



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTROENTERITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ASTER RSUD**

**Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

IQBAL NAILA

202303048

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

2024



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTROENTERITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ASTER RSUD**

**Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

IQBAL NAILA

202303048

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2024

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Iqbal Naila

NIM : 202303048

Tanggal : 3 September 2024

Tanda Tangan :



ii Universitas Muhammadiyah Gombong

ii Universitas Muhammadiyah Gombong

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTROENTERITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ASTER RSUD
Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat
Untuk diujikan pada tanggal 18 Agustus 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 : Iqbal Naila
NIM : 202303048
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastroenteritis 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 Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong.

Penguji Satu



(Edy Riyanto, S.Kep.,Ns)

Penguji Dua



Wuri Utami, M.Kep)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 3 September 2024

iv

Universitas Muhammadiyah Gombong

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

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

Nama : Iqbal Naila
NIM : 202303048
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-exclusve Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah akhir ners saya yang berjudul :

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

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/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 : September 2024

Yang menyatakan



(Iqbal Naila)

v Universitas Muhammadiyah Gombong

KATA PENGANTAR

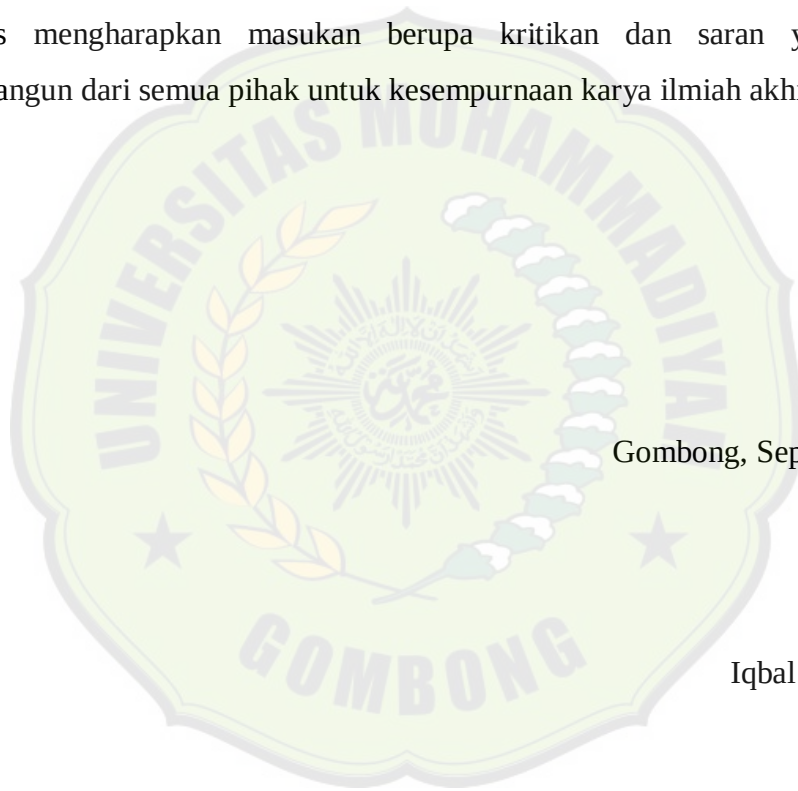
Alhamdulillah, segala puji dan syukur hanya tercurahkan kepada Allah SWT yang telah begitu banyak melimpahkan nikmat, rahmat, dan karunia. Berkat kehendak-Nya proposal karya ilmiah akhir ners yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTROENTERITIS DI RUANG ASTER RSUD Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO”** ini dapat terselesaikan.

Penyusunan proposal karya ilmiah akhir ners ini tidak akan berhasil tanpa ada bantuan dan kerja sama dari pihak lain. Oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan mendorong terwujudnya karya ilmiah akhir ners ini. Penulis mengucapkan terima kasih khususnya kepada :

1. Kedua orang tua yang saya sayangi dan banggakan, yang selalu memberikan dukungan serta do'a yang dipanjatkan kepada Allah SWT untuk penulis.
2. Segenap keluarga dan sahabat yang telah menyemangati dan membantu penyelesaian karya ilmiah akhir ners ini.
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.
6. Edy Riyanto, S.Kep.,Ns selaku dewan penguji yang telah memberikan arahan dan juga masukan kepada peneliti.
7. Wuri Utami, M. Kep yang telah berkenan memberikan bimbingan dan tambahan ilmu serta solusi atas permasalahan dan kesulitan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.
8. Pihak RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian dan sebagai lahan peneliti menimba ilmu.

9. Teman-teman seperjuangan dari Program Studi Pendidikan Profesi Ners Angkatan 2023 Universitas Muhammadiyah Gombong yang telah saling memberikan dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan proposal karya ilmiah akhir ners ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari kata sempurna dan banyak terdapat kekuarangan, 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.



Gombong, September 2024

Iqbal Naila

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

Iqbal Naila ¹⁾ Wuri Utami ²⁾
iqbal.naila18@gmail.com

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTROENTERITIS DENGAN NYERI AKUT DI RUANG ASTER RSUD Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Latar Belakang: Gastroenteritis menyerang semua lapisan dan kelompok usia terutama pada anak, hal ini disebabkan anak yang masih rentan karena sistem pertahanan tubuh yang belum sempurna. Gastroenteritis menjadi salah satu penyakit utama secara global yang menyebabkan 1,5 hingga 2,5 juta kematian setiap tahunnya. Pada anak-anak pada usia di bawah 5 tahun, gejala diare yang ditimbulkan menjadi penyebab kematian terbanyak kedua akibat penyakit menular setelah pneumonia

Tujuan Umum: Menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien gastroenteritis akut 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 gastroenteritis akut. Instrumen studi kasus menggunakan SOP guided imagery dan lembar observasi sebelum dan sesudah pemberian terapi guided imagery.

Hasil Asuhan Keperawatan: Hasil penerapan yang dilakukan kepada 5 pasien, semuanya mengalami masalah keperawatan nyeri akut dan diberikan terapi guided imagery selama 15-30 menit 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;

Gastroenteritis Akut, Guided Imagery, Nyeri Akut

¹ *Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong*

² *Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong*

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

Iqbal Naila ¹⁾, Wuri Utami ²⁾,
iqbal.naila18@gmail.com

ABSTRACT

NURSING CARE FOR GASTROENTERITIS PATIENTS WITH ACUTE PAIN IN ASTER ROOM RSUD Prof. Dr. MARGONO SOEKARJO

PURWOKERTO

Background: Gastroenteritis attacks all levels and age groups, especially children, this is because children are still vulnerable because the body's defense system is not yet perfect. Gastroenteritis is one of the main diseases globally which causes 1.5 to 2.5 million deaths every year. In children under 5 years of age, diarrhea symptoms are the second most common cause of death due to infectious diseases after pneumonia.

Objective: To explain nursing care for acute gastroenteritis 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 acute gastroenteritis patients. The case study instrument uses guided imagery SOPs and observation sheets before and after providing guided imagery therapy.

Results: Results of implementation carried out on 5 patients, all of whom experienced acute pain nursing problems and were given guided imagery therapy for 15-30 minutes 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 grimacing.

