b>b.d Agen</b> <b>Pencedera</b> <b>Fisiologis</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 689 935 913"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	<p><b>Manajemen Nyeri (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respons nyeri non verbal</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>• Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul>
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	<b>Hipovolemia</b> <b>b.d</b> <b>Kehilangan</b> <b>Cairan Aktif</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Status Cairan ( L.03028)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 1765 935 1989"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Output cairan	2	5	<p><b>Manajemen Hipovolemia (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipovolemia</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung kebutuhan cairan</li> <li>• Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i></li> </ul>
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													
Output cairan	2	5													

		<p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan asupan cairan oral</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>• Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis</li> <li>• Kolaborasi pemberian cairan hipotonis</li> </ul>												
3.	<p><b>Resiko Jatuh b.d Anak usia &lt; 2 tahun</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan resiko jatuh dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <p><b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> </ol>	Indikator	A	T	Jatuh dari tempat tidur	2	5	Jatuh saat berdiri	3	5	Jatuh saat duduk	2	3	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>• Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>• Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci</li> <li>• Pasang <i>handraill</i> tempat tidur</li> <li>• Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p>
Indikator	A	T													
Jatuh dari tempat tidur	2	5													
Jatuh saat berdiri	3	5													
Jatuh saat duduk	2	3													

		<p>4. Cukup menurun</p> <p>5. Menurun</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>• Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ul>
--	--	---	--

### C. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
<b>10 Juni 2024</b> 09.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor Pernafasan</li> <li>- Mengkaji keadaan umum</li> </ul>	<p>S: -</p> <p>O : KU Baik (CM)</p> <p>- N : 148 x/menit</p> <p>-SPO2 : 98%</p> <p>- RR : 28 x/menit</p>	
09.30	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab diare</li> </ul>	<p>S: -</p> <p>O: - hasil lab : bakteri +3</p>	
09.35	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> </ul>	<p>S : Os mengatakan bersedia</p> <p>O : Pasien kooperatif</p>	
09.50	1,3	<p>Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pamol Inf 2x10 mg</li> <li>- Zinc syr 1x20 mg</li> </ul>	<p>S:</p> <p>O: Pasien terlihat nyaman dan tenang</p>	
10.00	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> <li>- Orientasikan ruangan pada</li> </ul>	<p>S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak tenang</li> <li>- Ibu pasien mengatakan pasien paham</li> </ul>	

		pasien dan keluarga		
10.30	1	Memberikan asupan cairan oral dan intravena	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Pasien diberikan Zinc dan D5 ¼ Ns	
11.50	3	- Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci - Memasang handrail tempat tidur - Mengatur tempat tidur pada posisi tempat tidur	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: Terpasang pagar pengaman	
12.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 36,5 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
12.30	1	Mengedukasi keluarga tentang tindakan apabila membutuhkan bantuan bisa memanggil perawat	S: Ibu klien mengatakan mengerti O:-	
<b>11 Juni 2024</b> 15.30 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
16.00 WIB	1	- Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan - Memonitor tanda gejala hipovolemia	S: - ibu pasien mengatakan memberikan makanan seperti biasa MPASI O: - Pasien tampak diare 3x/hari - Pasien tampak pucat - Mata cekung	
16.30	1,3	Melakukan Injeksi dan memberikan obat oral -	S: O: - Pasien diberikan inj pamol dan zinc syr - Pasien terlihat nyaman dan tenang	

16.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
17.30	1	- Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit - Mengambil sampel feses untuk pemeriksaan kultur	S: Ibu klien mengatakan bersedia O: - Klien kooperatif - Darah dan sampel feses terambil	
17.50	1	- Menganjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap - Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Ibu pasien kooperatif	
18.00	3	- Menganjurkan alas kaki yang tidak licin	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: klien kooperatif	
20.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
<b>12 Juni 2024 07.00</b>	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
07.30	2	Periksa tanda dan gejala hipovolemia	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun	

09.30	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Zinc syr	S : - O : pasien diberikan zinc (PO)	
09.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
10.00	2	- Hitung kebutuhan cairan - Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> - Berikan asupan cairan oral	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : pasien kooperatif	
10.30	2	- Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis - Kolaborasi pemberian cairan hipotonis	S : - O : - Pasien diberikan cairan RL 10 tpm - Pasien diberikan cairan IVFD KAEN 30 tpm	
11.00	1	Monitor TTV	: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	

### D. EVALUASI

No. Dx	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi	TTD																
1	12 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Gelisah berkurang</li> <li>- Feses tampak masih cair</li> <li>- Bising usus 14x/menit</li> <li>- S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologis</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Gelisah	2	5	4	Sikap protektif	3	5	4	Meringis	2	5	4	f
Indikator	A	T	Akhir																
Gelisah	2	5	4																
Sikap protektif	3	5	4																
Meringis	2	5	4																
2	12 Juni 2024 (14 .00)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 135 x/menit</li> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Membran mukosa tampak kering</li> <li>- Volume urine menurun</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3	f				
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																

		<table border="1"> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan asupan cairan oral</li> <li>- Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis</li> </ul>	Output cairan	2	5	3													
Output cairan	2	5	3																
3	12 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: - O: - usia &lt; 2 tahun A: Masalah keperawatan Resiko Jatuh belum teratasi dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasang <i>handraill</i> ditempat tidur</li> <li>- Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Jatuh dari tempat tidur	2	5	4	Jatuh saat berdiri	3	5	4	Jatuh saat duduk	2	3	4	
Indikator	A	T	Akhir																
Jatuh dari tempat tidur	2	5	4																
Jatuh saat berdiri	3	5	4																
Jatuh saat duduk	2	3	4																

**BAB II**  
**TINJAUAN KASUS**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK**

<b>PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK</b> <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 021806xxxx
		Nama : An. F
		Jenis kelamin : perempuan
		Berat Badan : 10,3 kg
		Tgl lahir : 3 Juni 2016
		Alamat : Sidoluhur 1/2
<b>Tanggal Masuk Rumah Sakit</b>	<b>Waktu Pemeriksaan</b>	<b>Ruangan: Aster</b>
16 Juni 2024	09.00 WIB	

**E. PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

**14. KELUHAN UTAMA**

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses.

**Riwayat penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini)**

Pasien datang dari IGD anak pada tanggal 16 Juni 2024 dengan keluhan demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari ada lendir dan tidak ada darah. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 Juni 2024 didapatkan data yaitu pasien tidak demam, tidak kejang, dan diare sebanyak 5 kali dengan warna kuning, lendir (+), darah (-). Terdapat juga ruam disekitar bokong pasien. Kesadaran umum pasien baik/composentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD :98/64 MmHg, Nadi 112 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO2: 98%, Suhu 36,7 °C. Pasien didiagnosa yaitu disentri

**Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pasien belum pernah dirawat di Rumah Sakit Sebelumnya.

**Riwayat Kesehatan Keluarga**

Tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien.

**ALERGI / REAKSI**

Tidak ada alergi

Alergi Obat, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi makanan, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi lainnya, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Tidak diketahui

### 15. RIWAYAT KELAHIRAN

Usia kehamilan: 38 mgg + 5 hari BB lahir: 3660 gr PB lahir: 48 cm

Persalinan : Normal

Menangis : Ya Tidak

Riwayat kuning : Ya Tidak

### 16. RIWAYAT IMUNISASI DASAR

Lengkap : DPT-HB-Hib 1x, PVC

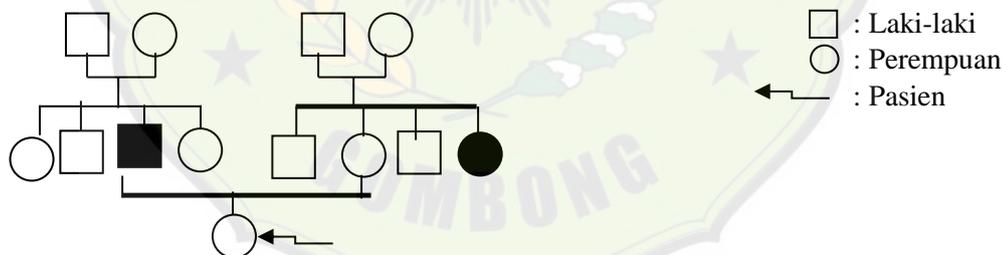
### 17. RIWAYAT KELUARGA

Ibu: Ny. S Umur: 27 th Bangsa: Indonesia Kesehatan: Sehat

Ayah: Tn. B Umur: 30 th Bangsa: Indonesia Kesehatan : Sehat

Anak lainnya: -

#### Genogram 3 generasi



Kesimpulan: Ibu-Bapak dari pihak Ayah klien memiliki anak 4, ayah klien anak ke 3 dari 4 bersaudara dengan jenis kelamin (Perempuan, Laki-laki, laki-laki dan perempuan) dan Ibu-Bapak dari pihak Ibu klien memiliki 4 anak ibu klien anak nomor 4. Klien merupakan anak pertama.

### 18. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL GORDON

10. Persepsi kesehatan- pola menejemen kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan jika anaknya sakit dibawa ke rs atau klinik dokter.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan patuh memberikan obat kepada klien saat sakit dan mengatakan mematuhi anjuran dari dokter dan perawat terkait kondisi penyakitnya.

11. Pola nutrisi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI saja  
Saat sakit : Ibu klien mengatakan klien diberikan ASI saja
12. Pola eliminasi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 3x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kekuningan dan BAK 4-6x sehari.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 5-10 x sehari dengan konsistensi cair berwarna kuning dan BAK 4x sehari.
13. Pola latihan dan aktivitas  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kesulitan dalam perkembangan berjalan.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien hanya bisa terbaring di tempat tidur aktif ketika menagis/ rewel.
14. Pola persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien selalu diajak berinteraksi dengan keluarga  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien fungsi indra baik.
15. Pola tidur dan istirahat  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidur siang kurang lebih 2-3 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien bisa tidur, rewel karena diare dan lapar.
16. Konsep diri dan persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien aktif  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien anaknya menjadi lemas dan rewel.
17. Peran dan pola hubungan  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan hubungan dengan keluarga masih baik.
18. Pola reproduksi dan seksual  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kelainan organ reproduksi  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien sama seperti sebelum sakit.
10. Pola pertahanan diri (coping)- stress-toleransi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan setiap pagi mengajak anaknya berjemur dan jalan-jalan sekitar rumah  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan anak sering digendong agar lebih tenang.

11. Pola keyakinan dan nilai

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam

Setelah sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam klien sakit adalah ujian dari Allah SWT.

**19. RIWAYAT TUMBUH KEMBANGAN**

**Pengkajian Pertumbuhan dan Perkembangan**

**c. Pertumbuhan**

Berat Badan ( BB ) : 3660 kg

Panjang Badan ( PB ) : 48 cm

IMT : 5,63 (normal)

**d. Perkembangan:**

**DDST PADA ANAK UMUR 1 TAHUN**

SEKTOR	RESPON ANAK	KESIMPULAN
PERSONAL SOSIAL	Dapat berekspresi Menatap muka	
ADAPTIF- MOTORIK HALUS	Mengikuti ke garis tengah	
BAHASA	Ada respon terhadap suara	
MOTORIK KASAR	Berguling Berjalan	

**3) TES DAYA DENGAR ( TDD )**

**b. Tes Daya Dengar**

NO	UMUR 12-24 bulan	YA	TIDAK
1	Pada waktu anak tidur kemudian anda berbicara atau membuat kegaduhan, apakah bayi akan bergerak atau terbangun dari tidurnya?		
2	Pada waktu anak tidur terlentang dan anda duduk didekat kepala bayi pada posisi yang tidak terlihat oleh bayi, kemudian anda bertepuk tangan dengan keras, apakah bayi terkeut atau mengerdipkan matanya atau menegangkan tubuh sambil mengangkat kaki tangannya ke atas?		

3	Apabila ada suara nyaring (misalnya suara batuk, salak anjing, piring jatuh kelantai dll), apakah anak terkejut atau terlompat?		
4	Tanpa terlihat oleh anak, buat suara yang menarik perhatian anak, apakah anak langsung mengetahui posisi anda sebagai sumber suara yang berpindah-pindah		
5	Ucapkan kata-kata yang mudah dan sederhana, dapatkan anak menirukan anda?		



