**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.F DENGAN GASTROENTRITIS AKUT**

**DI RUANGAN RAWAT INAP ANAK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

****

**OLEH :**

**JIMI LANLIGASA**

**14103084015416**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWTAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

 **PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.F DENGAN GASTROENTRITIS AKUT**

**DI RUANGAN RAWAT INAP ANAK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

**LAPORAN PENGAMAT KASUS**

**Di Ajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Stikes Perintis Padang**

****

**OLEH :**

**JIMI LANLIGASA**

 **14103084015416**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWTAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2017**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Gastroentritis Akut Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”** ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukttinggi, Agustus 2017

Pembimbing

**Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed**

 **NIK: 1420106116893011**

Mengetahui,

Ka. Prodi DIII Keperawatan

STIKes Perintis Padang

**Ns.Endra Amalia, M.Kep**

**NIK : 1420123106993012**

**PERNYATAAN PENGUJI**

Laporan Studi Kasus berjudul berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Gastroentritis Akut Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”** ini telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukttinggi, Agustus 2017

Penguji I,

**Ns.Endra Amalia, M.Kep**

**NIK :1420123106993012**

Penguji II,

**Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed**

 **NIK: 1420106116893011**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Jimi Lanligasa]

NIM : 14103084015416

Pembimbing : Ns.Endra Amalia, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Gastroentritis Akut Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.AchmadMochtar Bukittinggi Tahun 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/Tgl** | **Materi Bimbingan** | **Paraf** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



1. **Identitas Penulis**

**Nama : Jimi Lanligasa**

**Tempat/Tnggal lahir : Balaiselasa/ 20 Juni 1995**

**Alamat : Simpang Tugu Balaiselasa Kecamatan Ranah Pesisir Kabupaten Pesisir Selatan**

1. **Nama Orang Tua**

**Ayah : Iskandar**

**Ibu : Maidarlis**

1. **Pendidikan**

**TK Adikarya Balaiselasa : Tahun 2001-2002**

**Tamat SD Negeri 02 Koto nan IV Ranah Sisir : Tahun 2002-2008**

**Tamat SMP Negeri 01 Ranah Pesisir : Tahun 2008-2011**

**Tamat SMK Negeri 01 Ranah Pesisir : Tahun 2011-2014**

**D III Keperawatan STIKes Perintis Padang : Tahun 2014-2017**

**KATA PENGANTAR**



Penulis Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas Rahmat dan Karunia-Nya sehingga makalah yang membahas tentang **”Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Gastroentritis Akut Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017*”*** dapat selesai tepat pada waktu yang telah ditentukan.

Penulis menyadari bahwa, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku ketua STIKes Perintis padang dan selaku pembimbing akademik keperawatan anak yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, semangat untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Laporan Studi Kasus ini.
2. Ibu Ns.Endra Amelia, M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang dan selaku Tim penguji Studi Kasus yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, semangat untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Laporan Studi Kasus ini.
3. Ibu Ns.Tismawati, S.Kep selaku pembimbing klinik yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, semangat untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Laporan Studi Kasus ini.
4. Staf perawat di Ruangan Rawat Inap RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan semangat, untuk mengarahkan penulis selama praktek di ruangan.
5. Bapak Ibu Staf pengajar D III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermamfaat bagi penulis.
6. Teristimewa kepada Ayahanda dan Ibunda serta adik, dan seluruh keluarga yang telah banyak memberikan dorongan dan semangat kepada penulis, baik moril maupun material secara do’a restu dan kasih sayang tulus dalam menggapai cita-cita.

Penulis menyadari makalah ini masih jauh dari harapan pembaca yang mana di dalamnya masih terdapat berbagai kesalahan baik dari sistem penulisan maupun isi. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun sehingga dalam Laporan Studi Kasus berikutnya dapat diperbaiki serta ditingkatkan kualitasnya.

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan makalah ini. Semoga Laporan Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

 Bukittinggi, Agustus 2017

 Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**ABSTRAK**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**PERNYATAAN PENGUJI**

**KATA PENGANTAR...............................................................................i**

**DAFTAR ISI...........................................................................................iii**

**DAFTAR GAMBAR................................................................................v**

**DAFTAR TABEL...................................................................................vi**

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang...........................................................................1
	2. Rumusan Masalah.....................................................................7
	3. Tujuan........................................................................................7
		1. Tujuan Umum................................................................7
		2. Tujuan Khusus...............................................................7
	4. Mamfaat Penulisan....................................................................8
		1. Bagi Penulis...................................................................8
		2. Bagis Institusi Pendidikan.............................................8
		3. Bagi Institusi Rumah Sakit............................................8