Key Words;

Acute Gastroenteritis, Guided Imagery, Acute Pain

¹ *Student of Universitas Muhammadiyah Gombong*

² *Lecturer of Universitas Muhammadiyah Gombong*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Medis	5
1. Pengertian	5
2. Etiologi.....	5
3. Manifestasi Klinis.....	7
4. Patofisiologi	8
5. Pathway.....	9
6. Penatalaksanaan.....	10
B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan.....	11
1. Pengertian	11
2. Etiologi.....	12
3. Manifestasi Klinis.....	12

4. Penatalaksanaan Inovasi Tindakan Keperawatan.....	13
C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori.....	13
1. Fokus Pengkajian	13
2. Diagnosa Keperawatan	18
3. Intervensi Keperawatan	19
4. Implementasi Keperawatan.....	20
5. Evaluasi Keperawatan	20
D. Kerangka Konsep	21
BAB III METODE PENELITIAN	22
A. Desain Studi Kasus.....	22
B. Subjek Studi Kasus.....	25
C. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	23
D. Fokus Studi Kasus.....	23
E. Definisi Operasional.....	23
F. Instrumen Studi Kasus.....	24
G. Metode Pengumpulan Data.....	24
H. Analisa dan Penyajian Data	26
I. Etika Studi Kasus	26
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	28
A. Profil Lahan Praktik	28
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan.....	32
C. Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan.....	50
D. Pembahasan	55
E. Keterbatasan Studi Kasus	59
BAB V PENUTUP	60
A. Kesimpulan	60
B. Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala Nyeri FLAAC	17
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	23



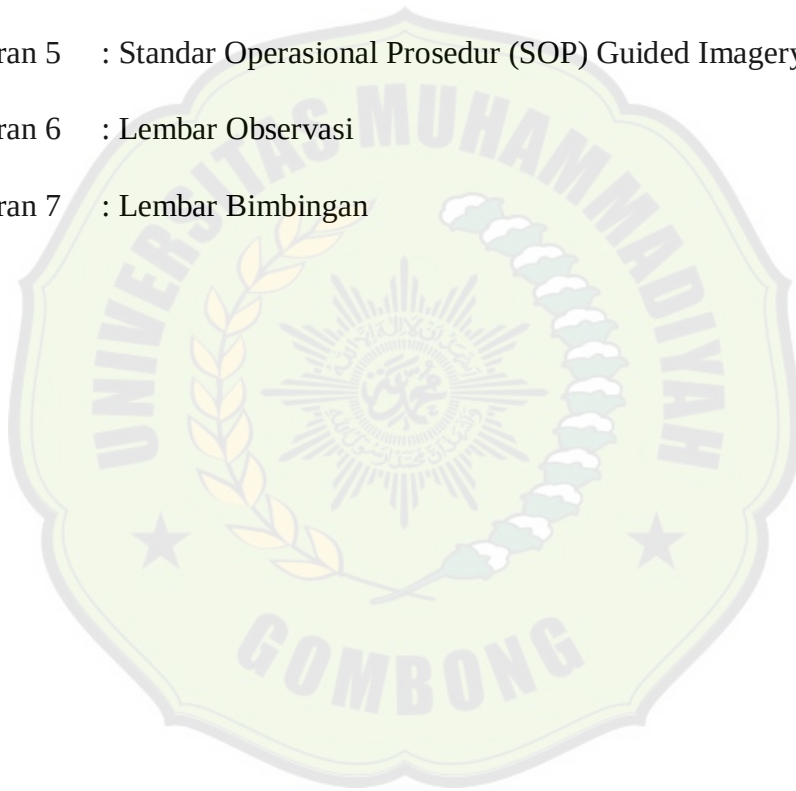
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	9
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	21



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Hasil Uji Plagiarism
- Lampiran 3 : Lembar Penjelasan Responden
- Lampiran 4 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 5 : Standar Operasional Prosedur (SOP) Guided Imagery
- Lampiran 6 : Lembar Observasi
- Lampiran 7 : Lembar Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gastroenteritis menjadi salah satu penyakit utama secara global yang menyebabkan 1,5 hingga 2,5 juta kematian setiap tahunnya. Pada anak-anak pada usia di bawah 5 tahun, gejala diare yang ditimbulkan menjadi penyebab kematian terbanyak kedua akibat penyakit menular setelah pneumonia. Di seluruh dunia, penyakit ini menyerang lebih dari 3 hingga 5 miliar anak setiap tahunnya (Dos Santos et al., 2019). *Gastroenteritis* saat ini sudah diderita oleh total 66 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2018).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar Jawa Tengah (2018) prevalensi diare di provinsi Jawa Tengah sudah mencapai 8,63 %, sementara untuk Kabupaten Banyumas mencapai 9,14 %. Beberapa provinsi mempunyai prevalensi diare klinis > 15 % untuk beberapa daerah di Indonesia dan menunjukkan peningkatan setiap tahunnya. Sedangkan berdasarkan prevalensi karakteristik umur, anak usia dengan 1-4 tahun masuk kategori tertinggi dengan persentase 11.98%. Diare menjadi penyebab mortalitas kedua pada anak di bawah lima tahun (Balita), dengan kematian per tahun mencapai angka sekitar 525,000 anak. Menurut *World Health Organization (WHO)* dan *United Nations Children's Fund (UNICEF)* di tahun 2018, bahwa terdapat 1,87 juta kematian akibat dari kasus *gastroenteritis* setiap tahunnya di seluruh dunia dan lebih dari 5000 pasien yang berakhir dengan kematian, sedangkan untuk kawasan Asia, diperkirakan mencapai angka mortalitas sebesar 82% (Hartman et al., 2019). Penyakit diare kerap memicu suatu KLB (Kejadian Luar Biasa) yaitu dengan banyaknya penderita dalam waktu yang relatif singkat. Saat ini penyakit diare itu bisa disebut *gastroenteritis*, konsisten menjadi temuan masalah kesehatan utama bagi penduduk khususnya di negara berkembang termasuk didalamnya masyarakat di Indonesia, karena minimnya informasi edukasi tentang diare (Rahmayanti, 2018).

Gastroenteritis menyerang semua lapisan dan kelompok usia terutama pada anak, hal ini disebabkan anak yang masih rentan karena sistem pertahanan tubuh yang belum sempurna. Secara medis, gastroenteritis diartikan sebagai diare, yang dicirikan dengan meningkatnya frekuensi buang air besar dapat juga disertai demam, muntah, dan nyeri perut (Hiyoshi et al., 2018). *Gastroenteritis* akut dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan dan faktor, seperti faktor kesalahan dalam konsumsi makanan atau alergi makanan (makanan basi, mengandung racun), faktor infeksi (bakteri, virus) dan faktor malabsorpsi (karbohidrat, protein, lemak) yang masuk ke dalam tubuh kemudian mencapai usus halus dan merangsang dinding usus halus yang mengakibatkan isis dalam rongga lumen usus meningkat, sehingga mengakibatkan hiperperistaltik, kontak yg yang terlalu cepata antara makanan dan air dengan mukosa usus, sehingga absorpsi makanan, air, elektrolit menjadi terganggu, dan pada akhirnya menyebabkan gangguan *Gastroenteritis* akut sehingga reflleks spasme otot dinding perut dan menyebabkan nyeri akut pada area abdomen (Huyen et al., 2018).

Nyeri didefinisikan sebagai perasaan ketidaknyamanan yang disebabkan oleh bermacam-macam penyebab. Nyeri timbul dari efek penyakit tertentu atau karena cedera. Ketika merasakan nyeri, maka konsep keperawatan yg utama yaitu meniadakan atau meminimalkan rasa nyeri dan mengembalikan ke dalam keadaan nyaman (Pratama et al., 2020). Setiap individu akan berbeda dalam bereaksi terhadap rasa nyeri itu sendiri. Perbedaan respon berkorelasi erat dengan budaya, jenis kelamin, usia, kebiasaan, dan mungkin faktor lain (Hinestroza, 2018). Penatalaksanaan nyeri pada anak dengan gastroenteritis anatra lain dengan pemberian obat analgetik sebagai terapi farmakologi, pemberian cairan baik dengan rehidrasi oral maupun dengan cairan parenteral dengan tujuan mengurangi rasa ketidaknyamanan atau nyeri (Winaraja, 2022).