**4) ABBREVIATED CONNERS RATTING SCALA ( CONNERS )  
FORMULIR DETEKSI DINI**

**Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)  
(Abbreviated Connors Rattng Scale)**

NO	Kegiatan yang diamati	0	1	2	3
1	Tidak kenal lelah atau aktivitas berlebihan	√			
2	Mudah menjadi gembira, impulsive		√		
3	Mengganggu anak-anak lain	√			
4	Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah dimulai, rentang perhatian pendek			√	
5	Menggerak-gerakkan anggota badan atau kepala secara terus menerus		√		

6	Kurang perhatian, mudah teralihkan		√		
7	Permintaannya harus segera dipenuhi, mudah menjadi frustrasi		√		
8	Sering dan mudah menangis		√		
9	Suasana hatinya mudah berubah dengan cepat dan drastis		√		
10	Ledakan kekesalan, tingkah laku eksplosif dan tak terduga		√		
	Jumlah	0	7	1	
	Nilai Total :	8			

**Interpretasi Hasil :**

**Tidak ditemukan indikasi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)**

**ALASAN PENGKAJIAN**

No	Jenis Pengkajian	Alasan
1.	Pertumbuhan :	
	c. Berat Badan dan Tinggi Badan : BB: 10,3 kg, TB: 110 cm	Tujuan Pengukuran BB dan TB ini adalah untuk menentukan status gizi anak, apakah anak normal, kurus, kurus sekali atau gemuk.
	d. Lingkar Kepala (48 Cm)	Mengetahui apakah lingkar kepala anak dalam batas normal ataukah diluar batas normal sesuai dengan usia perkembangannya.
2.	Perkembangan :	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	h. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk anak usia 12 bulan	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	i. TDD (Tes Daya Dengar)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	j. TDL (Tes Daya Lihat)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	k. Kuesioner MME	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	l. CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	m. Abbreviated Connors Rating Scala ( Connors )	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan

No	Jenis Pengkajian	Alasan
	n. Denver Development Screening Test (DDST)	- Anak (klien) usia 0-6 tahun - Apabila prematur lebih dari 2 minggu dan berumur kurang dari 2 tahun, maka dikoreksi terlebih dahulu.

## 20. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

### Status Psikologi :

Pasien terlihat takut

### Status Sosial :

- c. Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik
- d. Tempat tinggal serumah dengan orang tua

## 21. PEMERIKSAAN FISIK

Tekanan Darah: - MmHg    Nadi : 146 x/menit    Pernafasan: 32 x/ menit  
Suhu : 36,7°, SpO2: 98%.

### ▪ Neurologi

Kesadaran umum klien yaitu baik (composmentis), E: Spontan, M: Mengikuti perintah, V: Orientasi baik (GSC:15). Klien tidak mengalami gangguan neurologis.

### ▪ Pernapasan

Irama : Irama nafas reguler  
Retraksi dada : Tidak ada retraksi dinding dada  
Bentuk dada : Bentuk dada klien terlihat normal  
Pola nafas : Tidak ada kelainan pola nafas (normal)  
Suara nafas : Suara nafas normal (vesikuler pada lapang paru)  
Tidak ada cuping hidung  
Tidak ada sianosis  
Tidak menggunakan alat bantu nafas

### ▪ Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada tanda sianosis  
Edema : Tidak ada edema pada ekstremitas atau bagian tubuh lain  
Pucat : Klien terlihat pucat

Akral : Akral klien teraba hangat

Intensitas nadi teraba kuat

CRT < 3 Detik

Irama nadi klien reguler

Clubbing finger : Tidak Ada

▪ **Gastrointestinal**

Pasien sempat mengalami BAB Cair konsistensi cair warna kekuningan dengan frekuensi 5-7 x sehari

Tidak mengalami mual ataupun muntah

Tidak ada nyeri ulu hati

Tidak ada tanda ascites pada abdomen

Peristaltik Usus: 21 x/menit / Bising usus hiperaktif

Lingkar perut : 20 cm

▪ **Eliminasi**

Defekasi

Klien BAB lewat anus (normal)

Frekuensi : 5-7x dengan konsistensi cair

Tidak terdapat darah dalam feses

Urin

Pengeluaran urine spontan dan jumlahnya sedikit

▪ **Integumen**

Warna kulit klien normal tidak ada belang atau bercak

Tidak mempunyai penyakit kulit kronis

Klien tidak berisiko mengalami dekubitus

▪ **Genetalia**

Tidak ada kelaian pada genetalia

Tidak terpasar urine kateter

▪ **Muskuloskeletal**

Kelainan Tulang : Tidak ada tanda-tanda kelainan tulang

Gerakan anak bebas

**22. SKRINING GIZI**

TB: 100 cm

BB: 10,3 kg    Lingkar Kepala : 30 cm

**SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)**

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? (Anak kurus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0)  √	Ya (1)
2	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir? Atau untuk bayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? <i>Jika pasien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban “Ya”</i>	Tidak (0)  √	Ya (1)
3	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 3) Diare profuse ( $\geq 5x/hari$ ) dan atau muntah ( $>3x/hari$ ) 4) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0)	Ya (1) √
4	Apakah terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0)	Ya (1) √
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	

**Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi**

• Diare persisten ( $\geq 2$ minggu)	• Infeksi HIV	• Wajah Dismorfik (aneh)
• Prematuritas	• Kanker	• Penyakit metabolik
• Penyakit Jantung Bawaan	• Penyakit hati kronik	• Retardasi metabolik
• Kelainan bawaan 1 atau lebih (Celah bibir&langit-labial, atresia ani, dll)	• Penyakit ginjal kronik	• Keterlambatan perkembangan
• Penyakit Akut Berat	• Penyakit paruKronik	• Luka bakar
• Paru : Pneumonia, Asma, dll	• Terdapat stoma usus halus	• Rencana operasi mayor
• Hatc : Hepatitis, dll	• Trauma	• Obesitas
	• Konstipasi berulang	
	• Gagal Tumbuh (Ukuran pendek & Mungil)	
	• Ginjal : GGA, GNA, dll	

*Skor 1-3 (resiko malnutrisi sedang) lapor DPJP dan disarankan*

### 23. STATUS FUNGSIONAL

#### PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	2
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	>13tahun	1	
Jenis kelamin	Laki-laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	4
	Perubahan dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia,anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	Kelainan psikis/ perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	3
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	2
	Pasien menggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	Pasien berada di tempat tidur	2	
	Pasien diluar ruang rawat	1	
Respon terhadap operasi/' obat penenang/efek anastesi	Dalam 24 jam	3	1
	Dalam 48 jam	2	
	>48 jam	1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
<b>TOTAL</b>			<b>17 (resiko jatuh tinggi)</b>

*Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)*

### 24. KEBUTUHAN EDUKASI

Edukasi yang diperlukan yaitu stimulasi tumbuh kembang anak

Edukasi Penanganan diare ibu/keluarga klien

Edukasi Resiko Jatuh

## 25. TERAPI OBAT

No	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1	IVFD D5 ¼ Ns	10 tpm	Rehidrasi cairan
2	Pamol Infus	50 mg/8 jam	Menurunkan demam
3	Zinc syr	1x 20 mg	Suplemen/ meningkatkan kekebalan
4	Inj Metronidazole	1x75 mg	Antibiotik
5	Lacto B	2x1	Pencernaan

## 26. PEMERIKSAAN PENUNJANG

### 2. Pemeriksaan Laboratorium

Tgl 16 Juni 2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Hemoglobin	11.3	10.4-16.6	g/dL
Leukosit	9,2	5500-18000	/uL
Hematokrit	30,4	32-44	%
Eritrosit	3,80	3.10-5.10	10 <sup>6</sup> /uL
Trombosit	313.000	217000-497000	/uL
MCV	80.1	73-109	fL
MCH	25.0	21-33	pg/cell
MCHC	32.7	26-34	%
RDW	17.5	11.4-14.6	%
MPV	9.1	9.4 – 12.3	fL
<b>Hitung Jenis</b>			
Basofil	0.5	0-1	%
Eosinofil	4.1	1-5	%
Batang	0.2	0-8	%
Segmen	23	17-60	%
Monosit	12.4	1-11	%
Neutrofil	23.2	17.0-60.0	%
Limpfosit	58.0	20 – 70	%
Tootal Limfosit Count	10790		
Neutrofil Limfosit Ratio	0.385259631		
<b>KIMIA LENGKAP</b>			
Glukosa Sewaktu	102	<140	Mg/dL
Natrium	137	134-146	Meq/L
Kalium	5.2	3.4-4.5	Meq/L
Klorida	108	96-108	Meq/L

**SERO IMUNOLOGI**

Faeces Rutin	
Makroskopis	Kuning
Bau	Khas
Darah	Negatif
Konsistensi	LEMBEK
Lendir	NEGATIF
Parasit	NEGATIF
Mikroskopik	
Bakteri	+3
Jamur	Negatif

**B. ANALISA DATA**

No	Data	Pathway	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : nyeri karena infeksi pencernaan</li> <li>- Q : nyeri serti tertusuk tusuk</li> <li>- R : nyeri pada perut</li> <li>- S : nyeri skala 6</li> </ul> <p>- Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Sikap protektif</li> <li>- Pasien defekasi 5-7x/hari</li> <li>- Feses lembek</li> <li>- Frekuensi peristaltik meningkat</li> <li>- Bising usus 25x/menit</li> <li>- Hasil lab kultur feses: bakteri +3</li> </ul>	<p>Faktor infeksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri masuk dan berkembang dalam usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipersekresi air dan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Iritasi saluran cerna</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Agen Pencedera Fisiologis</b>

	- TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%			
2	.DS :  - Ibu pasien mengatakan anaknya selalu merasa haus dan tampak lemas  DO :  - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun	Faktor infeksi  ↓ Kehilangan cairan eksternal  ↓ Syok hipovolemik  ↓ Tubuh kehilangan oksigen dan darah  ↓ Hipovolemia	<b>Hipovolemia</b>	<b>Kehilangan Cairan Aktif</b>
3.	DS:  - Ibu pasien mengatakan anaknya umur 3 bulan  DO:  - Usia < 2 tahun	Anak usia < 2 tahun  ↓ Kognitif dan motorik dan belum  ↓ Resiko jatuh	<b>Resiko Jatuh</b>	<b>Usia &lt; 2 tahun</b>

#### PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

4. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
5. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif
6. Resiko Jatuh b.d Anak Usia < 2 tahun

#### F. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI
----	----	------	------

1	<b>Nyeri Akut</b> <b>b.d Agen</b> <b>Pencedera</b> <b>Fisiologis</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 689 938 913"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>6. Memburuk  7. Cukup memburuk  8. Sedang  9. Cukup membaik  10. Membaik</p>	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	<p><b>Manajemen Nyeri (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respons nyeri non verbal</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>• Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul>
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	<b>Hipovolemia</b> <b>b.d</b> <b>Kehilangan</b> <b>Cairan Aktif</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Status Cairan ( L.03028)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 1765 938 1989"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Output cairan	2	5	<p><b>Manajemen Hipovolemia (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipovolemia</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung kebutuhan cairan</li> <li>• Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i></li> </ul>
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													
Output cairan	2	5													

		<p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Menurun</li> <li>7. Cukup menurun</li> <li>8. Sedang</li> <li>9. Cukup meningkat</li> <li>10. Meningkatkan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan asupan cairan oral</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>• Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis</li> <li>• Kolaborasi pemberian cairan hipotonis</li> </ul>												
3.	<p><b>Resiko Jatuh b.d Anak usia &lt; 2 tahun</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan resiko jatuh dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <p><b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Meningkatkan</li> <li>7. Cukup meningkat</li> <li>8. Sedang</li> </ol>	Indikator	A	T	Jatuh dari tempat tidur	2	5	Jatuh saat berdiri	3	5	Jatuh saat duduk	2	3	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>• Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>• Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci</li> <li>• Pasang <i>handraill</i> tempat tidur</li> <li>• Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p>
Indikator	A	T													
Jatuh dari tempat tidur	2	5													
Jatuh saat berdiri	3	5													
Jatuh saat duduk	2	3													

		<p>9. Cukup menurun</p> <p>10. Menurun</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>• Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ul>
--	--	--	--