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

* 1. Konsep Dasar tumbuh Kembang.............................................10
	2. Konsep Dasar Gastroentritis Akut (GEA)...............................28
		1. Defenisi GEA...............................................................28
		2. Anatomi dan Fisiologin Sitem Pencernaan.................29
		3. Klasifikasi Gastroentritis.............................................40
		4. Etiologi........................................................................41
		5. Patofisiologi.................................................................43
		6. Manifestasi Klinis........................................................46
		7. Penatalaksaan.............................................................. 47
		8. Pencegahan..................................................................53
		9. Komplikasi...................................................................53
		10. Pemeriksaan penunjang...............................................54
	3. Asuhan Keperawatan Teoritis Pada Klien GEA.....................55

**BAB III TINJAUAN KASUS**

* 1. Pengkajian...............................................................................71
	2. Diagnosa keperawatan............................................................87
	3. Intervensi keperawatan............................................................88
	4. Implementasi keperawatan......................................................92
	5. Evaluasi.................................................................................103

**BAB IV PEMBAHASAN**

* 1. Pengkajian.............................................................................113
	2. Diagnosa Keperawatan..........................................................116
	3. Intervensi Keperawatan.........................................................117
	4. Implementasi.........................................................................123
	5. Evaluasi.................................................................................125

**BAB V PENUTUP**

* 1. Kesimpulan............................................................................127
	2. Saran......................................................................................130

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**DAFTAR GAMBAR**

**Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan.....................................................29**

**Gambar 2.2 Anatomi Mulut...........................................................................30**

**Gambar 3.3 Skema melintang mulut, hidung, faring, dan laring...............31**

**Gambar 3.4 Bagian posisi esofagus pada manusia.......................................33**

**Gambar 3.5 Anatomi lambung.......................................................................34**

**Gambar 3.6 Anatomi usus..............................................................................35**

**Gambar 3.7 Anatomi usus besar....................................................................38**

**Gambar 3.8 Anatomi Rektum dan Anus.......................................................40**

**DAFTAR TABEL**

**Tabel 2.1 Kebutuhan cairan dalam 4 jam pertama.....................................48**

**Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan....................................................63**

**Tabel 3.1 Identitas Orang Tua.......................................................................71**

**Tabel 3.2 Identitas Saudara Kandung...........................................................72**

**Tabel 3.3 Pola eliminasi..................................................................................77**

**Tabel 3.4 Riwayat Imunisasi..........................................................................78**

**Tabel 3.5 Analisa Data....................................................................................84**

**Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan.................................................................88**

**Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan...........................................................92**

**Tabel 3.8 Evaluasi..........................................................................................103**

**Sekolah Tinggi llmu Kesehatan Perintis Padang**

**Program Studi DIII Keperawatan**

**Karya Tulis Ilmiah, Agustus 2017**

**JIMI LANLIGASA**

**14103084015416**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.F DENGAN GASTROENTRITIS AKUT DI RUANGAN RAWAT INAP ANAK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

**vi + 122 halaman + 8 gambar + 10 tabel + 4 lampiran**

**ABSTRAK**

Menurut  catatan  WHO,  diare  membunuh  2  juta  balita  di  dunia setiap  tahun. Insiden gastroeentritis akut di RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 jumlah kasus Gastroentritis Akut pada tahun 2016 sebanyak 354 kasus dengan rata-rata perbulan sebanyak 29 kasus. Pada tahun 2017 jumlah kasus Gastroentritis Akut dari bulan Januari-Juni sebanyak 92 kasus rata-rata perbulan 15 kasus. Tujuan penulisan laporan ini adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis Akut (GEA). Hasil laporan kasus ditemukan pada An.F yaitu Ibu mengatakan pasien mengalami mencret semenjak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Frekuensi BAB ±5 kali perhari, jumlah >1 gelas, berwarna coklat, encer dan berlendir, terdapat ampas, darah tidak ada. Pasien sesak napas sejak ±6 jam sebelum masuk rumah sakit, muntah sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, berisi apa yang dimakan, jumlah ± ¼ gelas, Frekuensi ±3-4 kali perhari, tidak nafsu makan dan disertai demam sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, Pasien kejang 1 jam sebelum masuk rumah sakit selama ±selama 10 menit. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada An.F yaitu infeksi, gangguan pertukaran gas, kekurangan volume cairan, hipertermi, resiko kejang berulang ,perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evalusi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Gastroenteritis adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali pada neonatus lebih dari 4 kali sehari atau tanpa lendir darah (Hidayat, 2006). Oleh karena itu disarankan kepada institusi rumah sakit memberikan penyuluhan dan informasi mengenai mencegah penyakit gangguan sistem gastrointestinal kepada keluarga dan klien, sehingga klien mempunyai pengetahuan tinggi dan motivasi tinggi dalam untuk mencegah penyakit diare yang terjadi pada anak.