Penatalaksanaan alternatif yang dapat diberikan sebagai tambahan yaitu terapi distraksi salah satunya imajinasi terbimbing atau *Guided Imagery* yang merupakan terapi non farmakologi penanganan nyeri pada anak (Nataliani, 2021). *Guided Imagery* (Imajinasi Terbimbing) merupakan salah satu inovasi

metode dalam kontrol nyeri yang termasuk dalam teknik perilaku kognitif (*cognitive-behavioral*) yang bertujuan untuk memberikan rasa nyaman dengan mengubah respon psikologi untuk mengubah persepsi terhadap nyeri sehingga fungsi tubuh berjalan optimal (dos Santos Felix et al., 2019). Salah satu penelitian tentang efektifitas penerapan *Guided Imagery* yaitu penelitian yang dilakukan oleh Krisdayanti, (2020) terhadap pasien anak dengan post operasi, bahkan menunjukkan bahwa terdapat perbedaan nilai rata-rata nyeri sebelum dan sesudah intervensi *Guided Imagery* yaitu mengalami penurunan intensitas nyeri. Oleh dasar itu, sebagai perawat maka memiliki peran yang krusial dalam proses penatalaksanaan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada anak dengan gastroenteritis selain dengan memberikan terapi farmakologi dengan melalaui advice dokter, juga dapat memberikan intervensi non framakologi salah satunya distraksi imajinasi terbimbing atau *Guided Immagery* untuk mengurangi ketidaknyamanan atau rasa nyeri pada pasien.

Berdasarkan penjelasan dan fenomena kasus diatas peneliti tertarik untuk memberikan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastroenteritis Dengan Nyeri Akut di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menjelaskan Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Gastroenteritis* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk memaparkan hasil pengkajian pada pasien gastsroenteritis dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- b. Untuk memaparkan hasil analisa data pada pasien gastsroenteritis dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- c. Untuk memaparkan hasil intervensi keperawatan pada pasien gastsroenteritis dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- d. Untuk memaparkan hasil implementasi keperawatan pada pasien gastsroenteritis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

- e. Untuk memaparkan hasil evaluasi keperawatan pada pasien gastroenteritis dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- f. Memaparkan hasil analisa inovasi asuhan keperawatan penerapan guided imagery untuk menanganai masalah keperawatan utama nyeri akut pada pasien *gastroenteritis* di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

C. Manfaat

1. Manfaat Keilmuan

Penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat terhadap perkembangan ilmu keperawatan khususnya dalam referensi asuhan keperawatan pada pasien *gastroenteritis* dengan intervensi *guided imagery*.

2. Manfaat Aplikatif

a) Penulis

Penulis lebih memahami tentang asuhan keperawatan dan penatalaksanaan nyeri akut pada pasien dengan gastroenteritis dan menerapkan ilmu yang diperoleh.

b) Rumah Sakit

Sebagai media informasi dan referensi tentang asuhan keperawatan pasien dengan gastroenteritis, serta sebagai sumber informasi bagi perawat tentang asuhan keperawatan tersebut.

c) Masyarakat/Pasien

Memberikan pengetahuan tambahan pada pasien dan keluarga sehingga dapat lebih mengetahui tentang penyakit gastroenteritis dengan nyeri akut.

DAFTAR PUSTAKA

- Bahrudin, M. (2017). Patofisiologi nyeri (pain). *Saintika Medika*, 13(1), 7–13.
- Cohen, M., Quintner, J., & Van Rysewyk, S. (2018). Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain Reports*, 3(2).
- Dos Santos, A. M. P., Ferrari, R. G., & Conte-Junior, C. A. (2019). Virulence Factors in Salmonella Typhimurium: The Sagacity of a Bacterium. *Current Microbiology*, 76(6), 762–773. <https://doi.org/10.1007/s00284-018-1510-4>
- dos Santos Felix, M. M., Ferreira, M. B. G., da Cruz, L. F., & Barbosa, M. H. (2019). Relaxation therapy with guided imagery for postoperative pain management: an integrative review. *Pain Management Nursing*, 20(1), 3–9.
- Ernawati, N. (2018). *Konsep Dasar Metodologi Keperawatan dan Pengkajian Keperawatan Dengan Pendekatan Kasus*.
- Felix, M. M. dos S., Ferreira, M. B. G., Oliveira, L. F. de, Barichello, E., Pires, P. da S., & Barbosa, M. H. (2018). Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26.
- Florez, I. D., Nino-Serna, L. F., & Beltran-Aroyave, C. P. (2020). Acute infectious diarrhea and gastroenteritis in children. *Current Infectious Disease Reports*, 22, 1–12.
- Grandinetti, T., Biedermann, L., Bussmann, C., Straumann, A., & Hruz, P. (2019). Eosinophilic gastroenteritis: clinical manifestation, natural course, and evaluation of treatment with corticosteroids and vedolizumab. *Digestive Diseases and Sciences*, 64, 2231–2241.
- Guarino, A., Aguilar, J., Berkley, J., Broekaert, I., Vazquez-Frias, R., Holtz, L., Vecchio, A. Lo, Meskini, T., Moore, S., & Medina, J. F. R. (2020). Acute gastroenteritis in children of the world: what needs to be done? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 70(5), 694.
- Hartman, S., Brown, E., Loomis, E., & Russell, H. A. (2019). Gastroenteritis in children. *American Family Physician*, 99(3), 159–165.
- Hiyoshi, H., Tiffany, C. R., Bronner, D. N., & Bäumler, A. J. (2018). Typhoidal Salmonella serovars: ecological opportunity and the evolution of a new pathovar. *FEMS Microbiology Reviews*, 42(4), 527–541. <https://doi.org/10.1093/femsre/fuy024>
- Huyen, D. T. T., Hong, D. T., Trung, N. T., Hoa, T. T. N., Oanh, N. K., Thang, H. V., Thao, N. T. T., Hung, D. M., Iijima, M., Fox, K., Grabovac, V., Heffelfinger, J., Batmunkh, N., & Anh, D. D. (2018). Epidemiology of acute diarrhea caused by rotavirus in sentinel surveillance sites of Vietnam, 2012–2015. *Vaccine*, 36(51), 7894–7900.

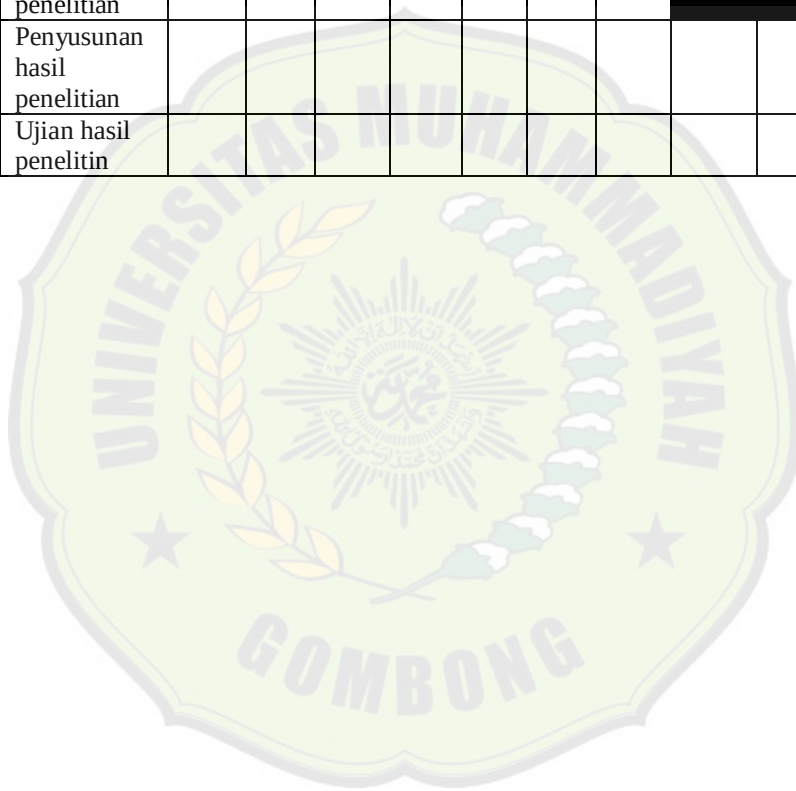
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.05.008>