### G. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
<b>16 Juni 2024</b> 09.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor Pernafasan</li> <li>- Mengkaji keadaan umum</li> </ul>	<p>S: -</p> <p>O : KU Baik (CM)</p> <p>- N : 148 x/menit</p> <p>-SPO2 : 98%</p> <p>- RR : 28 x/menit</p>	
09.30	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab diare</li> </ul>	<p>S: -</p> <p>O: - hasil lab : bakteri +3</p>	
09.35	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> </ul>	<p>S : Os mengatakan bersedia</p> <p>O : Pasien kooperatif</p>	
09.50	1,3	<p>Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pamol Inf 2x10 mg</li> <li>- Zinc syr 1x20 mg</li> </ul>	<p>S:</p> <p>O: Pasien terlihat nyaman dan tenang</p>	
10.00	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> <li>- Orientasikan ruangan pada</li> </ul>	<p>S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak tenang</li> <li>- Ibu pasien mengatakan pasien paham</li> </ul>	

		pasien dan keluarga		
10.30	1	Memberikan asupan cairan oral dan intravena	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Pasien diberikan Zinc dan D5 ¼ Ns	
11.50	3	- Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci - Memasang handrail tempat tidur - Mengatur tempat tidur pada posisi tempat tidur	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: Terpasang pagar pengaman	
12.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 36,5 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
12.30	1	Mengedukasi keluarga tentang tindakan apabila membutuhkan bantuan bisa memanggil perawat	S: Ibu klien mengatakan mengerti O:-	
<b>17 Juni 2024</b> 15.30 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
16.00 WIB	1	- Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan - Memonitor tanda gejala hipovolemia	S: - ibu pasien mengatakan memberikan makanan seperti biasa MPASI O: - Pasien tampak diare 3x/hari - Pasien tampak pucat - Mata cekung	
16.30	1,3	Melakukan Injeksi dan memberikan obat oral -	S: O: - Pasien diberikan inj pamol dan zinc syr - Pasien terlihat nyaman dan tenang	

16.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
17.30	1	- Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit - Mengambil sampel feses untuk pemeriksaan kultur	S: Ibu klien mengatakan bersedia O: - Klien kooperatif - Darah dan sampel feses terambil	
17.50	1	- Menganjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap - Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Ibu pasien kooperatif	
18.00	3	- Menganjurkan alas kaki yang tidak licin	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: klien kooperatif	
20.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
<b>18 Juni 2024 07.00</b>	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
07.30	2	Periksa tanda dan gejala hipovolemia	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun	

09.30	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Zinc syr	S : - O : pasien diberikan zinc (PO)	
09.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
10.00	2	- Hitung kebutuhan cairan - Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> - Berikan asupan cairan oral	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : pasien kooperatif	
10.30	2	- Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis - Kolaborasi pemberian cairan hipotonis	S : - O : - Pasien diberikan cairan RL 10 tpm - Pasien diberikan cairan IVFD KAEN 30 tpm	
11.00	1	Monitor TTV	: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	

## H. EVALUASI

No. Dx	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi	TTD																
1	18 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Gelisah berkurang</li> <li>- Feses tampak masih cair</li> <li>- Bising usus 14x/menit</li> <li>- S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologis</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Gelisah	2	5	4	Sikap protektif	3	5	4	Meringis	2	5	4	f
Indikator	A	T	Akhir																
Gelisah	2	5	4																
Sikap protektif	3	5	4																
Meringis	2	5	4																
2	18 Juni 2024 (14 .00)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 135 x/menit</li> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Membran mukosa tampak kering</li> <li>- Volume urine menurun</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3	f				
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																

		<table border="1"> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan asupan cairan oral</li> <li>- Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis</li> </ul>	Output cairan	2	5	3													
Output cairan	2	5	3																
3	18 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: - O: - usia &lt; 2 tahun A: Masalah keperawatan Resiko Jatuh belum teratasi dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasang <i>handraill</i> ditempat tidur</li> <li>- Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Jatuh dari tempat tidur	2	5	4	Jatuh saat berdiri	3	5	4	Jatuh saat duduk	2	3	4	
Indikator	A	T	Akhir																
Jatuh dari tempat tidur	2	5	4																
Jatuh saat berdiri	3	5	4																
Jatuh saat duduk	2	3	4																

**BAB II**  
**TINJAUAN KASUS**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK**

<b>PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK</b> <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 021806xxxx Nama : An. B Jenis kelamin : perempuan Berat Badan : 18,2 kg Tgl lahir : 3 Juni 2017 Alamat : Berkoh 1/2
<b>Tanggal Masuk Rumah Sakit</b>	<b>Waktu Pemeriksaan</b>	<b>Ruangan: Aster</b>
15 Juni 2024	09.00 WIB	

**I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

**27. KELUHAN UTAMA**

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses.

**Riwayat penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini)**

Pasien datang dari IGD anak pada tanggal 15 Juni 2024 dengan keluhan demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari ada lendir dan tidak ada darah. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Juni 2024 didapatkan data yaitu pasien tidak demam, tidak kejang, dan diare sebanyak 5 kali dengan warna kuning, lendir (+), darah (-). Terdapat juga ruam disekitar bokong pasien. Kesadaran umum pasien baik/composentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD :103/64 MmHg, Nadi 146 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO2: 98%, Suhu 36,7 °C. Pasien didiagnosa yaitu disentri

**Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pasien belum pernah dirawat di Rumah Sakit Sebelumnya.

**Riwayat Kesehatan Keluarga**

Tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien.

**ALERGI / REAKSI**

Tidak ada alergi

Alergi Obat, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi makanan, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi lainnya, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Tidak diketahui

## 28. RIWAYAT KELAHIRAN

Usia kehamilan: 38 mgg + 6 hari BB lahir: 3760 gr PB lahir: 48 cm

Persalinan : Normal

Menangis : Ya Tidak

Riwayat kuning : Ya Tidak

## 29. RIWAYAT IMUNISASI DASAR

Lengkap : DPT-HB-Hib 1x, PVC

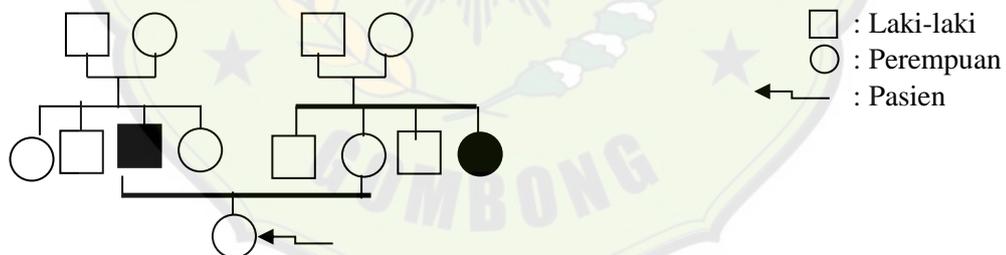
## 30. RIWAYAT KELUARGA

Ibu: Ny. P Umur: 25 th Bangsa: Indonesia Kesehatan: Sehat

Ayah: Tn. B Umur: 28 th Bangsa: Indonesia Kesehatan : Sehat

Anak lainnya: -

### Genogram 3 generasi



Kesimpulan: Ibu-Bapak dari pihak Ayah klien memiliki anak 4, ayah klien anak ke 3 dari 4 bersaudara dengan jenis kelamin (Perempuan, Laki-laki, laki-laki dan perempuan) dan Ibu-Bapak dari pihak Ibu klien memiliki 4 anak ibu klien anak nomor 4. Klien merupakan anak pertama.

## 31. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL GORDON

19. Persepsi kesehatan- pola menejemen kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan jika anaknya sakit dibawa ke rs atau klinik dokter.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan patuh memberikan obat kepada klien saat sakit dan mengatakan mematuhi anjuran dari dokter dan perawat terkait kondisi penyakitnya.

20. Pola nutrisi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI saja  
Saat sakit : Ibu klien mengatakan klien diberikan ASI saja
21. Pola eliminasi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 3x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kekuningan dan BAK 4-6x sehari.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 5-10 x sehari dengan konsistensi cair berwarna kuning dan BAK 4x sehari.
22. Pola latihan dan aktivitas  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kesulitan dalam perkembangan berjalan.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien hanya bisa terbaring di tempat tidur aktif ketika menagis/ rewel.
23. Pola persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien selalu diajak berinteraksi dengan keluarga  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien fungsi indra baik.
24. Pola tidur dan istirahat  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidur siang kurang lebih 2-3 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien bisa tidur, rewel karena diare dan lapar.
25. Konsep diri dan persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien aktif  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien anaknya menjadi lemas dan rewel.
26. Peran dan pola hubungan  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan hubungan dengan keluarga masih baik.
27. Pola reproduksi dan seksual  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kelainan organ reproduksi  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien sama seperti sebelum sakit.
10. Pola pertahanan diri (coping)- stress-toleransi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan setiap pagi mengajak anaknya berjemur dan jalan-jalan sekitar rumah  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan anak sering digendong agar lebih tenang.

11. Pola keyakinan dan nilai

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam

Setelah sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam klien sakit adalah ujian dari Allah SWT.

**32. RIWAYAT TUMBUH KEMBANGAN**

**Pengkajian Pertumbuhan dan Perkembangan**

**e. Pertumbuhan**

Berat Badan ( BB ) : 3760 kg

Panjang Badan ( PB ) : 48 cm

IMT : 5,63 (normal)

**f. Perkembangan:**

**DDST PADA ANAK UMUR 1 TAHUN**

SEKTOR	RESPON ANAK	KESIMPULAN
PERSONAL SOSIAL	Dapat berekspresi Menatap muka	
ADAPTIF- MOTORIK HALUS	Mengikuti ke garis tengah	
BAHASA	Ada respon terhadap suara	
MOTORIK KASAR	Berguling Berjalan	

**5) TES DAYA DENGAR ( TDD )**

**c. Tes Daya Dengar**

NO	UMUR 12-24 bulan	YA	TIDAK
1	Pada waktu anak tidur kemudian anda berbicara atau membuat kegaduhan, apakah bayi akan bergerak atau terbangun dari tidurnya?		
2	Pada waktu anak tidur terlentang dan anda duduk didekat kepala bayi pada posisi yang tidak terlihat oleh bayi, kemudian anda bertepuk tangan dengan keras, apakah bayi terkejut atau mengerdipkan matanya atau menegangkan tubuh sambil mengangkat kaki tangannya ke atas?		

3	Apabila ada suara nyaring (misalnya suara batuk, salak anjing, piring jatuh kelantai dll), apakah anak terkejut atau terlompat?		
4	Tanpa terlihat oleh anak, buat suara yang menarik perhatian anak, apakah anak langsung mengetahui posisi anda sebagai sumber suara yang berpindah-pindah		
5	Ucapkan kata-kata yang mudah dan sederhana, dapatkan anak menirukan anda?		



**6) ABBREVIATED CONNERS RATTING SCALE ( CONNERS )  
FORMULIR DETEKSI DINI**

**Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)**

(Abbreviated Connors Rattng Scale)

NO	Kegiatan yang diamati	0	1	2	3
1	Tidak kenal lelah atau aktivitas berlebihan	√			
2	Mudah menjadi gembira, impulsive		√		
3	Mengganggu anak-anak lain	√			
4	Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah dimulai, rentang perhatian pendek			√	
5	Menggerak-gerakkan anggota badan atau kepala secara terus menerus		√		

6	Kurang perhatian, mudah teralihkan		√		
7	Permintaannya harus segera dipenuhi, mudah menjadi frustrasi		√		
8	Sering dan mudah menangis		√		
9	Suasana hatinya mudah berubah dengan cepat dan drastis		√		
10	Ledakan kekesalan, tingkah laku eksplosif dan tak terduga		√		
	Jumlah	0	7	1	
	Nilai Total :	8			

**Interpretasi Hasil :**

**Tidak ditemukan indikasi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)**

**ALASAN PENGKAJIAN**

No	Jenis Pengkajian	Alasan
1.	Pertumbuhan :	
	e. Berat Badan dan Tinggi Badan : BB: 18 kg, TB: 110 cm	Tujuan Pengukuran BB dan TB ini adalah untuk menentukan status gizi anak, apakah anak normal, kurus, kurus sekali atau gemuk.
	f. Lingkar Kepala (48 Cm)	Mengetahui apakah lingkar kepala anak dalam batas normal ataukah diluar batas normal sesuai dengan usia perkembangannya.
2.	Perkembangan :	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	o. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk anak usia 12 bulan	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	p. TDD (Tes Daya Dengar)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	q. TDL (Tes Daya Lihat)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	r. Kuesioner MME	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	s. CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	t. Abbreviated Connors Rating Scala ( Connors )	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan

No	Jenis Pengkajian	Alasan
	u. Denver Development Screening Test (DDST)	- Anak (klien) usia 0-6 tahun - Apabila prematur lebih dari 2 minggu dan berumur kurang dari 2 tahun, maka dikoreksi terlebih dahulu.