**Kata kunci: Asuhan keperawatan, Gastroentritis akut**

**Daftar pustaka: 14 (2000-2015)**

***High School of Health Science Perintis Padang***

***Diploma III Study of Nursing Program***

***Script Writing, July 2017***

***JIMI LANLIGASA***

***14103084015416***

***NURSING IN CLIENTS TN AN.F WITH ACUTE GASTROENTRITIS IN CHILD CARE ROOM REGIONAL GENERAL HOSPITALS DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2017***

***Vi + 122 pages + 8 images + 10 tables + 4 attachments***

***ABSTRACT***

*According to WHO records, diarrhea kills 2 million babies in the world each year. The incidence of acute gastroeentritis in RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi In 2017 the number of Acute Gastroentritis cases in 2016 was 354 cases with an average monthly of 29 cases. In 2017 the number of Acute Gastroentritis cases from January to June was 92 cases on average per month 15 cases. The purpose of this report is to improve the ability to provide nursing care in patients with Acute Gastroenteritis (GEA). The results of the case report were found in An.F that is Mother said the patient had diarrhea since 3 days before entering the hospital. Frequency ± 5 times per day, the amount of> 1 cup, brown, watery and slimy, there is dregs, blood does not exist. Patient shortness of breath since ± 6 hours before hospitalization, vomiting since 2 days before entering the hospital, containing what is eaten, the amount of ± ¼ cup, Frequency ± 3-4 times per day, no appetite and accompanied by fever since 3 days before entering Hospital, seizure Patients 1 hour before admission to hospital for ± for 10 minutes. The results of the study found that nursing problems in An.F are infections, gas exchange disorders, fluid volume shortages, hyperthermia, recurrent seizure risk, nutritional changes less than body requirements. Based on the above nursing problem, the plan and conduct the action of nursing and evaluation which refers to the objectives and criteria of the result. Gastroenteritis is an abnormal or unusual condition of stool expenditure, characterized by increased volume, dilution, and frequency more than 3 times in neonates more than 4 times daily or without blood mucus (Hidayat, 2006). It is therefore advisable to hospitals to provide information and counseling about preventing gastrointestinal disorders to families and clients, so that clients have high knowledge and high motivation in order to prevent diarrheal disease that occurs in children.*

***Keywords: Nursing care, Acute Gastroentritis***

***References: 14 (2000-2015)***

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang Masalah**

Istilah gastroenteritis digunakan secara luas untuk menguraikan pasien yang mengalami perkembangan diare dan atau muntah akut. Istilah ini mengacu pada terdapat proses inflamasi dalam lambung dan usus, walaupun pada beberapa kasus tidak selalu demikian (Sodikin, 2011). Secara global setiap tahun diperkirakan dua juta kasus gastroenteritis yang terjadi di kalangan anak berumur kurang dari lima tahun. Walaupun penyakit ini seharusnya dapat diturunkan dengan pencegahan, namun penyakit ini tetap menyerang anak terutama yang berumur kurang dari dua tahun. Penyakit ini terutama disebabkan oleh makanan dan minuman yang terkontaminasi akibat akses kebersihan yang buruk (Howidi, 2012).

Gastroenteritis atau diare merupakan penyebab kedua kematian anak di dunia dengan 15 juta anak meninggal setiap tahunnya. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), menunjukkan bahwa diare masih IJMS – Indonesian Journal On Medical Science – Volume 2 No 1 - Januari 2015 ISSN 2443-1249 (Print) 2355-1313 (On Line) - ijmsbm.org 61 menjadi penyebab utama kematian balita di Indonesia. Penyebab utama kematian karena diare perlu tata laksana yang cepat dan tepat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo (2012), jumlah penderita gastroenteritis pada tahun 2012 adalah 31.716 penduduk atau 3,7%, sedangkan pada tahun 2013 mengalami kenaikan 1,4% menjadi 4,11% dengan jumlah penderita 35.498 penduduk. Data hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Daerah Sukoharjo pada tahun 2013 menunjukkan penderita gastroenteritis mencapai 845 orang.

Diare menurut Wijayaningsih (2013) dapat diartikan sebagai suatu kondisi buang air besar yang tidak normal yaitu lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja yang encer dapat disertai atau tanpa disertai darah atau lendir sebagai akibat dari terjadinya proses inflamasi pada lambung dan usus. Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali sehari dan pada neonatus 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir darah (Hidayat, 2006).