- Krau, S. D. (2020). The multiple uses of guided imagery. *Nursing Clinics*, 55(4), 467–474.
- Krisdayanti, S. (2020). *PENGARUH TERAPI RELAKSASI GUIDED IMAGERY TERHADAP NYERI PASIEN POST OPERASI PADA ANAK USIA SEKOLAH DI RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2020*. Poltekkes Tanjungkarang.
- Mardiyah, S. (2020). *Modul Ajar Konsep Dasar Keperawatan*.
- Nataliani, W. (2021). *Program studi s1 keperawatan sekolah tinggi ilmu kesehatan bina usaha bali 2021*.
- Ppni, T. P. S. D. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*.
- Pratama, R. A., Laksono, B. H., & Fatoni, A. Z. (2020). Manajemen Nyeri Akut Pasca-Kraniotomi. *Journal of Anaesthesia and Pain*, 1(3), 28–38.
- Rahmayanti. (2018). Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Gastroenteritis dengan Akupressure untuk Mengurangi Diare pada Anak di Ruang Pediatric Intensiv Care Unit RSUD Abdul Wahab Syahrani. *Karya Ilmiah Akhir*.
- Ramdhan, M. (2021). *Metode penelitian*. Cipta Media Nusantara.
- Riskesdas. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Kementerian Kesehatan Jawa Tengah Republik Indonesia. In *Laporan Nasional Riskesdas 2018*.
- Tampubolon, K. N. (2020). *Tahap-Tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan*.
- Winaraja. (2022). *asuhan keperawatan pada Ny.D dengan diagnosa Gastroenteritis Akut di ruang perawatan Angrek RSUD Kota Kendari*. 8.5.2017, 2003–2005.
- Zellatifanny, C. M., & Mudjiyanto, B. (2018). *TIPE PENELITIAN DESKRIPSI DALAM ILMU KOMUNIKASI*. 1(2), 83–90.

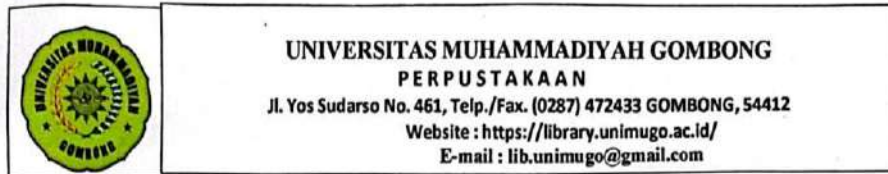
Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penyusunan Proposal dan Hasil KIA Ners

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



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 Gastroenteritis dengan Nyeri Akut di Ruang
Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Nama : Iqbal Naila
NIM : 202303048
Program Studi : Profesi Ners
Hasil Cek : 27%

Gombong, 8 Agustus 2024

Pustakawan


(Desy Setiyawati, M.A.)

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


(Sawiji, M.Sc)

Lampiran 3 Lembar Penjelasan Responden

Nama : Iqbal Naila

Program Studi : Profesi Ners

Saya mahasiswa program studi Profesi Ners Reguler A Universitas Muhammadiyah Gombong akan melakukan studi kasus dengan judul asuhan keperawatan pada pasien gastroenteritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Aster RSUD dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Studi kasus ini bertujuan untuk menganalisis tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastroenteritis dengan masalah pemenuhan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut). Sementara untuk tindakan yang akan dilakukan pada studi kasus ini yaitu pemberian *Guided Imagery*. Studi kasus ini mengambil sebanyak 5 pasien kategori anak.

Hasil dari analisis asuhan keperawatan ini bermanfaat bagi para responden untuk dapat menerapkan terapi Guided Imagery dengan masalah nyeri akut dalam upaya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada anak. Saya akan menjaga kerahasiaan anda sebagai calon responden dalam studi kasus ini, serta saya menjamin dan memastikan bahwa aktivitas penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif ataupun cedera yang dapat membahayakan jiwa responden.

Purwokerto, Juni 2024

Peneliti

Iqbal Naila

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden

Yang bertanggung jawab di bawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Setelah mendapatkan penjelasan penelitian dan memahami informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan manfaat penelitian, maka dengan ini saya secara sukarela bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini.

Saya menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastroenteritis Dengan Nyeri Akut di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purokerto”** yang diteliti oleh:

Nama : Iqbal Naila

NIM 202203048

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran tanpa paksaan dari siapapun.

Purwokerto, Juni 2024

Responden

Lampiran 5 Standar Operasional Prosedur (SOP)

SOP GUIDED IMAGERY		
1.	PENGERTIAN	Guided Imagery adalah teknik relaksasi yang bisa digunakan untuk mengurangi nyeri, dan digunakan dalam manajemen nyeri dengan membimbing klien pada imajinasinya masing-masing dan di bantu oleh perawat
2.	TUJUAN	1. Memberikan rasa rileks dan nyaman 2. Mengurangi tingkat nyeri 3. Menurunkan stress
3.	PERSIAPAN ALAT	1. Earphone 2. Handphone 3. Lembar standar operasional prosedur (SOP) guided imagery 4. Lembar observasi 5. Tempat tidur atau ruangan yang nyaman
4.	PERSIAPAN KLIEN	1. Mengidentifikasi pasien 2. Atur posisi pasien senyaman mungkin 3. Memeriksa tingkat nyeri pasien
5.	PROSEDUR TINDAKAN	A. Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada 2. Membawa alat di dekat pasien dengan benar B. Tahap Orientasi 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri

		3. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan pada pasien 4. Menjelaskan tujuan tindakan 5. Kaji faktor-faktor yang menjadi kontraindikasi dilakukannya Guided Imagery 6. Beri kesempatan pasien bertanya 7. Tanyakan keluhan pasien saat ini 8. Kaji skala nyeri sebelum dilakukan Guided imagery C. Tahap Kerja 1. Atur tempat tidur pada posisi nyaman 2. Tutup pintu atau gorden 3. Anjurkan pasien memilih posisi duduk atau tidur 4. Bantu klien pada posisi yang nyaman 5. Beri kesempatan klien memilih suasana yang diinginkan 6. Minta klien untuk menutup mata dan tarik nafas dalam sebanyak 3 kali 7. Nyalakan video yang berisi guided imagery 8. Minta pasien untuk membayangkan intruksi dari video dengan suara bimbingan perawat 9. Minta pasien untuk fokus pada ketika pasien membayangkan intuksi dari video 10. Minta pasien untuk menikmati satu bayangan yang diciptakannya, minta pasien untuk fokus pada satu bayangan
--	--	--

		11. Jika pasien menunjukkan tanda kegelisahan atau tidak nyaman hentikan latihan 12. Setelah kurang lebih 10 menit, minta pasien untuk tarik nafas dalam sebanyak 3x sambil mulailah kembali ke kondisi sekarang atau mengakhiri teknik Guided Imagery 13. Minta pasien untuk membuka mata perlahan 14. Bereskan dan rapikan alat 15. Kaji kembali skala nyeri dengan lembar alat ukur 16. Catat hal-hal yang terjadi selama latihan D. Tahap Terminasi 1. Beri reinforcemen untuk melakukan latihan mandiri ketika tidak di dampingi oleh perawat 2. Beri kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya setelah melakukan latihan 3. Berpamitan dengan pasien/kelurga 4. Membereskan pasien dan merapikan tempat 5. Mencuci tangan 6. Mencatat kegiatan dalam catatan keperawatan
--	--	--