### 33. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

#### Status Psikologi :

Pasien terlihat takut

#### Status Sosial :

- e. Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik
- f. Tempat tinggal serumah dengan orang tua

### 34. PEMERIKSAAN FISIK

Tekanan Darah: - MmHg    Nadi : 146 x/menit    Pernafasan: 32 x/ menit  
Suhu : 36,7°, SpO2: 98%.

#### ▪ Neurologi

Kesadaran umum klien yaitu baik (composmentis), E: Spontan, M: Mengikuti perintah, V: Orientasi baik (GSC:15). Klien tidak mengalami gangguan neurologis.

#### ▪ Pernapasan

Irama : Irama nafas reguler  
Retraksi dada : Tidak ada retraksi dinding dada  
Bentuk dada : Bentuk dada klien terlihat normal  
Pola nafas : Tidak ada kelainan pola nafas (normal)  
Suara nafas : Suara nafas normal (vesikuler pada lapang paru)  
Tidak ada cuping hidung  
Tidak ada sianosis  
Tidak menggunakan alat bantu nafas

#### ▪ Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada tanda sianosis  
Edema : Tidak ada edema pada ekstremitas atau bagian tubuh lain  
Pucat : Klien terlihat pucat

Akral : Akral klien teraba hangat

Intensitas nadi teraba kuat

CRT < 3 Detik

Irama nadi klien reguler

Clubbing finger : Tidak Ada

▪ **Gastrointestinal**

Pasien sempat mengalami BAB Cair konsistensi cair warna kekuningan dengan frekuensi 5-7 x sehari

Tidak mengalami mual ataupun muntah

Tidak ada nyeri ulu hati

Tidak ada tanda ascites pada abdomen

Peristaltik Usus: 21 x/menit / Bising usus hiperaktif

Lingkar perut : 20 cm

▪ **Eliminasi**

Defekasi

Klien BAB lewat anus (normal)

Frekuensi : 5-7x dengan konsistensi cair

Tidak terdapat darah dalam feses

Urin

Pengeluaran urine spontan dan jumlahnya sedikit

▪ **Integumen**

Warna kulit klien normal tidak ada belang atau bercak

Tidak mempunyai penyakit kulit kronis

Klien tidak berisiko mengalami dekubitus

▪ **Genetalia**

Tidak ada kelaian pada genetalia

Tidak terpasar urine kateter

▪ **Muskuloskeletal**

Kelainan Tulang : Tidak ada tanda-tanda kelainan tulang

Gerakan anak bebas

**35. SKRINING GIZI**

TB: 110 cm

BB: 15 kg

Lingkar Kepala : 30 cm

**SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)**

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? (Anak kurus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0)  √	Ya (1)
2	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir? Atau untuk bayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? <i>Jika pasien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban “Ya”</i>	Tidak (0)  √	Ya (1)
3	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 5) Diare profuse ( $\geq 5x/hari$ ) dan atau muntah ( $>3x/hari$ ) 6) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0)	Ya (1)  √
4	Apakah terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0)	Ya (1)  √
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	

**Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi**

• Diare persisten ( $\geq 2$ minggu)	• Infeksi HIV	• Wajah Dismorfik (aneh)
• Prematuritas	• Kanker	• Penyakit metabolik
• Penyakit Jantung Bawaan	• Penyakit hati kronik	• Retardasi metabolik
• Kelainan bawaan 1 atau lebih (Celah bibir&langit-labial, atresia ani, dll)	• Penyakit ginjal kronik	• Keterlambatan perkembangan
• Penyakit Akut Berat	• Penyakit paruKronik	• Luka bakar
• Paru : Pneumonia, Asma, dll	• Terdapat stoma usus halus	• Rencana operasi mayor
• Hatc : Hepatitis, dll	• Trauma	• Obesitas
	• Konstipasi berulang	
	• Gagal Tumbuh (Ukuran pendek & Mungil)	
	• Ginjal : GGA, GNA, dll	

*Skor 1-3 (resiko malnutrisi sedang) lapor DPJP dan disarankan*

### 36. STATUS FUNGSIONAL

#### PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	2
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	>13tahun	1	
Jenis kelamin	Laki-laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	4
	Perubahan dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia,anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	Kelainan psikis/ perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	3
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	2
	Pasien menggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	Pasien berada di tempat tidur	2	
	Pasien diluar ruang rawat	1	
Respon terhadap operasi/' obat penenang/efek anastesi	Dalam 24 jam	3	1
	Dalam 48 jam	2	
	>48 jam	1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
<b>TOTAL</b>			<b>17 (resiko jatuh tinggi)</b>

*Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)*

### 37. KEBUTUHAN EDUKASI

Edukasi yang diperlukan yaitu stimulasi tumbuh kembang anak

Edukasi Penanganan diare ibu/keluarga klien

Edukasi Resiko Jatuh

### 38. TERAPI OBAT

No	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1	IVFD D5 ¼ Ns	10 tpm	Rehidrasi cairan
2	Pamol Infus	50 mg/8 jam	Menurunkan demam
3	Zinc syr	1x 20 mg	Suplemen/ meningkatkan kekebalan
4	Inj Metronidazole	1x75 mg	Antibiotik
5	Lacto B	2x1	Pencernaan

### 39. PEMERIKSAAN PENUNJANG

#### 3. Pemeriksaan Laboratorium

Tgl 15 Juni 2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Hemoglobin	11.5	10.4-16.6	g/dL
Leukosit	9,2	5500-18000	/uL
Hematokrit	30,4	32-44	%
Eritrosit	3,80	3.10-5.10	10 <sup>6</sup> /uL
Trombosit	313.000	217000-497000	/uL
MCV	80.1	73-109	fL
MCH	25.0	21-33	pg/cell
MCHC	32.7	26-34	%
RDW	17.5	11.4-14.6	%
MPV	9.1	9.4 – 12.3	fL
<b>Hitung Jenis</b>			
Basofil	0.5	0-1	%
Eosinofil	4.1	1-5	%
Batang	0.2	0-8	%
Segmen	23	17-60	%
Monosit	12.4	1-11	%
Neutrofil	23.2	17.0-60.0	%
Limpfosit	58.0	20 – 70	%
Tootal Limfosit Count	10790		
Neutrofil Limfosit Ratio	0.385259631		
<b>KIMIA LENGKAP</b>			
Glukosa Sewaktu	102	<140	Mg/dL
Natrium	137	134-146	Meq/L
Kalium	5.2	3.4-4.5	Meq/L
Klorida	108	96-108	Meq/L

**SERO IMUNOLOGI**

Faeces Rutin	
Makroskopis	Kuning
Bau	Khas
Darah	Negatif
Konsistensi	LEMBEK
Lendir	NEGATIF
Parasit	NEGATIF
Mikroskopik	
Bakteri	+3
Jamur	Negatif

**C. ANALISA DATA**

No	Data	Pathway	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : nyeri karena infeksi pencernaan</li> <li>- Q : nyeri serti tertusuk tusuk</li> <li>- R : nyeri pada perut</li> <li>- S : nyeri skala 6</li> </ul> <p>- Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Sikap protektif</li> <li>- Pasien defekasi 5-7x/hari</li> <li>- Feses lembek</li> <li>- Frekuensi peristaltik meningkat</li> <li>- Bising usus 25x/menit</li> <li>- Hasil lab kultur feses: bakteri +3</li> </ul>	<p>Faktor infeksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri masuk dan berkembang dalam usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipersekresi air dan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Iritasi saluran cerna</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Agen Pencedera Fisiologis</b>

	- TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%			
2	.DS :  - Ibu pasien mengatakan anaknya selalu merasa haus dan tampak lemas  DO :  - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun	Faktor infeksi  ↓ Kehilangan cairan eksternal  ↓ Syok hipovolemik  ↓ Tubuh kehilangan oksigen dan darah  ↓ Hipovolemia	<b>Hipovolemia</b>	<b>Kehilangan Cairan Aktif</b>
3.	DS:  - Ibu pasien mengatakan anaknya umur 3 bulan  DO:  - Usia < 2 tahun	Anak usia < 2 tahun  ↓ Kognitif dan motorik dan belum  ↓ Resiko jatuh	<b>Resiko Jatuh</b>	<b>Usia &lt; 2 tahun</b>

### PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

7. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
8. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif
9. Resiko Jatuh b.d Anak Usia < 2 tahun

### J. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI
----	----	------	------

1	<b>Nyeri Akut</b> <b>b.d Agen</b> <b>Pencedera</b> <b>Fisiologis</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 689 938 913"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Memburuk</li> <li>12. Cukup memburuk</li> <li>13. Sedang</li> <li>14. Cukup membaik</li> <li>15. Membaik</li> </ol>	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	<p><b>Manajemen Nyeri (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respons nyeri non verbal</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>• Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul>
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	<b>Hipovolemia</b> <b>b.d</b> <b>Kehilangan</b> <b>Cairan Aktif</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Status Cairan ( L.03028)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 1765 938 1989"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Output cairan	2	5	<p><b>Manajemen Hipovolemia (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipovolemia</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung kebutuhan cairan</li> <li>• Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i></li> </ul>
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													
Output cairan	2	5													

		<p>Keterangan :</p> <p>11. Menurun</p> <p>12. Cukup menurun</p> <p>13. Sedang</p> <p>14. Cukup meningkat</p> <p>15. Meningkatkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan asupan cairan oral</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>• Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis</li> <li>• Kolaborasi pemberian cairan hipotonis</li> </ul>												
3.	<p><b>Resiko Jatuh b.d Anak usia &lt; 2 tahun</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan resiko jatuh dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <p><b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>11. Meningkatkan</p> <p>12. Cukup meningkat</p> <p>13. Sedang</p>	Indikator	A	T	Jatuh dari tempat tidur	2	5	Jatuh saat berdiri	3	5	Jatuh saat duduk	2	3	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>• Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>• Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci</li> <li>• Pasang <i>handrill</i> tempat tidur</li> <li>• Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p>
Indikator	A	T													
Jatuh dari tempat tidur	2	5													
Jatuh saat berdiri	3	5													
Jatuh saat duduk	2	3													

		14. Cukup menurun 15. Menurun	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>• Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ul>
--	--	----------------------------------	--

### K. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
<b>15 Juni 2024</b> 09.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Monitor Pernafasan</li> <li>- Mengkaji keadaan umum</li> </ul>	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
09.30	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab diare</li> </ul>	S: - O: - hasil lab : bakteri +3	
09.35	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> </ul>	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
09.50	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pamol Inf 2x10 mg</li> <li>- Zinc syr 1x20 mg</li> </ul>	S: O: Pasien terlihat nyaman dan tenang	
10.00	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> <li>- Orientasikan ruangan pada</li> </ul>	S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nampak tenang</li> <li>- Ibu pasien mengatakan pasien paham</li> </ul>	

		pasien dan keluarga		
10.30	1	Memberikan asupan cairan oral dan intravena	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Pasien diberikan Zinc dan D5 ¼ Ns	
11.50	3	- Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci - Memasang handrail tempat tidur - Mengatur tempat tidur pada posisi tempat tidur	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: Terpasang pagar pengaman	
12.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 36,5 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
12.30	1	Mengedukasi keluarga tentang tindakan apabila membutuhkan bantuan bisa memanggil perawat	S: Ibu klien mengatakan mengerti O:-	
<b>16 Juni 2024</b> 15.30 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
16.00 WIB	1	- Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan - Memonitor tanda gejala hipovolemia	S: - ibu pasien mengatakan memberikan makanan seperti biasa MPASI O: - Pasien tampak diare 3x/hari - Pasien tampak pucat - Mata cekung	
16.30	1,3	Melakukan Injeksi dan memberikan obat oral -	S: O: - Pasien diberikan inj pamol dan zinc syr - Pasien terlihat nyaman dan tenang	

16.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
17.30	1	- Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit - Mengambil sampel feses untuk pemeriksaan kultur	S: Ibu klien mengatakan bersedia O: - Klien kooperatif - Darah dan sampel feses terambil	
17.50	1	- Menganjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap - Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Ibu pasien kooperatif	
18.00	3	- Menganjurkan alas kaki yang tidak licin	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: klien kooperatif	
20.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
<b>17 Juni 2024 07.00</b>	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
07.30	2	Periksa tanda dan gejala hipovolemia	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun	