Menurut Sodikin (2011), secara klinik diare dibedakan menjadi tiga macam sindrom, yaitu diare akut (gastroenteritis), disentri, dan disentri persisten. Masingmasing mencerminkan patogenesis berbeda dan memerlukan pendekatan yang berlainan dalam pengobatannya.

Diare akut ialah diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat (Noerasid, Suraatmadja & Asnil, dikutip Suharyono, Boediarso & Halimun, 1998). Menurut Watson, dikutip Jones & Irving (1996); Behrman, Kliegman, & Arvin (1996) diare berlangsung kurang dari 14 hari (bahkan kebanyakan kurang dari tujuh hari) dengan disertai pengeluaran feses lunak atau cair, sering tanpa darah, mungkin disertai muntah dan panas (kemenkes RI, 2011). Diare akut (berlangsung kurang dari tiga minggu), penyebabnya infeksi dan bukti penyebabnya harus dicari (perjalanan ke luar negeri, memakan makanan mentah, diare serentak dalam anggota keluarga dan kontak dekat).

Menurut data WHO pada tahun 2013, diare merupakan penyakit kedua yang menyebabkan kematian pada anak-anak balita (bawah lima tahun). Anak-anak yang mengalami kekurangan gizi atau sistem imun yang kurang baik seperti pada orang dengan HIV sangat rentan terserang penyakit diare. Diare sudah membunuh 760.000 anak setiap tahunnya. Sebagian besar orang diare yang meninggal dikarenakan terjadinya dehidrasi atau kehilangan cairan dalam jumlah yang besar.

Diare akut lebih sering terjadi pada bayi daripada anak yang lebih besar. Penyebab terpenting diare cair akut pada anak-anak di negara berkembang adalah rotavirus, Escherichia coli enterotoksigenik, Shigella, Campylobacter jejuni dan Cryptosporidium (Kemenkes RI , 2011). Penyakit diare akut dapat ditularkan dengan cara fekal-oral melalui makanan dan minuman yang tercemar. Peluang untuk mengalami diare akut antara anak laki-laki dan perempuan hampir sama. Diare cair akut menyebabkan dehidrasi dan bila masukan makanan berkurang, juga mengakibatkan kurang gizi, bahkan kematian yang disebabkan oleh dehidrasi.

Penyebab gastroenteritis antara lain infeksi, malabsorbsi, makanan dan psikologis (Dewi, 2010). Penelitian yang dilakukan Oktania Kusumawati, Heryanto Adi Nugroho, Rodhi Hartono (2010) menunjukkan terdapat hubungan antara Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan kejadian diare dengan p value 0,025

Penyakit diare akut atau gastroenteritis akut masih merupakan masalah kesehatan utama dari masyarakat Indonesia. Dari daftar urutan penyebab Poliklinik Rumah Sakit / Puskesmas / Balai Pengobatan, hampir selalu ternasuk dalam kelompok 3 penyebab kunjungan kesarana kesehatan tersebut, (Depkes RI, 2010).

Angka kesakitan gastroenteritis akut sekitar 200 – 400 kejadian diantara 1000 penduduk setiap tahunnya. Dengan demikian di Indonesia dapat ditemukan sekitar 60 juta kejadian setiap tahunnya. Sebagian besar (70 – 80%) dari penderita ini adalah kelompok anak di bawah 5 tahun (balita), (Depkes RI, 2010).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rahayu Sari Utami (2015) yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada An.A dengan Gastroenteritis Dehidrasi Sedang” Masalah utama pada An. A dengan gastroenteritis dehidrasi sedang adalah defisit volume cairan.

Menurut  catatan  WHO,  diare  membunuh  2  juta  balita  di  dunia

 setiap  tahun. Di  Inggris,  satu  dari  lima  orang  menderita  diare  setiap tahunnya,  dan  satu  dari  enam  orang  pasien  yang  berobat  ke  praktek umum  menderita  diare.  Tingginya  kejadian  diare  di  negara  barat  oleh karena  *foodborne  infections*  dan  *water  born  infections*  yang  disebabkan bakteri  *salmonella  spp,*  *Campylobacter  jejuni,  Stafhilococcus  aureus, Bacillus  cereus,  Clostridium  perfringrns*dan*Enterohemorrhagic Escherichia  coli  (EHEC),*diare  di  negara  berkembang  menyebabkan kematian,  sekitar  3  juta  penduduk  setiap  tahun.  Di  Afrika  balita terserang  infeksi  diare  7  kali  setiap  tahunnya  dibandingkan  di  negara berkembang  lainnya  mengalami  serangan  diare  3  kali  setiap  tahun. Kematian  balita  dinegara  berkembang  diperkirakan  meningkat  dari  2,9 juta  kematian  pada  tahun  2004  menjadi  4,5  juta  kematian  pada  tahun 2011.  (Eddosama,  2009).