Lampiran 6 Lembar Observasi

Hari	Kode Pasien	OBSERVASI NYERI					TTD
		Keluhan Nyeri	Meringis	Sikap Protektif	Kesulitan Tidur	Skala Nyeri	
Hari ke-1	Pasien 1	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-2		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-3		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-1	Pasien 2	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-2		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-3		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-1	Pasien 3	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-2		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-3		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-1	Pasien 4	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-2		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-3		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-1	Pasien 5	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-2		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	
Hari ke-3		Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	Pre:	
		Post:	Post:	Post:	Post:	Post:	

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 : Iqbal Naila
 NIM : 202303048
 Pembimbing : Wuri Utami, M. Kep

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
26/11/2023	Konsul Tema dan Judul		
27/11/2023	ACC Tema dan Judul		
29/11/2023	Konsul BAB I, ACC BAB I		
07/12/2023	Konsul BAB II, ACC BAB II		
12/01/2024	Konsul BAB III, ACC BAB III		
20/01/2024	Konsul Lembar Observasi lampiran		
27/01/2024	Revisi Lembar Observasi lampiran		
08/03/2024	ACC Ujian Proposal KIAN		

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 : Iqbal Naila
NIM : 202303048
Pembimbing : Wuri Utami, M. Kep

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
30/07/2024	Konsul BAB IV dan V		
01/08/2024	Konsul Abstrak		
02/08/2024	Revisi Abstrak		
10/08/2024	ACC Ujian Hasil KIAN		

Mengetahui,
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi



(Wuri Utami, M. Kep.Ns)

BAB II

TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 076xxxx Nama : An. A Jenis kelamin : laki-laki Berat Badan : 18,2 kg Tgl lahir : 3 Juni 2013 Alamat : Karang lowas 1/2
Tanggal Masuk Rumah Sakit	Waktu Pemeriksaan	Ruangan: Aster
10 Juni 2024	09.00 WIB	

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. KELUHAN UTAMA

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 1 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses dan tidak ada darah.

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 1 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 :105/64 MmHg, Nadi 146 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO2: 98%, Suhu 36,7 °C. Pasien didiagnosa yaitu gastroenteritis akut (GEA)

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

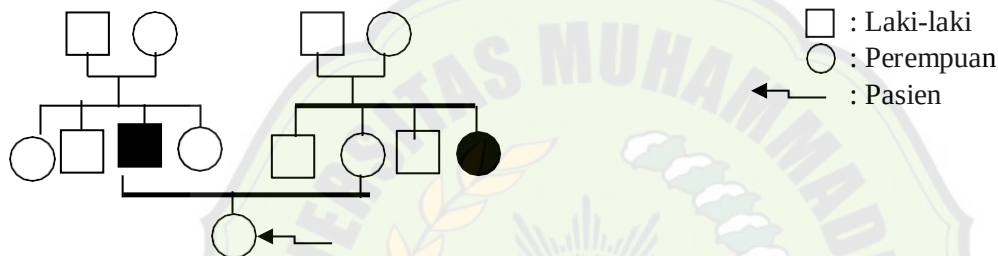
4. RIWAYAT KELUARGA

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 FUNGSIONAL GORDON

1. Persepsi kesehatan- pola manajemen 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 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, dapatkah anak menirukan anda?		

2) ABBREVIATED CONNERS RATING SCALE (CONNERS)

FORMULIR DETEKSI DINI

Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

(Abbreviated Connors Rating 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.

No	Jenis Pengkajian	Alasan
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 Conners Rating Scala (Conners)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	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 :

- Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik
- 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 kelainan 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: 18 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) √
TOTAL		3	

Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi

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

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

10. STATUS FUNGSIONAL

PENGKAJIAN 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	
TOTAL			17 (resiko jatuh tinggi)

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
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
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 ⁶ /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
Hitung Jenis			
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		
KIMIA LENGKAP			
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.	DS : - P : nyeri karena infeksi pencernaan - Q : nyeri serti tertusuk tusuk - R : nyeri pada perut - S : nyeri skala 6 - Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari DO : - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Sikap protektif - Pasien defekasi 5-7x/hari - Feses lembek - Frekuensi peristaltik meningkat - Bising usus 25x/menit - Hasil lab kultur feses: bakteri +3 - TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%	Faktor infeksi ↓ Bakteri masuk dan berkembang dalam usus ↓ Hipersekresi air dan elektrolit ↓ Iritasi saluran cerna ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis
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	Hipovolemia	Kehilangan Cairan Aktif

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
2. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif

B. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI												
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Tingkat Nyeri (L.04033) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><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></table> Keterangan : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	Manajemen Nyeri (I.03101) Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal Terapeutik : • Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Status Cairan (L.03028) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Turgor kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Manajemen Hipovolemia (I.03101) Observasi : • Periksa tanda dan gejala hipovolemia Terapeutik : • Hitung kebutuhan cairan • Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> • Berikan asupan cairan oral			
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													

		Output cairan	2	5	Edukasi : • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis • Kolaborasi pemberian cairan hipotonis
		Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat			

C. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
10 Juni 2024 09.00 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
09.30	1	- Identifikasi penyebab diare	S: - O: - hasil lab : bakteri +3	
09.35	1	- Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
09.50	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Pamol Inf 2x10 mg - Zinc syr 1x20 mg	S: O: Pasien terlihat nyaman dan tenang	
10.00	3	- Identifikasi faktor resiko jatuh - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga	S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan O: - Klien nampak tenang - Ibu pasien mengatakan pasien paham	

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 handraill 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:-	
11 Juni 2024 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	
12 Juni 2024 07.00	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)	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: - Pasien tampak tenang - Gelisah berkurang - Feses tampak masih cair - Bising usus 14x/menit - S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.04033) <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 : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Ajarkan teknik non farmakologis	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)	S : - O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : <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> <tr> <td>Output cairan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan intervensi - Berikan asupan cairan oral - Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3	Output cairan	2	5	3	
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																
Output cairan	2	5	3																

BAB II

TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 076xxxx Nama : An. M Jenis kelamin : laki-laki Berat Badan : 21 kg Tgl lahir : 3 Juni 2011 Alamat : Purwokerto 1/2
Tanggal Masuk Rumah Sakit	Waktu Pemeriksaan	Ruangan: Aster
16 Juni 2024	09.00 WIB	

E. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

14. KELUHAN UTAMA

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 1 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses dan tidak ada darah.

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 1 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/composmentis.

Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD :115/64 MmHg, Nadi 146 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO2: 98%, Suhu 36,7 °C. Pasien didiagnosa yaitu gastroenteritis akut (GEA)

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

Persalinan : Normal

Menangis : √Ya -Tidak

Riwayat kuning : -Ya √Tidak

16. RIWAYAT IMUNISASI DASAR

Lengkap : DPT-HB-Hib 1x, PVC

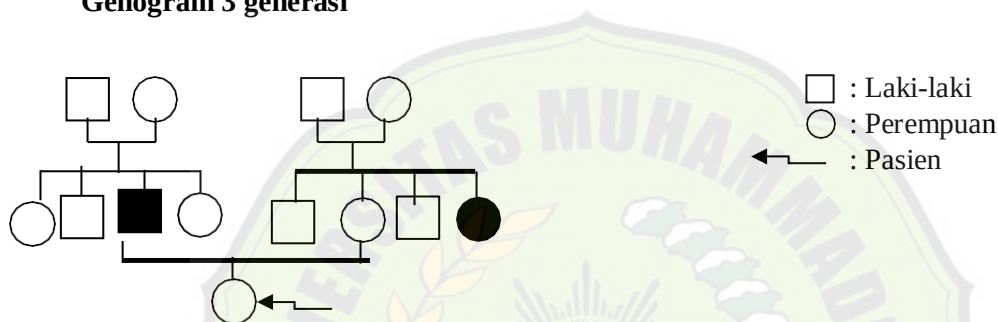
17. RIWAYAT KELUARGA

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

Ayah: Tn. R 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.

18. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL GORDON

10. Persepsi kesehatan- pola manajemen 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) : 3760 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 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, dapatkah anak menirukan anda?		

4) ABBREVIATED CONNERS RATING SCALE (CONNERS)

FORMULIR DETEKSI DINI

Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

(Abbreviated Connors Rating 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: 21 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.

No	Jenis Pengkajian	Alasan
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 Conners Rating Scala (Conners)	Tidak dikaji pasien berusia 3 bulan
	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 kelainan pada genetalia

Tidak terpasar urine kateter

▪ **Muskuloskeletal**

Kelainan Tulang : Tidak ada tanda-tanda kelainan tulang

Gerakan anak bebas

22. SKRINING GIZI

TB: 110 cm

BB: 21 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) √
TOTAL		3	

Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi

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

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

23. STATUS FUNGSIONAL

PENGKAJIAN 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	
TOTAL			17 (resiko jatuh tinggi)

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
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
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 ⁶ /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
Hitung Jenis			
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		
KIMIA LENGKAP			
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.	DS : - P : nyeri karena infeksi pencernaan - Q : nyeri serti tertusuk tusuk - R : nyeri pada perut - S : nyeri skala 6 - Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari DO : - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Sikap protektif - Pasien defekasi 5-7x/hari - Feses lembek - Frekuensi peristaltik meningkat - Bising usus 25x/menit - Hasil lab kultur feses: bakteri +3 - TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%	Faktor infeksi ↓ Bakteri masuk dan berkembang dalam usus ↓ Hipersekresi air dan elektrolit ↓ Iritasi saluran cerna ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis
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	Hipovolemia	Kehilangan Cairan Aktif

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

3. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
4. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif

F. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI												
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Tingkat Nyeri (L.04033) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><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></table> Keterangan : 6. Memburuk 7. Cukup memburuk 8. Sedang 9. Cukup membaik 10. Membaik	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	Manajemen Nyeri (I.03101) Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal Terapeutik : • Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Status Cairan (L.03028) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Turgor kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Manajemen Hipovolemia (I.03101) Observasi : • Periksa tanda dan gejala hipovolemia Terapeutik : • Hitung kebutuhan cairan • Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> • Berikan asupan cairan oral			
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													

		Output cairan	2	5	Edukasi : • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis • Kolaborasi pemberian cairan hipotonis
		Keterangan : 6. Menurun 7. Cukup menurun 8. Sedang 9. Cukup meningkat 10. Meningkat			

G. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
16 Juni 2024 09.00 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
09.30	1	- Identifikasi penyebab diare	S: - O: - hasil lab : bakteri +3	
09.35	1	- Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
09.50	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Pamol Inf 2x10 mg - Zinc syr 1x20 mg	S: O: Pasien terlihat nyaman dan tenang	
10.00	3	- Identifikasi faktor resiko jatuh - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga	S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan O: - Klien nampak tenang - Ibu pasien mengatakan pasien paham	

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 handraill 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:-	
17 Juni 2024 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	
18 Juni 2024 07.00	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)	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: - Pasien tampak tenang - Gelisah berkurang - Feses tampak masih cair - Bising usus 14x/menit - S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.04033) <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 : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Ajarkan teknik non farmakologis	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	18 Juni 2024 (14 .00)	S : - O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : <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> <tr> <td>Output cairan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan intervensi - Berikan asupan cairan oral - Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3	Output cairan	2	5	3	
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																
Output cairan	2	5	3																

BAB II

TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 076xxxx Nama : An. P Jenis kelamin : perempuan Berat Badan : 18,2 kg Tgl lahir : 3 Juni 2014 Alamat : Limpakuwus 1/2
Tanggal Masuk Rumah Sakit	Waktu Pemeriksaan	Ruangan: Aster
15 Juni 2024	09.00 WIB	

I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

27. KELUHAN UTAMA

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 1 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses dan tidak ada darah.

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 1 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/composmentis.

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 gastroenteritis akut (GEA)

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: 37 mgg + 6 hari BB lahir: 3560 gr PB lahir: 48 cm

Persalinan : Normal

Menangis : √Ya -Tidak

Riwayat kuning : -Ya √Tidak

29. RIWAYAT IMUNISASI DASAR

Lengkap : DPT-HB-Hib 1x, PVC

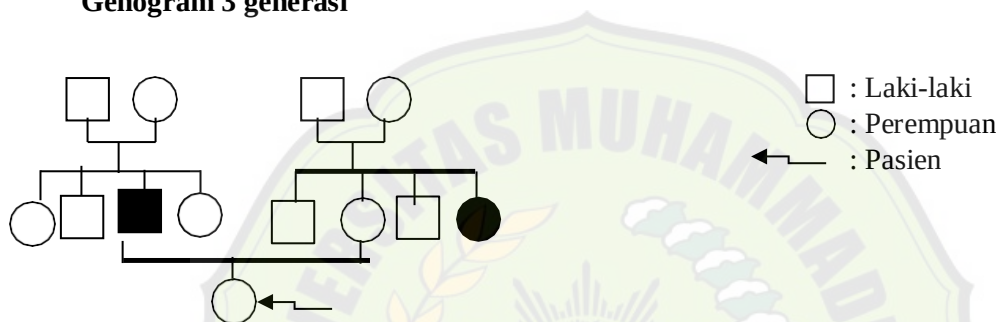
30. RIWAYAT KELUARGA

Ibu: Ny. 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.

31. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL GORDON

19. Persepsi kesehatan- pola manajemen 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) : 3660 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, dapatkah anak menirukan anda?		

6) ABBREVIATED CONNERS RATING SCALE (CONNERS)

FORMULIR DETEKSI DINI

Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

(Abbreviated Connors Rating 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: 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.
	f. Lingkar Kepala (48 Cm)	Mengetahui apakah lingkar kepala anak dalam batas normal ataukah diluar batas normal sesuai dengan usia perkembangannya.

No	Jenis Pengkajian	Alasan
2.	Perkembangan :	Tidak dikaji pasien berusia 11 tahun
	o. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk anak usia 12 bulan	Tidak dikaji pasien berusia 11 tahun
	p. TDD (Tes Daya Dengar)	Tidak dikaji pasien berusia 11 tahun
	q. TDL (Tes Daya Lihat)	Tidak dikaji pasien berusia 11 tahun
	r. Kuesioner MME	Tidak dikaji pasien berusia 11 tahun
	s. CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)	Tidak dikaji pasien berusia 11 tahun
	t. Abbreviated Conners Rating Scala (Conners)	Tidak dikaji pasien berusia 11 tahun
	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 kelainan 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: 21 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) √
TOTAL		3	

Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi

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

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

36. STATUS FUNGSIONAL

PENGKAJIAN 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	
TOTAL			17 (resiko jatuh tinggi)