09.30	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Zinc syr	S : - O : pasien diberikan zinc (PO)	
09.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
10.00	2	- Hitung kebutuhan cairan - Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> - Berikan asupan cairan oral	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : pasien kooperatif	
10.30	2	- Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis - Kolaborasi pemberian cairan hipotonis	S : - O : - Pasien diberikan cairan RL 10 tpm - Pasien diberikan cairan IVFD KAEN 30 tpm	
11.00	1	Monitor TTV	: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	

## L. EVALUASI

No. Dx	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi	TTD																
1	17 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Gelisah berkurang</li> <li>- Feses tampak masih cair</li> <li>- Bising usus 14x/menit</li> <li>- S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologis</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Gelisah	2	5	4	Sikap protektif	3	5	4	Meringis	2	5	4	f
Indikator	A	T	Akhir																
Gelisah	2	5	4																
Sikap protektif	3	5	4																
Meringis	2	5	4																
2	17 Juni 2024 (14 .00)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 135 x/menit</li> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Membran mukosa tampak kering</li> <li>- Volume urine menurun</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3	f				
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																

		<table border="1"> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan asupan cairan oral</li> <li>- Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis</li> </ul>	Output cairan	2	5	3													
Output cairan	2	5	3																
3	17 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: - O: - usia &lt; 2 tahun A: Masalah keperawatan Resiko Jatuh belum teratasi dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasang <i>handraill</i> ditempat tidur</li> <li>- Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Jatuh dari tempat tidur	2	5	4	Jatuh saat berdiri	3	5	4	Jatuh saat duduk	2	3	4	f
Indikator	A	T	Akhir																
Jatuh dari tempat tidur	2	5	4																
Jatuh saat berdiri	3	5	4																
Jatuh saat duduk	2	3	4																

**BAB II**  
**TINJAUAN KASUS**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK**

<b>PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK</b> <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 021806xxxx Nama : An. D Jenis kelamin : laki-laki Berat Badan : 15,2 kg Tgl lahir : 3 Juni 2024 Alamat : Purwokerto 1/2
<b>Tanggal Masuk Rumah Sakit</b>	<b>Waktu Pemeriksaan</b>	<b>Ruangan: Aster</b>
21 Juni 2024	09.00 WIB	

**M. PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

**40. KELUHAN UTAMA**

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses.

**Riwayat penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini)**

Pasien datang dari IGD anak pada tanggal 12 Juni 2024 dengan keluhan demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari ada lendir dan tidak ada darah. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Juni 2024 didapatkan data yaitu pasien tidak demam, tidak kejang, dan diare sebanyak 5 kali dengan warna kuning, lendir (+), darah (-). Terdapat juga ruam disekitar bokong pasien. Kesadaran umum pasien baik/composentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD :105/64 MmHg, Nadi 146 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO2: 98%, Suhu 36,7 °C. Pasien didiagnosa yaitu disentri

**Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pasien belum pernah dirawat di Rumah Sakit Sebelumnya.

**Riwayat Kesehatan Keluarga**

Tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien.

**ALERGI / REAKSI**

Tidak ada alergi

Alergi Obat, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi makanan, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi lainnya, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Tidak diketahui

#### 41. RIWAYAT KELAHIRAN

Usia kehamilan: 37 mgg + 6 hari BB lahir: 3460 gr PB lahir: 48 cm

Persalinan : Normal

Menangis : Ya Tidak

Riwayat kuning : Ya Tidak

#### 42. RIWAYAT IMUNISASI DASAR

Lengkap : DPT-HB-Hib 1x, PVC

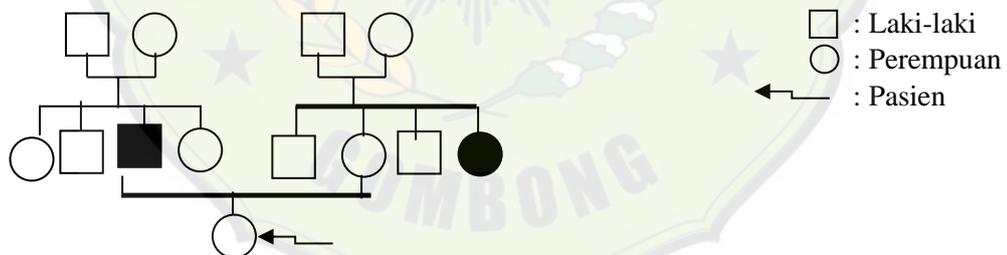
#### 43. RIWAYAT KELUARGA

Ibu: Ny. D Umur: 25 th Bangsa: Indonesia Kesehatan: Sehat

Ayah: Tn. A Umur: 28 th Bangsa: Indonesia Kesehatan : Sehat

Anak lainnya: -

##### Genogram 3 generasi



Kesimpulan: Ibu-Bapak dari pihak Ayah klien memiliki anak 4, ayah klien anak ke 3 dari 4 bersaudara dengan jenis kelamin (Perempuan, Laki-laki, laki-laki dan perempuan) dan Ibu-Bapak dari pihak Ibu klien memiliki 4 anak ibu klien anak nomor 4. Klien merupakan anak pertama.

#### 44. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL GORDON

28. Persepsi kesehatan- pola menejemen kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan jika anaknya sakit dibawa ke rs atau klinik dokter.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan patuh memberikan obat kepada klien saat sakit dan mengatakan mematuhi anjuran dari dokter dan perawat terkait kondisi penyakitnya.

29. Pola nutrisi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI saja  
Saat sakit : Ibu klien mengatakan klien diberikan ASI saja
30. Pola eliminasi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 3x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kekuningan dan BAK 4-6x sehari.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 5-10 x sehari dengan konsistensi cair berwarna kuning dan BAK 4x sehari.
31. Pola latihan dan aktivitas  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kesulitan dalam perkembangan berjalan.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien hanya bisa terbaring di tempat tidur aktif ketika menagis/ rewel.
32. Pola persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien selalu diajak berinteraksi dengan keluarga  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien fungsi indra baik.
33. Pola tidur dan istirahat  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidur siang kurang lebih 2-3 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien bisa tidur, rewel karena diare dan lapar.
34. Konsep diri dan persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien aktif  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien anaknya menjadi lemas dan rewel.
35. Peran dan pola hubungan  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan hubungan dengan keluarga masih baik.
36. Pola reproduksi dan seksual  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kelainan organ reproduksi  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien sama seperti sebelum sakit.
10. Pola pertahanan diri (coping)- stress-toleransi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan setiap pagi mengajak anaknya berjemur dan jalan-jalan sekitar rumah  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan anak sering digendong agar lebih tenang.

11. Pola keyakinan dan nilai

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam

Setelah sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam klien sakit adalah ujian dari Allah SWT.

**45. RIWAYAT TUMBUH KEMBANGAN**

**Pengkajian Pertumbuhan dan Perkembangan**

**g. Pertumbuhan**

Berat Badan ( BB ) : 3560 kg

Panjang Badan ( PB ) : 48 cm

IMT : 5,63 (normal)

**h. Perkembangan:**

**DDST PADA ANAK UMUR 1 TAHUN**

SEKTOR	RESPON ANAK	KESIMPULAN
PERSONAL SOSIAL	Dapat berekspresi Menatap muka	
ADAPTIF- MOTORIK HALUS	Mengikuti ke garis tengah	
BAHASA	Ada respon terhadap suara	
MOTORIK KASAR	Berguling Berjalan	

**7) TES DAYA DENGAR ( TDD )**

**d. Tes Daya Dengar**

NO	UMUR 12-24 bulan	YA	TIDAK
1	Pada waktu anak tidur kemudian anda berbicara atau membuat kegaduhan, apakah bayi akan bergerak atau terbangun dari tidurnya?		
2	Pada waktu anak tidur terlentang dan anda duduk didekat kepala bayi pada posisi yang tidak terlihat oleh bayi, kemudian anda bertepuk tangan dengan keras, apakah bayi terkejut atau mengerdipkan matanya atau menegangkan tubuh sambil mengangkat kaki tangannya ke atas?		

3	Apabila ada suara nyaring (misalnya suara batuk, salak anjing, piring jatuh kelantai dll), apakah anak terkejut atau terlompat?		
4	Tanpa terlihat oleh anak, buat suara yang menarik perhatian anak, apakah anak langsung mengetahui posisi anda sebagai sumber suara yang berpindah-pindah		
5	Ucapkan kata-kata yang mudah dan sederhana, dapatkan anak menirukan anda?		



**8) ABBREVIATED CONNERS RATTING SCALA ( CONNERS )  
FORMULIR DETEKSI DINI**

**Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)**  
(Abbreviated Connors Rattng Scale)

NO	Kegiatan yang diamati	0	1	2	3
1	Tidak kenal lelah atau aktivitas berlebihan	√			
2	Mudah menjadi gembira, impulsive		√		
3	Mengganggu anak-anak lain	√			
4	Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah dimulai, rentang perhatian pendek			√	
5	Menggerak-gerakkan anggota badan atau kepala secara terus menerus		√		

6	Kurang perhatian, mudah teralihkan		√		
7	Permintaannya harus segera dipenuhi, mudah menjadi frustrasi		√		
8	Sering dan mudah menangis		√		
9	Suasana hatinya mudah berubah dengan cepat dan drastis		√		
10	Ledakan kekesalan, tingkah laku eksplosif dan tak terduga		√		
	Jumlah	0	7	1	
	Nilai Total :	8			

**Interpretasi Hasil :**

**Tidak ditemukan indikasi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)**

**ALASAN PENGKAJIAN**

No	Jenis Pengkajian	Alasan
1.	Pertumbuhan :	
	g. Berat Badan dan Tinggi Badan : BB: 15 kg, TB: 110 cm	Tujuan Pengukuran BB dan TB ini adalah untuk menentukan status gizi anak, apakah anak normal, kurus, kurus sekali atau gemuk.
	h. Lingkar Kepala (48 Cm)	Mengetahui apakah lingkar kepala anak dalam batas normal ataukah diluar batas normal sesuai dengan usia perkembangannya.
2.	Perkembangan :	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	v. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk anak usia 12 bulan	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	w. TDD (Tes Daya Dengar)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	x. TDL (Tes Daya Lihat)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	y. Kuesioner MME	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	z. CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	aa. Abbreviated Connors Rating Scala ( Connors )	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan

No	Jenis Pengkajian	Alasan
	bb. Denver Development Screening Test (DDST)	- Anak (klien) usia 0-6 tahun - Apabila prematur lebih dari 2 minggu dan berumur kurang dari 2 tahun, maka dikoreksi terlebih dahulu.

#### 46. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

##### Status Psikologi :

Pasien terlihat takut

##### Status Sosial :

- g. Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik
- h. Tempat tinggal serumah dengan orang tua

#### 47. PEMERIKSAAN FISIK

Tekanan Darah: - MmHg    Nadi : 146 x/menit    Pernafasan: 32 x/ menit  
Suhu : 36,7°, SpO2: 98%.

##### ▪ Neurologi

Kesadaran umum klien yaitu baik (composmentis), E: Spontan, M: Mengikuti perintah, V: Orientasi baik (GSC:15). Klien tidak mengalami gangguan neurologis.