Di Indonesia gastroenteritis masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, karena morbiditas dan mortalitasnya yang masih tinggi. Penyakit ini dalam beberapa tahun menjadi penyebab nomor satu pasien rawat inap di Indonesia. Berdasarkan data laporan rumah sakit di Indonesia tahun 2008, diare dan gastroenteritis akut merupakan penyakit urutan pertama yang menjadi penyebab pasien di rawat inap di rumah sakit dengan angka kejadian 200.412 kasus. Pada tahun 2010 diare dan gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu masih menduduki peringkat pertama penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di Indonesia yaitu sebanyak 96.278 kasus dengan angka kematian (Case Fatality Rate/CFR) sebesar 1,92%. Penyakit ini juga menduduki peringkat kelima penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit Indonesia tahun 2010).

Data Departemen Kesehatan RI menunjukkan 5.051 kasus diare sepanjang tahun 2005 lalu di 12 provinsi. Jumlah ini meningkat derastis dibandingkan dengan jumlah pasien diare pada tahun sebelumnya, yaitu sebanyak 1.436 orang. Di awal tahun 2006, tercatat 2.159 orang di Jakarta yang dirawat di rumah sakit akibat menderita diare. “Melihat data tersebut dan kenyataan bahwa masih banyak kasus diare yang tidak terlaporkan, departemen kesehatan menganggap diare merupakan isu prioritas kesehatan di tingkat lokal dan nasional karena punya dampak besar pada kesehatan mayarakat, (Depkes RI 2008).

Di Provinsi Sumatera Barat berdasarkan data dari dinas kesehatan Sumatera Barat pada tahun 2013 terdapat 203.317 kasus diare di sarana kesehatan dengan angka kematian sebanyak 12 kasus.

Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari Medical Record RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 jumlah kasus Gastroentritis Akut pada tahun 2016 sebanyak 354 kasus dengan rata-rata perbulan sebanyak 29 kasus. Pada tahun 2017 jumlah kasus Gastroentritis Akut dari bulan Januari-Juni sebanyak 92 kasus rata-rata perbulan 15 kasus.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul Laporan Studi Kaasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Gastroentritis Akut Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan kenyataan yang telah di utarakan diatas, maka rumusan masalah yang penulis buat adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Gastroentritis Akut Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”.

* 1. **Tujuan Penulisan**
		1. **TujuanUmum**

Untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis Akut (GEA) Di Ruangan Rawat Inap Anak

**1..3.2 TujuanKhusus**

1. Mampu menyusun konsep dasar Gastroenteritis Akut (GEA)
2. Mampu menyusun kajian secara teoritis asuhan keperawatan pada anak dengan Gastroenteritis Akut (GEA)
3. Mampu melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan Gastroenteritis Akut (GEA) :
4. Melakukan pengkajian kepada anak dengan Gastroentritis Akut (GEA)
5. Menyusun diagnosa keperawatan anak dengan Gastroentritis Akut (GEA)
6. Menyusun intervensi keperawatan anak dengan Gastroentritis Akut (GEA)
7. Menyusun Implementasi keperawatan anak dengan Gastroentritis Akut (GEA)
8. Mengevaluasi anak dengan Gastroentritis Akut (GEA)
9. Mampu membandingkan kajian teoritis dengan tinjauan kasus anak Gastroentritis Akut (GEA)
	1. **Mamfaat Penulisan**
		1. **Bagi Penulis**

Laporan Studi Kasus ini berguna untuk menambah wawasan dan sebagai bekal ilmu bagi penulis untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat terkait dengan masalah-masalah yang tentunya berhubungan dengan Gastroentritis Akut.

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai masukan bagi institusi pendidkan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Laporan Studi Kasus dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebgai informasi awal terkait dengan masalah-masalah yang tentunya berhubungan dengan Gastroentritis Akut.

* + 1. **Bagi Institusi Rumah sakit**

Laporan Studi Kasus ini dapat di gunakan sebagai acuan dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya bagi pasien Gastroentritis Akut dan sebagai masukan dalam upaya promotif, preventif dan kuratif tentang penanganan pasien dengan Gastroentritis Akut.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

* 1. **KONSEP DASAR TUMBUH KEMBANG**
		1. **Defenisi Tumbuh Kembang**

Pertumbuhan (growth) adalah merupakan peningkatan jumlah dan besar sel di seluruh bagian tubuh selama sel-sel tersebut membelah diri dan mensintesis protein-protein baru, menghasilkan penambahan jumlah dan berat secara keseluruhan atau sebagian. Dalam pertumbuhan manusia juga terjadi perubahan ukuran, berat badan, tinggi badan, ukuran tulang dan gigi, serta perubahan secara kuantitatif dan perubahan fisik pada diri manusia itu. Dalam pertumbuhan manusia terdapat peristiwa percepatan dan perlambatan.Peristiwa ini merupakan kejadian yang ada dalam setiap organ tubuh.

Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu,yaitu secara bertahap,berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual ( Supartini, 2000).

Perkembangan (development) adalah perubahan secara berangsur-angsur dan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh, meningkatkan dan meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan, kematangan atau kedewasaan (maturation), dan pembelajaran (learning).Perkembangan manusia berjalan secara progresif, sistematis dan berkesinambungan dengan perkembangan di waktu yang lalu.Perkembangan terjadi perubahan dalam bentuk dan fungsi kematangan organ mulai dari aspek fisik, intelektual, dan emosional.Perkembangan secara fisik yang terjadi adalah dengan bertambahnya sempurna fungsi organ.Perkembangan intelektual ditunjukan dengan kemampuan secara simbol maupun abstrak seperti berbicara, bermain, berhitung.Perkembangan emosional dapat dilihat dari perilaku sosial lingkungan anak.

* + 1. **Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang**

Setiap manusia mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda-beda antara satu dengan manusia lainnya, bisa dengan cepat bahkan lambat, tergantung pada individu dan lingkungannya. Proses tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor-faktor di antaranya :

1. Faktor heriditer/ genetik

Faktor heriditer Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual ( Supartini, 2000).

Merupakan faktor keturunan secara genetik dari orang tua kepada anaknya. Faktor ini tidak dapat berubah sepanjang hidup manusia, dapat menentukan beberapa karkteristik seperti jenis kelamin, ras, rambut, warna mata, pertumbuhan fisik, dan beberapa keunikan sifat dan sikap tubuh seperti temperamen.

Faktor ini dapat ditentukan dengan adanya intensitas dan kecepatan dalam pembelahan sel telur, tingkat sensitifitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang.Potensi genetik yang berkualitas hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan yang positif agar memperoleh hasil yang optimal.

1. Faktor Lingkungan/ eksternal

Lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi individu setiap hari mulai lahir sampai akhir hayatnya, dan sangat mempengaruhi tercapinya atau tidak potensi yang sudah ada dalam diri manusia tersebut sesuai dengan genetiknya. Faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Lingkungan pranatal (faktor lingkungan ketika masihdalam kandungan)

Faktor prenatal yang berpengaruh antara lain gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin atau zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio.

1. Lingkungan postnatal ( lingkungan setelah kelahiran ).

Lingkungan postnatal dapat di golongkan menjadi :

* 1. Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan fungsi metabolisme.
	2. Lingkungan fisik, meliputi sanitasi, cuaca, keadaan rumah, dan radiasi.
	3. Lingkungan psikososial, meliputi stimulasi, motivasi belajar, teman sebaya, stress, sekolah, cinta kasih, interaksi anak dengan orang tua.
	4. Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pekerjaan atau pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, stabilitas rumah tangga, kepribadian orang tua.

c.  Faktor Status Sosial ekonomi

Status sosial ekonomi dapat berpengaruh pada tumbuh kembang anak.Anak yang lahir dan dibesarkan dalam lingkungan status sosial yang tinggi cenderung lebih dapat tercukupi kebutuhan gizinya dibandingkan dengan anak yang lahir dan dibesarkan dalam status ekonomi yang rendah.

d. Faktor nutrisi

Nutrisi adalah salah satu komponen penting dalam menunjang kelangsungan proses tumbuh kembang. Selama masa tumbuh kembang, anak sangat membutuhkan zat gizi seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan air. Apabila kebutuhan tersebut tidak di penuhi maka proses tumbuh kembang selanjutnya dapat terhambat.

e.  Faktor kesehatan

Status kesehatan dapat berpengaruh pada pencapaian tumbuh kembang.Pada anak dengan kondisi tubuh yang sehat, percepatan untuk tumbuh kembang sangat mudah. Namun sebaliknya, apabila kondisi status kesehatan kurang baik, akan terjadi perlambatan.