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
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
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 ⁶ /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
Hitung Jenis			
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		
KIMIA LENGKAP			
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.	DS : - P : nyeri karena infeksi pencernaan - Q : nyeri serti tertusuk tusuk - R : nyeri pada perut - S : nyeri skala 6 - Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari DO : - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Sikap protektif - Pasien defekasi 5-7x/hari - Feses lembek - Frekuensi peristaltik meningkat - Bising usus 25x/menit - Hasil lab kultur feses: bakteri +3 - TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%	Faktor infeksi ↓ Bakteri masuk dan berkembang dalam usus ↓ Hipersekresi air dan elektrolit ↓ Iritasi saluran cerna ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis
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	Hipovolemia	Kehilangan Cairan Aktif

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

5. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
6. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif

J. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI												
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Tingkat Nyeri (L.04033) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><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></table> Keterangan : 11. Memburuk 12. Cukup memburuk 13. Sedang 14. Cukup membaik 15. Membaik	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	Manajemen Nyeri (I.03101) Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal Terapeutik : • Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Status Cairan (L.03028) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Turgor kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Manajemen Hipovolemia (I.03101) Observasi : • Periksa tanda dan gejala hipovolemia Terapeutik : • Hitung kebutuhan cairan • Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> • Berikan asupan cairan oral			
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													

		Output cairan	2	5	Edukasi : • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis • Kolaborasi pemberian cairan hipotonis
		Keterangan : 11. Menurun 12. Cukup menurun 13. Sedang 14. Cukup meningkat 15. Meningkat			

K. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
15 Juni 2024 09.00 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
09.30	1	- Identifikasi penyebab diare	S: - O: - hasil lab : bakteri +3	
09.35	1	- Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
09.50	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Pamol Inf 2x10 mg - Zinc syr 1x20 mg	S: O: Pasien terlihat nyaman dan tenang	
10.00	3	- Identifikasi faktor resiko jatuh - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga	S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan O: - Klien nampak tenang - Ibu pasien mengatakan pasien paham	

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 handraill 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:-	
16 Juni 2024 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	
17 Juni 2024 07.00	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)	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: - Pasien tampak tenang - Gelisah berkurang - Feses tampak masih cair - Bising usus 14x/menit - S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.04033) <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 : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Ajarkan teknik non farmakologis	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	17 Juni 2024 (14 .00)	S : - O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : <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> <tr> <td>Output cairan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan intervensi - Berikan asupan cairan oral - Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3	Output cairan	2	5	3	
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																
Output cairan	2	5	3																

BAB II

TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 076xxxx Nama : An. D Jenis kelamin : laki-laki Berat Badan : 18,2 kg Tgl lahir : 15 Februari 2014 Alamat : Sokaraja 1/2
Tanggal Masuk Rumah Sakit	Waktu Pemeriksaan	Ruangan: Aster
21 Juni 2024	09.00 WIB	

M. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

40. KELUHAN UTAMA

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 1 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses dan tidak ada darah.

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

Pasien datang dari IGD anak pada tanggal 21 Juni 2024 dengan keluhan demam sejak 1 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari ada lendir dan tidak ada darah. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 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 106 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO2: 98%, Suhu 36,7 °C. Pasien didiagnosa yaitu gastroenteritis akut (GEA)

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: 38 mgg + 6 hari BB lahir: 3560 gr PB lahir: 48 cm

Persalinan : Normal

Menangis : √Ya -Tidak

Riwayat kuning : -Ya √Tidak

42. RIWAYAT IMUNISASI DASAR

Lengkap : DPT-HB-Hib 1x, PVC

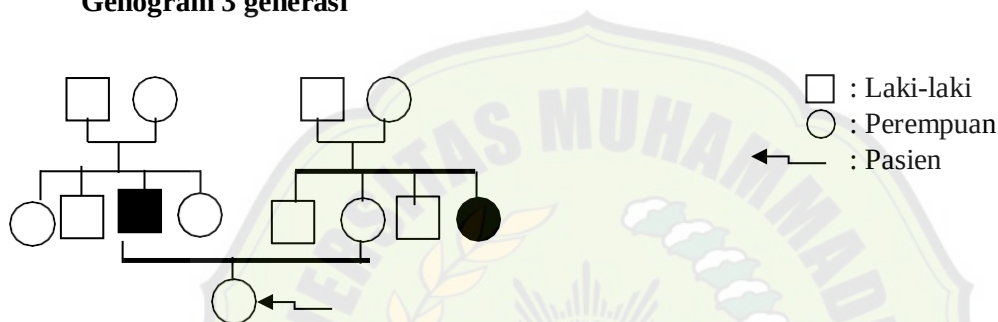
43. RIWAYAT KELUARGA

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

Ayah: Tn. K Umur: 32 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 manajemen 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) : 15 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, dapatkah anak menirukan anda?		

8) ABBREVIATED CONNERS RATING SCALE (CONNERS)

FORMULIR DETEKSI DINI

Deteksi Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

(Abbreviated Connors Rating 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.

No	Jenis Pengkajian	Alasan
2.	Perkembangan :	Tidak dikaji pasien berusia 15 tahun
	v. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk anak usia 12 bulan	Tidak dikaji pasien berusia 15 tahun
	w. TDD (Tes Daya Dengar)	Tidak dikaji pasien berusia 15 tahun
	x. TDL (Tes Daya Lihat)	Tidak dikaji pasien berusia 15 tahun
	y. Kuesioner MME	Tidak dikaji pasien berusia 15 tahun
	z. CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)	Tidak dikaji pasien berusia 15 tahun
	aa. Abbreviated Conners Rating Scale (Conners)	Tidak dikaji pasien berusia 15 tahun
	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 kelainan 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) √
TOTAL		3	

Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi

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

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

49. STATUS FUNGSIONAL

PENGKAJIAN 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	
TOTAL			17 (resiko jatuh tinggi)

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 RL	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
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
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 ⁶ /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
Hitung Jenis			
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		
KIMIA LENGKAP			
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.	DS : - P : nyeri karena infeksi pencernaan - Q : nyeri serti tertusuk tusuk - R : nyeri pada perut - S : nyeri skala 6 - Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari DO : - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Sikap protektif - Pasien defekasi 5-7x/hari - Feses lembek - Frekuensi peristaltik meningkat - Bising usus 25x/menit - Hasil lab kultur feses: bakteri +3 - TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%	Faktor infeksi ↓ Bakteri masuk dan berkembang dalam usus ↓ Hipersekresi air dan elektrolit ↓ Iritasi saluran cerna ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis
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	Hipovolemia	Kehilangan Cairan Aktif

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

7. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis
8. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif

N. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI												
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Tingkat Nyeri (L.04033) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><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></table> Keterangan : 16. Memburuk 17. Cukup memburuk 18. Sedang 19. Cukup membaik 20. Membaik	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	Manajemen Nyeri (I.03101) Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal Terapeutik : - Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Status Cairan (L.03028) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Turgor kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Manajemen Hipovolemia (I.03101) Observasi : - Periksa tanda dan gejala hipovolemia Terapeutik : - Hitung kebutuhan cairan - Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> - Berikan asupan cairan oral			
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													

		Output cairan	2	5	Edukasi : • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis • Kolaborasi pemberian cairan hipotonis
		Keterangan : 16. Menurun 17. Cukup menurun 18. Sedang 19. Cukup meningkat 20. Meningkat			

O. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
21 Juni 2024 09.00 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
09.30	1	- Identifikasi penyebab diare	S: - O: - hasil lab : bakteri +3	
09.35	1	- Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
09.50	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Pamol Inf 2x10 mg - Zinc syr 1x20 mg	S: O: Pasien terlihat nyaman dan tenang	
10.00	3	- Identifikasi faktor resiko jatuh - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga	S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan O: - Klien nampak tenang - Ibu pasien mengatakan pasien paham	

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 handraill 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:-	
22 Juni 2024 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	
23 Juni 2024 07.00	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)	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: - Pasien tampak tenang - Gelisah berkurang - Feses tampak masih cair - Bising usus 14x/menit - S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.04033) <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 : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Ajarkan teknik non farmakologis	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	24 Juni 2024 (14 .00)	S : - O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : <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> <tr> <td>Output cairan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan intervensi - Berikan asupan cairan oral - Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3	Output cairan	2	5	3	
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																
Output cairan	2	5	3																

BAB II

TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK <i>(Dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat)</i>		No. RM : 076xxxx Nama : An. S Jenis kelamin : perempuan Berat Badan : 23 kg Tgl lahir : 3 Juni 2013 Alamat : Banyumas 1/2
Tanggal Masuk Rumah Sakit	Waktu Pemeriksaan	Ruangan: Aster
10 Juni 2024	09.00 WIB	

Q. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

53. KELUHAN UTAMA

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 1 hari yang lalu, diare lebih dari 5x/hari, ada lendir di feses dan tidak ada darah.