##### ▪ Pernapasan

Irama : Irama nafas reguler  
Retraksi dada : Tidak ada retraksi dinding dada  
Bentuk dada : Bentuk dada klien terlihat normal  
Pola nafas : Tidak ada kelainan pola nafas (normal)  
Suara nafas : Suara nafas normal (vesikuler pada lapang paru)  
Tidak ada cuping hidung  
Tidak ada sianosis  
Tidak menggunakan alat bantu nafas

##### ▪ Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada tanda sianosis  
Edema : Tidak ada edema pada ekstremitas atau bagian tubuh lain  
Pucat : Klien terlihat pucat

Akral : Akral klien teraba hangat

Intensitas nadi teraba kuat

CRT < 3 Detik

Irama nadi klien reguler

Clubbing finger : Tidak Ada

▪ **Gastrointestinal**

Pasien sempat mengalami BAB Cair konsistensi cair warna kekuningan dengan frekuensi 5-7 x sehari

Tidak mengalami mual ataupun muntah

Tidak ada nyeri ulu hati

Tidak ada tanda ascites pada abdomen

Peristaltik Usus: 21 x/menit / Bising usus hiperaktif

Lingkar perut : 20 cm

▪ **Eliminasi**

Defekasi

Klien BAB lewat anus (normal)

Frekuensi : 5-7x dengan konsistensi cair

Tidak terdapat darah dalam feses

Urin

Pengeluaran urine spontan dan jumlahnya sedikit

▪ **Integumen**

Warna kulit klien normal tidak ada belang atau bercak

Tidak mempunyai penyakit kulit kronis

Klien tidak berisiko mengalami dekubitus

▪ **Genetalia**

Tidak ada kelaian pada genetalia

Tidak terpasar urine kateter

▪ **Muskuloskeletal**

Kelainan Tulang : Tidak ada tanda-tanda kelainan tulang

Gerakan anak bebas

**48. SKRINING GIZI**

TB: 110 cm

BB: 15 kg

Lingkar Kepala : 30 cm

**SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)**

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? (Anak kurus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0)  √	Ya (1)
2	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir? Atau untuk bayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? <i>Jika pasien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban “Ya”</i>	Tidak (0)  √	Ya (1)
3	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 7) Diare profuse ( $\geq 5x/hari$ ) dan atau muntah ( $>3x/hari$ ) 8) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0)	Ya (1) √
4	Apakah terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0)	Ya (1) √
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	

**Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi**

• Diare persisten ( $\geq 2$ minggu)	• Infeksi HIV	• Wajah Dismorfik (aneh)
• Prematuritas	• Kanker	• Penyakit metabolik
• Penyakit Jantung Bawaan	• Penyakit hati kronik	• Retardasi metabolik
• Kelainan bawaan 1 atau lebih (Celah bibir&langit-labial, atresia ani, dll)	• Penyakit ginjal kronik	• Keterlambatan perkembangan
• Penyakit Akut Berat	• Penyakit paruKronik	• Luka bakar
• Paru : Pneumonia, Asma, dll	• Terdapat stoma usus halus	• Rencana operasi mayor
• Hatc : Hepatitis, dll	• Trauma	• Obesitas
	• Konstipasi berulang	
	• Gagal Tumbuh (Ukuran pendek & Mungil)	
	• Ginjal : GGA, GNA, dll	

*Skor 1-3 (resiko malnutrisi sedang) lapor DPJP dan disarankan*

#### 49. STATUS FUNGSIONAL

##### PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	2
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	>13tahun	1	
Jenis kelamin	Laki-laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	4
	Perubahan dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia,anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	Kelainan psikis/ perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	3
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	2
	Pasien menggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	Pasien berada di tempat tidur	2	
	Pasien diluar ruang rawat	1	
Respon terhadap operasi/' obat penenang/efek anastesi	Dalam 24 jam	3	1
	Dalam 48 jam	2	
	>48 jam	1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
<b>TOTAL</b>			<b>17 (resiko jatuh tinggi)</b>

*Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)*

#### 50. KEBUTUHAN EDUKASI

Edukasi yang diperlukan yaitu stimulasi tumbuh kembang anak

Edukasi Penanganan diare ibu/keluarga klien

Edukasi Resiko Jatuh

## 51. TERAPI OBAT

No	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1	IVFD D5 ¼ Ns	10 tpm	Rehidrasi cairan
2	Pamol Infus	50 mg/8 jam	Menurunkan demam
3	Zinc syr	1x 20 mg	Suplemen/ meningkatkan kekebalan
4	Inj Metronidazole	1x75 mg	Antibiotik
5	Lacto B	2x1	Pencernaan

## 52. PEMERIKSAAN PENUNJANG

### 4. Pemeriksaan Laboratorium

Tgl 21 Juni 2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Hemoglobin	9.5	10.4-16.6	g/dL
Leukosit	9,2	5500-18000	/uL
Hematokrit	30,4	32-44	%
Eritrosit	3,80	3.10-5.10	10 <sup>6</sup> /uL
Trombosit	313.000	217000-497000	/uL
MCV	80.1	73-109	fL
MCH	25.0	21-33	pg/cell
MCHC	32.7	26-34	%
RDW	17.5	11.4-14.6	%
MPV	9.1	9.4 – 12.3	fL
<b>Hitung Jenis</b>			
Basofil	0.5	0-1	%
Eosinofil	4.1	1-5	%
Batang	0.2	0-8	%
Segmen	23	17-60	%
Monosit	12.4	1-11	%
Neutrofil	23.2	17.0-60.0	%
Limpfosit	58.0	20 – 70	%
Tootal Limfosit Count	10790		
Neutrofil Limfosit Ratio	0.385259631		
<b>KIMIA LENGKAP</b>			
Glukosa Sewaktu	102	<140	Mg/dL
Natrium	137	134-146	Meq/L
Kalium	5.2	3.4-4.5	Meq/L
Klorida	108	96-108	Meq/L

**SERO IMUNOLOGI**

Faeces Rutin	
Makroskopis	Kuning
Bau	Khas
Darah	Negatif
Konsistensi	LEMBEK
Lendir	NEGATIF
Parasit	NEGATIF
Mikroskopik	
Bakteri	+3
Jamur	Negatif

**D. ANALISA DATA**

No	Data	Pathway	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : nyeri karena infeksi pencernaan</li> <li>- Q : nyeri serti tertusuk tusuk</li> <li>- R : nyeri pada perut</li> <li>- S : nyeri skala 6</li> </ul> <p>- Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Sikap protektif</li> <li>- Pasien defekasi 5-7x/hari</li> <li>- Feses lembek</li> <li>- Frekuensi peristaltik meningkat</li> <li>- Bising usus 25x/menit</li> <li>- Hasil lab kultur feses: bakteri +3</li> </ul>	<p>Faktor infeksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri masuk dan berkembang dalam usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipersekresi air dan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Iritasi saluran cerna</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Agen Pencedera Fisiologis</b>

	- TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%			
2	<p>.DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu pasien mengatakan anaknya selalu merasa haus dan tampak lemas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 135 x/menit</li> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Membran mukosa tampak kering</li> <li>- Volume urine menurun</li> </ul>	<p>Faktor infeksi</p> <p>↓</p> <p>Kehilangan cairan eksternal</p> <p>↓</p> <p>Syok hipovolemik</p> <p>↓</p> <p>Tubuh kehilangan oksigen dan darah</p> <p>↓</p> <p>Hipovolemia</p>	<b>Hipovolemia</b>	<b>Kehilangan Cairan Aktif</b>
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu pasien mengatakan anaknya umur 3 bulan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usia &lt; 2 tahun</li> </ul>	<p>Anak usia &lt; 2 tahun</p> <p>↓</p> <p>Kognitif dan motorik dan belum</p> <p>↓</p> <p>Resiko jatuh</p>	<b>Resiko Jatuh</b>	<b>Usia &lt; 2 tahun</b>

### PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

10. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
11. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif
12. Resiko Jatuh b.d Anak Usia < 2 tahun

### N. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI
----	----	------	------

1	<b>Nyeri Akut</b> <b>b.d Agen</b> <b>Pencedera</b> <b>Fisiologis</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 689 935 913"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>16. Memburuk  17. Cukup memburuk  18. Sedang  19. Cukup membaik  20. Membaik</p>	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	<p><b>Manajemen Nyeri (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respons nyeri non verbal</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>• Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul>
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	<b>Hipovolemia</b> <b>b.d</b> <b>Kehilangan</b> <b>Cairan Aktif</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Status Cairan ( L.03028)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 1765 935 1989"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Output cairan	2	5	<p><b>Manajemen Hipovolemia (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipovolemia</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung kebutuhan cairan</li> <li>• Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i></li> </ul>
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													
Output cairan	2	5													

		<p>Keterangan :</p> <p>16. Menurun</p> <p>17. Cukup menurun</p> <p>18. Sedang</p> <p>19. Cukup meningkat</p> <p>20. Meningkatkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan asupan cairan oral</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>• Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis</li> <li>• Kolaborasi pemberian cairan hipotonis</li> </ul>												
3.	<p><b>Resiko Jatuh b.d Anak usia &lt; 2 tahun</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan resiko jatuh dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <p><b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>16. Meningkatkan</p> <p>17. Cukup meningkat</p> <p>18. Sedang</p>	Indikator	A	T	Jatuh dari tempat tidur	2	5	Jatuh saat berdiri	3	5	Jatuh saat duduk	2	3	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>• Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>• Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci</li> <li>• Pasang <i>handrill</i> tempat tidur</li> <li>• Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p>
Indikator	A	T													
Jatuh dari tempat tidur	2	5													
Jatuh saat berdiri	3	5													
Jatuh saat duduk	2	3													

		19. Cukup menurun 20. Menurun	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ul>
--	--	----------------------------------	--

### O. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
<b>21 Juni 2024</b> 09.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitor TTV</li> <li>Monitor Pernafasan</li> <li>Mengkaji keadaan umum</li> </ul>	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
09.30	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penyebab diare</li> </ul>	S: - O: - hasil lab : bakteri +3	
09.35	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> </ul>	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
09.50	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral <ul style="list-style-type: none"> <li>Pamol Inf 2x10 mg</li> <li>Zinc syr 1x20 mg</li> </ul>	S: O: Pasien terlihat nyaman dan tenang	
10.00	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> <li>Orientasikan ruangan pada</li> </ul>	S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien nampak tenang</li> <li>Ibu pasien mengatakan pasien paham</li> </ul>	

		pasien dan keluarga		
10.30	1	Memberikan asupan cairan oral dan intravena	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Pasien diberikan Zinc dan D5 ¼ Ns	
11.50	3	- Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci - Memasang handrail tempat tidur - Mengatur tempat tidur pada posisi tempat tidur	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: Terpasang pagar pengaman	
12.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 36,5 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
12.30	1	Mengedukasi keluarga tentang tindakan apabila membutuhkan bantuan bisa memanggil perawat	S: Ibu klien mengatakan mengerti O:-	
<b>22 Juni 2024</b> 15.30 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
16.00 WIB	1	- Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan - Memonitor tanda gejala hipovolemia	S: - ibu pasien mengatakan memberikan makanan seperti biasa MPASI O: - Pasien tampak diare 3x/hari - Pasien tampak pucat - Mata cekung	
16.30	1,3	Melakukan Injeksi dan memberikan obat oral -	S: O: - Pasien diberikan inj pamol dan zinc syr - Pasien terlihat nyaman dan tenang	

16.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
17.30	1	- Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit - Mengambil sampel feses untuk pemeriksaan kultur	S: Ibu klien mengatakan bersedia O: - Klien kooperatif - Darah dan sampel feses terambil	
17.50	1	- Menganjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap - Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Ibu pasien kooperatif	
18.00	3	- Menganjurkan alas kaki yang tidak licin	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: klien kooperatif	
20.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
<b>23 Juni 2024 07.00</b>	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
07.30	2	Periksa tanda dan gejala hipovolemia	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun	

09.30	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Zinc syr	S : - O : pasien diberikan zinc (PO)	
09.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
10.00	2	- Hitung kebutuhan cairan - Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> - Berikan asupan cairan oral	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : pasien kooperatif	
10.30	2	- Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis - Kolaborasi pemberian cairan hipotonis	S : - O : - Pasien diberikan cairan RL 10 tpm - Pasien diberikan cairan IVFD KAEN 30 tpm	
11.00	1	Monitor TTV	: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	

**P. EVALUASI**

No. Dx	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi	TTD																
1	23 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Gelisah berkurang</li> <li>- Feses tampak masih cair</li> <li>- Bising usus 14x/menit</li> <li>- S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1" data-bbox="651 943 1118 1104"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologis</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Gelisah	2	5	4	Sikap protektif	3	5	4	Meringis	2	5	4	
Indikator	A	T	Akhir																
Gelisah	2	5	4																
Sikap protektif	3	5	4																
Meringis	2	5	4																
2	23 Juni 2024 (14 .00)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 135 x/menit</li> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Membran mukosa tampak kering</li> <li>- Volume urine menurun</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="651 1709 1099 1928"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3					
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																

		<table border="1"> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan asupan cairan oral</li> <li>- Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis</li> </ul>	Output cairan	2	5	3													
Output cairan	2	5	3																
3	23 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: - O: - usia &lt; 2 tahun A: Masalah keperawatan Resiko Jatuh belum teratasi dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasang <i>handraill</i> ditempat tidur</li> <li>- Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Jatuh dari tempat tidur	2	5	4	Jatuh saat berdiri	3	5	4	Jatuh saat duduk	2	3	4	f
Indikator	A	T	Akhir																
Jatuh dari tempat tidur	2	5	4																
Jatuh saat berdiri	3	5	4																
Jatuh saat duduk	2	3	4																

**BAB II**  
**TINJAUAN KASUS**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK**

<b>PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK</b> <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 021806xxxx Nama : An. S Jenis kelamin : perempuan Berat Badan : 8,5 kg Tgl lahir : 3 Juni 2024 Alamat : Sokaraja 1/2
<b>Tanggal Masuk Rumah Sakit</b>	<b>Waktu Pemeriksaan</b>	<b>Ruangan: Aster</b>
10 Juni 2024	09.00 WIB	

**Q. PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

**53. KELUHAN UTAMA**

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses.