* + 1. **Ciri Proses Tumbuh Kembang**

Menurut *Soetjiningsih,* tumbuh kembang anak dimulai dari masa konsepsi sampai dewasa memiliki ciri-ciri tersendiri yaitu :

1. Tumbuh kembang adalah proses yang kontinyu sejak konsepsi sampai maturitas (dewasa) yang dipengaruhi oleh faktor bawaan daan lingkungan.
2. Dalam periode tertentu terdapat percepatan dan perlambatan dalam proses tumbuh kembang pada setiap organ tubuh berbeda.
3. Pola perkembangan anak adalah sama, tetapi kecepatannya berbeda antara anak satu dengan lainnya.
4. Aktivitas seluruh tubuh diganti dengan respon tubuh yang khas oleh setiap organ.

Secara garis besar *menurut Markum (1994)* tumbuh kembang dibagi menjadi 3 yaitu:

a.  Tumbuh kembang fisis

Tumbuh kembang fisis meliputi perubahan dalam ukuran besar dan fungsi organisme atau individu. Perubahan ini bervariasi dari fungsi tingkat molekuler yang sederhana seperti aktifasi enzim terhadap diferensi sel, sampai kepada proses metabolisme yang kompleks dan perubahan bentuk fisik di masa pubertas.

b. Tumbuh kembang intelektual

Tumbuh kembang intelektual berkaitan dengan kepandaian berkomunikasi dan kemampuan menangani materi yang bersifat abstrak dan simbolik, seperti bermain, berbicara, berhitung, atau membaca.

c.  Tumbuh kembang emosional

Proses tumbuh kembang emosional bergantung pada kemampuan bayi umtuk membentuk ikatan batin, kemampuan untuk bercinta kasih.

Prinsip tumbuh kembang menurut *Potter & Perry (2005)* yaitu:

* + - 1. Perkembangan merupakan hal yang teratur dan mengikuti arah rangkaian tertentu
			2. Perkembangan adalah suatu yang terarah dan berlangsung terus menerus, dalam pola sebagai berikut Cephalocaudal yaitu pertumbuhan berlangsung terus dari kepala ke arah bawah bagian tubuh, Proximodistal yaitu perkembangan berlangsung terus dari daerah pusat (proksimal) tubuh kearah luar tubuh (distal), Differentiation yaitu perkembangan berlangsung terus dari yang mudah kearah yang lebih kompleks.
			3. Perkembangan merupakan hal yang kompleks, dapat diprediksi, terjadi dengan pola yang konsisiten dan kronologis.
		1. **Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Manusia**

Tahap-tahap tumbuh kembang pada manusia adalah sebagai berikut :

**Neonatus (bayi lahir sampai usia 28 hari)**

Dalam tahap neonatus ini bayi memiliki kemungkinan yang sangat besar tumbuh dan kembang sesuai dengan tindakan yang dilakukan oleh orang tuanya.Sedangkan perawat membantu orang tua dalam memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi yang masih belum diketahui oleh orang tuanya.

**Bayi (Usia 1 bulan)**

Di hari-hari pertama setelah kelahiran, bayi belum bisa membuka matanya. Namun setelah berjalan beberapa hari kemudian, ia akan bisa melihat pada jarak 20 cm. Bulan pertama ini bayi akan memulai adaptasinya dengan lingkungan baru
Memiliki gerakan refleks alami. Memiliki kepekaan terhadap sentuhan. Secara refleks kepalanya akan bergerak ke bagian tubuh yang disentuh. Sedikit demi sedikit sudah bisa tersenyum.

Komunikasi yang digunakan adalah menangis. Arti dari tangisan itu sendiri akan Anda ketahui setelah mengenal tangisannya, apakah ia lapar, haus, gerah, atau hal lainnya. Peka terhadap sentuhan jari yang disentuh ke tangannya hingga ia memegang jari tersebut. Tiada hari tanpa menghabiskan waktunya dengan tidur.

**Bayi (Usia 2 bulan)**

Sudah bisa melihat dengan jelas dan bisa membedakan muka dengan suara. Bisa menggerakkan kepala ke kiri atau ke kanan, dan ke tengah. Bereaksi kaget atau terkejut saat mendengar suara keras.

**Bayi (Usia 3 bulan)**

Sudah mulai bisa mengangkat kepala setinggi 45 derajat.
Memberikan reaksi ocehan ataupun menyahut dengan ocehan.
Tertawanya sudah mulai keras. Bisa membalas senyum di saat Anda mengajaknya bicara atau tersenyum. Mulai mengenal ibu dengan penglihatannya, penciuman, pendengaran, serta kontak.

**Bayi (Usia 4 bulan)**

Bisa berbalik dari mulai telungkup ke terlentang. Sudah bisa mengangkat kepala setinggi 90 derajat. Sudah bisa menggenggam benda yang ada di jari jemarinya. Mulai memperluas jarak pandangannya.