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 1 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/composmentis.

Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD :105/64 MmHg, Nadi 112 x/menit, RR: 23 x/menit, SpO2: 98%, Suhu 36,7 °C. Pasien didiagnosa yaitu gastroenteritis akut (GEA)

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: 38 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

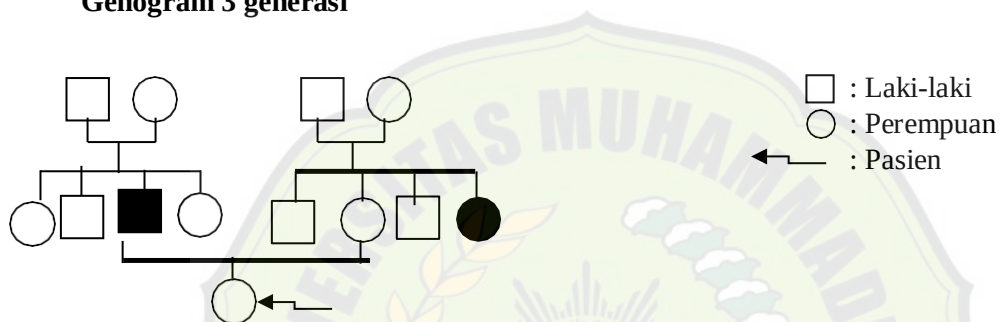
56. RIWAYAT KELUARGA

Ibu: Ny. 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.

57. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL GORDON

37. Persepsi kesehatan- pola manajemen 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 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, dapatkah anak menirukan anda?		

10) 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 :	
	i. 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.
	j. Lingkar Kepala (48 Cm)	Mengetahui apakah lingkar kepala anak dalam batas normal ataukah diluar batas normal sesuai dengan usia perkembangannya.

No	Jenis Pengkajian	Alasan
2.	Perkembangan :	Tidak dikaji pasien berusia 7 tahun
	cc. Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) untuk anak usia 12 bulan	Tidak dikaji pasien berusia 7 tahun
	dd. TDD (Tes Daya Dengar)	Tidak dikaji pasien berusia 7 tahun
	ee. TDL (Tes Daya Lihat)	Tidak dikaji pasien berusia 7 tahun
	ff. Kuesioner MME	Tidak dikaji pasien berusia 7 tahun
	gg. CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)	Tidak dikaji pasien berusia 7 tahun
	hh. Abbreviated Conners Rating Scala (Conners)	Tidak dikaji pasien berusia 7 tahun
	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 : 102 x/menit Pernafasan: 23 x/ menit Suhu : 36,7°, SpO2: 99%.

▪ 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 kelainan 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: 18 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) √
TOTAL		3	

Daftar Penyakit atau keadaan yang berisiko mengakibatkan malnutrisi

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

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

62. STATUS FUNGSIONAL

PENGKAJIAN 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	
TOTAL			17 (resiko jatuh tinggi)

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 RL	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
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	10.5	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 ⁶ /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
Hitung Jenis			
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		
KIMIA LENGKAP			
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.	DS : - P : nyeri karena infeksi pencernaan - Q : nyeri serti tertusuk tusuk - R : nyeri pada perut - S : nyeri skala 6 - Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5-7 x/hari sudah 2 hari DO : - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Sikap protektif - Pasien defekasi 5-7x/hari - Feses lembek - Frekuensi peristaltik meningkat - Bising usus 25x/menit - Hasil lab kultur feses: bakteri +3 - TTV : N : 135x/menit, RR: 28x/menit, S : 36,7°C, SPO2: 98%	Faktor infeksi ↓ Bakteri masuk dan berkembang dalam usus ↓ Hipersekresi air dan elektrolit ↓ Iritasi saluran cerna ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis
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	Hipovolemia	Kehilangan Cairan Aktif

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

9. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis

10. Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif

R. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Dx	SLKI	SIKI												
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Tingkat Nyeri (L.04033) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><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></table> Keterangan : 21. Memburuk 22. Cukup memburuk 23. Sedang 24. Cukup membaik 25. Membaik	Indikator	A	T	Meringis	2	5	Sikap protektif	3	5	Gelisah	2	5	Manajemen Nyeri (I.03101) Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal Terapeutik : • Berikan teknik non farmakologi terapi audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Indikator	A	T													
Meringis	2	5													
Sikap protektif	3	5													
Gelisah	2	5													
2	Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : Status Cairan (L.03028) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Turgor kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	3	5	Manajemen Hipovolemia (I.03101) Observasi : • Periksa tanda dan gejala hipovolemia Terapeutik : • Hitung kebutuhan cairan • Berikan posisi <i>modified tredelenburg</i> • Berikan asupan cairan oral			
Indikator	A	T													
Kekuatan nadi	2	5													
Turgor kulit	3	5													

		Output cairan	2	5	Edukasi : • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis • Kolaborasi pemberian cairan hipotonis
		Keterangan : 21. Menurun 22. Cukup menurun 23. Sedang 24. Cukup meningkat 25. Meningkat			

S. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No.DX	IMPLEMENTASI	Respon	TTD
10 Juni 2024 09.00 WIB	1	- Monitor TTV - Monitor Pernafasan - Mengkaji keadaan umum	S: - O : KU Baik (CM) - N : 148 x/menit -SPO2 : 98% - RR : 28 x/menit	
09.30	1	- Identifikasi penyebab diare	S: - O: - hasil lab : bakteri +3	
09.35	1	- Ajarkan latihan teknik non farmakologi latihan audio visual lagu anak anak dan aromaterapi lavender	S : Os mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
09.50	1,3	Melakukan Injeksi dan pemberian obat oral - Pamol Inf 2x10 mg - Zinc syr 1x20 mg	S: O: Pasien terlihat nyaman dan tenang	
10.00	3	- Identifikasi faktor resiko jatuh - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga	S: Ibu klien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan O: - Klien nampak tenang - Ibu pasien mengatakan pasien paham	

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 handraill 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:-	
11 Juni 2024 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	
12 Juni 2024 07.00	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	13 Juni 2024 (14 .00)	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: - Pasien tampak tenang - Gelisah berkurang - Feses tampak masih cair - Bising usus 14x/menit - S: 37,5 C, RR: 27x/ mnt, SpO2: 98%, N: 130x/mnt A: Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.04033) <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 : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Ajarkan teknik non farmakologis	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	13 Juni 2024 (14 .00)	S : - O : - N : 135 x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Membran mukosa tampak kering - Volume urine menurun A : Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut : <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> <tr> <td>Output cairan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan intervensi - Berikan asupan cairan oral - Berikan cairan IV isotonis dan hipotonis	Indikator	A	T	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	3	Turgor kulit	3	5	3	Output cairan	2	5	3	f
Indikator	A	T	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	3																
Turgor kulit	3	5	3																
Output cairan	2	5	3																