**Riwayat penyakit sekarang: (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini)**

Pasien datang dari IGD anak pada tanggal 10 Juni 2024 dengan keluhan demam sejak 2 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari ada lendir dan tidak ada darah. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Juni 2024 didapatkan data yaitu pasien tidak demam, tidak kejang, dan diare sebanyak 5 kali dengan warna kuning, lendir (+), darah (-). Terdapat juga ruam disekitar bokong pasien. Kesadaran umum pasien baik/composentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD :99/64 MmHg, Nadi 116 x/menit, RR: 24 x/menit, SpO2: 98%, Suhu 36,7 °C. Pasien didiagnosa yaitu disentri

**Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pasien belum pernah dirawat di Rumah Sakit Sebelumnya.

**Riwayat Kesehatan Keluarga**

Tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan klien.

**ALERGI / REAKSI**

Tidak ada alergi

Alergi Obat, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi makanan, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Alergi lainnya, sebutkan: Tidak ada

Reaksi: -

Tidak diketahui

#### 54. RIWAYAT KELAHIRAN

Usia kehamilan: 36 mgg + 6 hari BB lahir: 3560 gr PB lahir: 48 cm

Persalinan : Normal

Menangis : Ya Tidak

Riwayat kuning : Ya Tidak

#### 55. RIWAYAT IMUNISASI DASAR

Lengkap : DPT-HB-Hib 1x, PVC

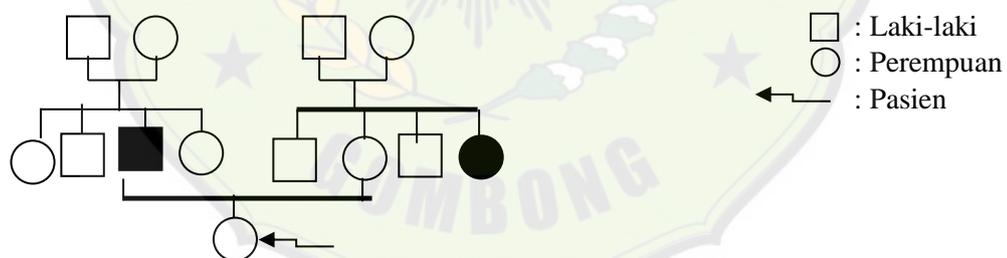
#### 56. RIWAYAT KELUARGA

Ibu: Ny. C Umur: 23 th Bangsa: Indonesia Kesehatan: Sehat

Ayah: Tn. N Umur: 25 th Bangsa: Indonesia Kesehatan : Sehat

Anak lainnya: -

##### Genogram 3 generasi



Kesimpulan: Ibu-Bapak dari pihak Ayah klien memiliki anak 4, ayah klien anak ke 3 dari 4 bersaudara dengan jenis kelamin (Perempuan, Laki-laki, laki-laki dan perempuan) dan Ibu-Bapak dari pihak Ibu klien memiliki 4 anak ibu klien anak nomor 4. Klien merupakan anak pertama.

#### 57. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL GORDON

37. Persepsi kesehatan- pola menejemen kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan jika anaknya sakit dibawa ke rs atau klinik dokter.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan patuh memberikan obat kepada klien saat sakit dan mengatakan mematuhi anjuran dari dokter dan perawat terkait kondisi penyakitnya.

38. Pola nutrisi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI saja  
Saat sakit : Ibu klien mengatakan klien diberikan ASI saja
39. Pola eliminasi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 3x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kekuningan dan BAK 4-6x sehari.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien BAB 5-10 x sehari dengan konsistensi cair berwarna kuning dan BAK 4x sehari.
40. Pola latihan dan aktivitas  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kesulitan dalam perkembangan berjalan.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien hanya bisa terbaring di tempat tidur aktif ketika menagis/ rewel.
41. Pola persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien selalu diajak berinteraksi dengan keluarga  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien fungsi indra baik.
42. Pola tidur dan istirahat  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidur siang kurang lebih 2-3 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien bisa tidur, rewel karena diare dan lapar.
43. Konsep diri dan persepsi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien aktif  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien anaknya menjadi lemas dan rewel.
44. Peran dan pola hubungan  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga.  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan hubungan dengan keluarga masih baik.
45. Pola reproduksi dan seksual  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kelainan organ reproduksi  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan klien sama seperti sebelum sakit.
10. Pola pertahanan diri (coping)- stress-toleransi  
Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan setiap pagi mengajak anaknya berjemur dan jalan-jalan sekitar rumah  
Setelah sakit : Ibu klien mengatakan anak sering digendong agar lebih tenang.

11. Pola keyakinan dan nilai

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam

Setelah sakit : Ibu klien mengatakan beragama Islam klien sakit adalah ujian dari Allah SWT.

**58. RIWAYAT TUMBUH KEMBANGAN**

**Pengkajian Pertumbuhan dan Perkembangan**

**i. Pertumbuhan**

Berat Badan ( BB ) : 3560 kg

Panjang Badan ( PB ) : 48 cm

IMT : 5,63 (normal)

**j. Perkembangan:**

**DDST PADA ANAK UMUR 1 TAHUN**

SEKTOR	RESPON ANAK	KESIMPULAN
PERSONAL SOSIAL	Dapat berekspresi Menatap muka	
ADAPTIF- MOTORIK HALUS	Mengikuti ke garis tengah	
BAHASA	Ada respon terhadap suara	
MOTORIK KASAR	Berguling Berjalan	

**9) TES DAYA DENGAR ( TDD )**

**e. Tes Daya Dengar**

NO	UMUR 12-24 bulan	YA	TIDAK
1	Pada waktu anak tidur kemudian anda berbicara atau membuat kegaduhan, apakah bayi akan bergerak atau terbangun dari tidurnya?		
2	Pada waktu anak tidur terlentang dan anda duduk didekat kepala bayi pada posisi yang tidak terlihat oleh bayi, kemudian anda bertepuk tangan dengan keras, apakah bayi terkeut atau mengerdipkan matanya atau menegangkan tubuh sambil mengangkat kaki tangannya ke atas?		

3	Apabila ada suara nyaring (misalnya suara batuk, salak anjing, piring jatuh kelantai dll), apakah anak terkejut atau terlompat?		
4	Tanpa terlihat oleh anak, buat suara yang menarik perhatian anak, apakah anak langsung mengetahui posisi anda sebagai sumber suara yang berpindah-pindah		
5	Ucapkan kata-kata yang mudah dan sederhana, dapatkan anak menirukan anda?		



**10) ABBREVIATED CONNERS RATTING SCALE ( CONNERS )  
FORMULIR DETEKSI DINI**

**Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)**  
(Abbreviated Connors Rattng Scale)

NO	Kegiatan yang diamati	0	1	2	3
1	Tidak kenal lelah atau aktivitas berlebihan	√			
2	Mudah menjadi gembira, impulsive		√		
3	Mengganggu anak-anak lain	√			
4	Gagal menyelesaikan kegiatan yang telah dimulai, rentang perhatian pendek			√	
5	Menggerak-gerakkan anggota badan atau kepala secara terus menerus		√		

6	Kurang perhatian, mudah teralihkan		√		
7	Permintaannya harus segera dipenuhi, mudah menjadi frustrasi		√		
8	Sering dan mudah menangis		√		
9	Suasana hatinya mudah berubah dengan cepat dan drastis		√		
10	Ledakan kekesalan, tingkah laku eksplosif dan tak terduga		√		
	Jumlah	0	7	1	
	Nilai Total :	8			

**Interpretasi Hasil :**

**Tidak ditemukan indikasi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)**

**ALASAN PENGKAJIAN**

No	Jenis Pengkajian	Alasan
1.	Pertumbuhan :	
	i. Berat Badan dan Tinggi Badan : BB: 12 kg, TB: 110 cm	Tujuan Pengukuran BB dan TB ini adalah untuk menentukan status gizi anak, apakah anak normal, kurus, kurus sekali atau gemuk.
	j. Lingkar Kepala (48 Cm)	Mengetahui apakah lingkar kepala anak dalam batas normal ataukah diluar batas normal sesuai dengan usia perkembangannya.
2.	Perkembangan :	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	cc. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk anak usia 12 bulan	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	dd. TDD (Tes Daya Dengar)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	ee. TDL (Tes Daya Lihat)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	ff. Kuesioner MME	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	gg. CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	hh. Abbreviated Connors Rating Scala ( Connors )	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan

No	Jenis Pengkajian	Alasan
	ii. Denver Development Screening Test (DDST)	- Anak (klien) usia 0-6 tahun - Apabila prematur lebih dari 2 minggu dan berumur kurang dari 2 tahun, maka dikoreksi terlebih dahulu.

## 59. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

### Status Psikologi :

Pasien terlihat takut

### Status Sosial :

- i. Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik
- j. Tempat tinggal serumah dengan orang tua

## 60. PEMERIKSAAN FISIK

Tekanan Darah: - MmHg    Nadi : 146 x/menit    Pernafasan: 32 x/ menit  
Suhu : 36,7°, SpO2: 98%.

### ▪ Neurologi

Kesadaran umum klien yaitu baik (composmentis), E: Spontan, M: Mengikuti perintah, V: Orientasi baik (GSC:15). Klien tidak mengalami gangguan neurologis.

### ▪ Pernapasan

Irama : Irama nafas reguler  
Retraksi dada : Tidak ada retraksi dinding dada  
Bentuk dada : Bentuk dada klien terlihat normal  
Pola nafas : Tidak ada kelainan pola nafas (normal)  
Suara nafas : Suara nafas normal (vesikuler pada lapang paru)  
Tidak ada cuping hidung  
Tidak ada sianosis  
Tidak menggunakan alat bantu nafas

### ▪ Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada tanda sianosis  
Edema : Tidak ada edema pada ekstremitas atau bagian tubuh lain  
Pucat : Klien terlihat pucat

Akral : Akral klien teraba hangat

Intensitas nadi teraba kuat

CRT < 3 Detik

Irama nadi klien reguler

Clubbing finger : Tidak Ada

▪ **Gastrointestinal**

Pasien sempat mengalami BAB Cair konsistensi cair warna kekuningan dengan frekuensi 5-7 x sehari

Tidak mengalami mual ataupun muntah

Tidak ada nyeri ulu hati

Tidak ada tanda ascites pada abdomen

Peristaltik Usus: 21 x/menit / Bising usus hiperaktif

Lingkar perut : 20 cm

▪ **Eliminasi**

Defekasi

Klien BAB lewat anus (normal)

Frekuensi : 5-7x dengan konsistensi cair

Tidak terdapat darah dalam feses

Urin

Pengeluaran urine spontan dan jumlahnya sedikit

▪ **Integumen**

Warna kulit klien normal tidak ada belang atau bercak

Tidak mempunyai penyakit kulit kronis

Klien tidak berisiko mengalami dekubitus

▪ **Genetalia**

Tidak ada kelaian pada genetalia

Tidak terpasar urine kateter

▪ **Muskuloskeletal**

Kelainan Tulang : Tidak ada tanda-tanda kelainan tulang

Gerakan anak bebas

**61. SKRINING GIZI**

TB: 110 cm

BB: 15 kg

Lingkar Kepala : 30 cm

**SKRINING GIZI ANAK USIA 1 BULAN – 18 TAHUN (MODIFIKASI STRONG – KIDS)**

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang atau buruk secara klinis? (Anak kurus/ sangat kurus, mata cekung, wajah tampak “tua”, edema, rambut tipis dan jarang, otot lengan dan paha tipis, iga gambang, perut kempes, bokong tipis dan kisut)	Tidak (0)  √	Ya (1)
2	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir? Atau untuk bayi <1 tahun berat badan tidak naik selama 3 bulan terakhir? <i>Jika pasien menjawab tidak tahu, dianggap jawaban “Ya”</i>	Tidak (0)  √	Ya (1)
3	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? 9) Diare profuse ( $\geq 5x/hari$ ) dan atau muntah ( $>3x/hari$ ) 10) Asupan makan berkurang selama 1 minggu terakhir	Tidak (0)	Ya (1) √
4	Apakah terdapat penyakit dasar atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (lihat tabel di bawah)?	Tidak (0)	Ya (1) √
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	

**Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi**

• Diare persisten ( $\geq 2$ minggu)	• Infeksi HIV	• Wajah Dismorfik (aneh)
• Prematuritas	• Kanker	• Penyakit metabolik
• Penyakit Jantung Bawaan	• Penyakit hati kronik	• Retardasi metabolik
• Kelainan bawaan 1 atau lebih (Celah bibir&langit-labial, atresia ani, dll)	• Penyakit ginjal kronik	• Keterlambatan perkembangan
• Penyakit Akut Berat	• Penyakit paruKronik	• Luka bakar
• Paru : Pneumonia, Asma, dll	• Terdapat stoma usus halus	• Rencana operasi mayor
• Hatc : Hepatitis, dll	• Trauma	• Obesitas
	• Konstipasi berulang	
	• Gagal Tumbuh (Ukuran pendek & Mungil)	
	• Ginjal : GGA, GNA, dll	

*Skor 1-3 (resiko malnutrisi sedang) lapor DPJP dan disarankan*

## 62. STATUS FUNGSIONAL

### PENGAJIAN RISIKO JATUH ANAK (SKALA HUMPTY DUMPTY)

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	2
	3-7 tahun	3	
	7-13 tahun	2	
	>13tahun	1	
Jenis kelamin	Laki-laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	4
	Perubahan dalam oksigenisasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia,anorexia, sinkop, Sakit kepala dll)	3	
	Kelainan psikis/ perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	3
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/ anak	4	2
	Pasien menggunakan alat bantu atau box/ mebel	3	
	Pasien berada di tempat tidur	2	
	Pasien diluar ruang rawat	1	
Respon terhadap operasi/' obat penenang/efek anastesi	Dalam 24 jam	3	1
	Dalam 48 jam	2	
	>48 jam	1	
Penggunaan obat	Penggunaan obat: sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturat, fenotialin, antidepresan, laksatif/ diuretika, narkotik	3	1
	Salah satu dari pengobatan diatas	2	
	Pengobatan lain	1	
<b>TOTAL</b>			<b>17 (resiko jatuh tinggi)</b>

*Skor : 7 – 11 (resiko jatuh rendah); ≥ 12 (resiko jatuh tinggi)*

## 63. KEBUTUHAN EDUKASI

Edukasi yang diperlukan yaitu stimulasi tumbuh kembang anak

Edukasi Penanganan diare ibu/keluarga klien

Edukasi Resiko Jatuh

#### 64. TERAPI OBAT

No	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1	IVFD D5 ¼ Ns	10 tpm	Rehidrasi cairan
2	Pamol Infus	50 mg/8 jam	Menurunkan demam
3	Zinc syr	1x 20 mg	Suplemen/ meningkatkan kekebalan
4	Inj Metronidazole	1x75 mg	Antibiotik
5	Lacto B	2x1	Pencernaan

#### 65. PEMERIKSAAN PENUNJANG

##### 5. Pemeriksaan Laboratorium

Tgl 10 Juni 2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Hemoglobin	12.5	10.4-16.6	g/dL
Leukosit	9,2	5500-18000	/uL
Hematokrit	30,4	32-44	%
Eritrosit	3,80	3.10-5.10	10 <sup>6</sup> /uL
Trombosit	313.000	217000-497000	/uL
MCV	80.1	73-109	fL
MCH	25.0	21-33	pg/cell
MCHC	32.7	26-34	%
RDW	17.5	11.4-14.6	%
MPV	9.1	9.4 – 12.3	fL
<b>Hitung Jenis</b>			
Basofil	0.5	0-1	%
Eosinofil	4.1	1-5	%
Batang	0.2	0-8	%
Segmen	23	17-60	%
Monosit	12.4	1-11	%
Neutrofil	23.2	17.0-60.0	%
Limpfosit	58.0	20 – 70	%
Tootal Limfosit Count	10790		
Neutrofil Limfosit Ratio	0.385259631		
<b>KIMIA LENGKAP</b>			
Glukosa Sewaktu	102	<140	Mg/dL
Natrium	137	134-146	Meq/L
Kalium	5.2	3.4-4.5	Meq/L
Klorida	108	96-108	Meq/L

**SERO IMUNOLOGI**

Faeces Rutin	
Makroskopis	Kuning
Bau	Khas
Darah	Negatif
Konsistensi	LEMBEK
Lendir	NEGATIF
Parasit	NEGATIF
Mikroskopik	
Bakteri	+3
Jamur	Negatif

**E. ANALISA DATA**

No	Data	Pathway	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : nyeri karena infeksi pencernaan</li> <li>- Q : nyeri serti tertusuk tusuk</li> <li>- R : nyeri pada perut</li> <li>- S : nyeri skala 6</li> </ul> <p>- Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>- Sikap protektif</li> <li>- Pasien defekasi 5-7x/hari</li> <li>- Feses lembek</li> <li>- Frekuensi peristaltik meningkat</li> <li>- Bising usus 25x/menit</li> <li>- Hasil lab kultur feses: bakteri +3</li> </ul>	<p>Faktor infeksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bakteri masuk dan berkembang dalam usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipersekresi air dan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Iritasi saluran cerna</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Agen Pencedera Fisiologis</b>

	- TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%			
2	.DS :  - Ibu pasien mengatakan anaknya selalu merasa haus dan tampak lemas  DO :  - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun	Faktor infeksi  ↓ Kehilangan cairan eksternal  ↓ Syok hipovolemik  ↓ Tubuh kehilangan oksigen dan darah  ↓ Hipovolemia	<b>Hipovolemia</b>	<b>Kehilangan Cairan Aktif</b>
3.	DS:  - Ibu pasien mengatakan anaknya umur 3 bulan  DO:  - Usia < 2 tahun	Anak usia < 2 tahun  ↓ Kognitif dan motorik dan belum  ↓ Resiko jatuh	<b>Resiko Jatuh</b>	<b>Usia &lt; 2 tahun</b>

### PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

13. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis

14. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif

15. Resiko Jatuh b.d Anak Usia < 2 tahun

### R. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI
----	----	------	------

1	<b>Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 689 935 913"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>21. Memburuk</li> <li>22. Cukup memburuk</li> <li>23. Sedang</li> <li>24. Cukup membaik</li> <li>25. Membaik</li> </ol>	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	<p><b>Manajemen Nyeri (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respons nyeri non verbal</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>• Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul>
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	<b>Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p><b>Status Cairan ( L.03028)</b></p> <table border="1" data-bbox="571 1765 935 1989"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Output cairan	2	5	<p><b>Manajemen Hipovolemia (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipovolemia</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung kebutuhan cairan</li> <li>• Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i></li> </ul>
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													
Output cairan	2	5													

		<p>Keterangan :</p> <p>21. Menurun</p> <p>22. Cukup menurun</p> <p>23. Sedang</p> <p>24. Cukup meningkat</p> <p>25. Meningkatkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan asupan cairan oral</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>• Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ul> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis</li> <li>• Kolaborasi pemberian cairan hipotonis</li> </ul>												
3.	<p><b>Resiko Jatuh b.d Anak usia &lt; 2 tahun</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan resiko jatuh dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut:</p> <p><b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>21. Meningkatkan</p> <p>22. Cukup meningkat</p> <p>23. Sedang</p>	Indikator	A	T	Jatuh dari tempat tidur	2	5	Jatuh saat berdiri	3	5	Jatuh saat duduk	2	3	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>• Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>• Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci</li> <li>• Pasang <i>handraill</i> tempat tidur</li> <li>• Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p>
Indikator	A	T													
Jatuh dari tempat tidur	2	5													
Jatuh saat berdiri	3	5													
Jatuh saat duduk	2	3													

		24. Cukup menurun 25. Menurun	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ul>
--	--	----------------------------------	--

### S. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
<b>10 Juni 2024</b> 09.00 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitor TTV</li> <li>Monitor Pernafasan</li> <li>Mengkaji keadaan umum</li> </ul>	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
09.30	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penyebab diare</li> </ul>	S: - O: - hasil lab : bakteri +3	
09.35	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender</li> </ul>	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
09.50	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral <ul style="list-style-type: none"> <li>Pamol Inf 2x10 mg</li> <li>Zinc syr 1x20 mg</li> </ul>	S: O: Pasien terlihat nyaman dan tenang	
10.00	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> <li>Orientasikan ruangan pada</li> </ul>	S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien nampak tenang</li> <li>Ibu pasien mengatakan pasien paham</li> </ul>	

		pasien dan keluarga		
10.30	1	Memberikan asupan cairan oral dan intravena	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Pasien diberikan Zinc dan D5 ¼ Ns	
11.50	3	- Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci - Memasang handrail tempat tidur - Mengatur tempat tidur pada posisi tempat tidur	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: Terpasang pagar pengaman	
12.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 36,5 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
12.30	1	Mengedukasi keluarga tentang tindakan apabila membutuhkan bantuan bisa memanggil perawat	S: Ibu klien mengatakan mengerti O:-	
<b>11 Juni 2024</b> 15.30 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
16.00 WIB	1	- Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan - Memonitor tanda gejala hipovolemia	S: - ibu pasien mengatakan memberikan makanan seperti biasa MPASI O: - Pasien tampak diare 3x/hari - Pasien tampak pucat - Mata cekung	
16.30	1,3	Melakukan Injeksi dan memberikan obat oral -	S: O: - Pasien diberikan inj pamol dan zinc syr - Pasien terlihat nyaman dan tenang	

16.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
17.30	1	- Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit - Mengambil sampel feses untuk pemeriksaan kultur	S: Ibu klien mengatakan bersedia O: - Klien kooperatif - Darah dan sampel feses terambil	
17.50	1	- Menganjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap - Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas	S:- ibu pasien mengatakan bersedia O: - Ibu pasien kooperatif	
18.00	3	- Menganjurkan alas kaki yang tidak licin	S: - ibu pasien mengatakan bersedia O: klien kooperatif	
20.00	1	Monitor TTV	S: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	
<b>12 Juni 2024 07.00</b>	1	- Monitor TTV - Monitor Nadi - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
07.30	2	Periksa tanda dan gejala hipovolemia	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun	

09.30	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Zinc syr	S : - O : pasien diberikan zinc (PO)	
09.35	1	Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
10.00	2	- Hitung kebutuhan cairan - Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> - Berikan asupan cairan oral	S : ibu pasien mengatakan bersedia O : pasien kooperatif	
10.30	2	- Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis - Kolaborasi pemberian cairan hipotonis	S : - O : - Pasien diberikan cairan RL 10 tpm - Pasien diberikan cairan IVFD KAEN 30 tpm	
11.00	1	Monitor TTV	: - O: S: 37,7 C, 145 x/mnt, SpO2: 98%, RR: 27x/mnt	

**T. EVALUASI**

No. Dx	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi	TTD																
1	12 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Gelisah berkurang</li> <li>- Feses tampak masih cair</li> <li>- Bising usus 14x/menit</li> <li>- S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt</li> </ul> <p>A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Nyeri ( L.04033)</b></p> <table border="1" data-bbox="651 943 1118 1104"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Ajarkan teknik non farmakologis</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Gelisah	2	5	4	Sikap protektif	3	5	4	Meringis	2	5	4	
Indikator	A	T	Akhir																
Gelisah	2	5	4																
Sikap protektif	3	5	4																
Meringis	2	5	4																
2	12 Juni 2024 (14 .00)	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 135 x/menit</li> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Membran mukosa tampak kering</li> <li>- Volume urine menurun</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="651 1709 1099 1930"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3					
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																

		<table border="1"> <tr> <td>Output cairan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan asupan cairan oral</li> <li>- Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis</li> </ul>	Output cairan	2	5	3													
Output cairan	2	5	3																
3	12 Juni 2024 (14 .00)	<p>S: - O: - usia &lt; 2 tahun A: Masalah keperawatan Resiko Jatuh belum teratasi dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat berdiri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasang <i>handrail</i> ditempat tidur</li> <li>- Atur tempat tidur pada posisi rendah</li> </ul>	Indikator	A	T	Akhir	Jatuh dari tempat tidur	2	5	4	Jatuh saat berdiri	3	5	4	Jatuh saat duduk	2	3	4	f
Indikator	A	T	Akhir																
Jatuh dari tempat tidur	2	5	4																
Jatuh saat berdiri	3	5	4																
Jatuh saat duduk	2	3	4																