**Bayi (Usia 5 bulan)**

Dapat mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil. Mulai memainkan dan memegang tangannya sendiri. Matanya sudah bisa tertuju pada benda-benda kecil.

**Bayi (Usia 6 bulan)**

Bisa meraih benda yang terdapat dalam jangkauannya.
Saat tertawa terkadang memperlihatkan kegembiraan dengan suara tawa yang ceria. Sudah bisa bermain sendiri. Akan tersenyum saat melihat gambar atau saat sedang bermain.

**Bayi (Usia 7 bulan)**

Sudah bisa duduk sendiri dengan sikap bersila. Mulai belajar merangkak.
Bisa bermain tepuk tangan dan cilukba.

**Bayi (Usia 8 bulan)**

Merangkak untuk mendekati seseorang atau mengambil mainannya. Bisa memindahkan benda dari tangan satu ke tangan lainnya. Sudah bisa mengeluarkan suara-suara seperti, mamama, bababa, dadada, tatata. Bisa memegang dan makan kue sendiri. Dapat mengambil benda-benda yang tidak terlalu besar.

**Bayi (Usia 9 bulan)**

Sudah mulai belajar berdiri dengan kedua kaki yang juga ikut menyangga berat badannya. Mengambil benda-benda yang dipegang di kedua tangannya. Mulai bisa mencari mainan atau benda yang jatuh di sekitarnya. Senang melempar-lemparkan benda atau mainan.

**Bayi (Usia 10 bulan)**

Mulai belajar mengangkat badannya pada posisi berdiri.
Bisa menggenggam benda yang dipegang dengan erat. Dapat mengulurkan badan atau lengannya untuk meraih mainan.

**Bayi (Usia 11 bulan)**

Setelah bisa mengangkat badannya, mulai belajar berdiri dan berpegangan dengan kursi atau meja selama 30 detik. Mulai senang memasukkan sesuatu ke dalam mulut. Bisa mengulang untuk menirukan bunyi yang didengar. Senang diajak bermain cilukba.

**Bayi (Usia 12 bulan)**

Mulai berjalan dengan dituntun. Bisa menyebutkan 2-3 suku kata yang sama. Mengembangkan rasa ingin tahu, suka memegang apa saja. Mulai mengenal dan berkembang dengan lingkungan sekitarnya. Reaksi cepat terhadap suara berbisik. Sudah bisa mengenal anggota keluarga. Tidak cepat mengenal orang baru serta takut dengan orang yang tidak dikenal/asing.

Pada tahap tumbuh kembang inilah, Anda bisa melihat pertumbuhan bayi di setiap usianya. Baik normal atau tidaknya, semua tergantung bagaimana cara Anda merawat si kecil dan cara penanganannya sedari dini. Oleh karena itu, sejak dini pun penting bagi Anda untuk selalu memberikan gizi dan nutrisi yang terbaik bagi buah hati, serta merawat dan mengasuh dengan penuh kasih sayang.

* + 1. **Perkembangan Psikoseksual**

Dalam perkembangan psikoseksual dalam tumbuh kembang dapat dijelaskan beberapa tahap sebagai berikut :

1. **Tahap oral-sensori (lahir sampai usia 12 bulan)**

Dalam tahap ini biasanya anak memiliki karakter diantaranya aktivitasnya mulai melibatkan mulut untuk sumber utama dalam kenyamanan anak, perasaannya mulai bergantung pada orang lain (dependen), prosedur dalam pemberian makan sebaiknya memberkan kenyamanan dan keamanan bagi anak.

1. **Tahap anal-muskular (usia 1-3 tahun / toddler)**

Dalam tahap ini anak biasanya menggunakan rektum dan anus sebagai sumber kenyamanan, apabila terjadi gangguan pada tahap ini dapat menimbulkan kepribadian obsesif-kompulsif seperti keras kepala, kikir, kejam dan temperamen.

1. **Tahap falik (3-6 tahun / pra sekolah)**

Tahap ini anak lebih merasa nyaman pada organ genitalnya, selain itu masturbasi dimulai dan keinggintahuan tentang seksual.Hambatan yang terjadi pada masa ini menyebabkan kesulitan dalam identitas seksual dan bermasalah dengan otoritas, ekspresi malu, dan takut.

1. **Tahap latensi (6-12 tahun / masa sekolah)**

Tahap ini anak mulai menggunakan energinya untuk mulai aktivitas intelektual dan fisik, dalam periode ini kegiatan seksual tidak muncul, penggunaan koping dan mekanisme pertahanan diri muncul pada waktu ini.

1. **Genital (13 tahun keatas / pubertas atau remaja sampai dewasa)**

Tahap ini genital menjadi pusat kesenangan seksual dan tekanan, produksi horman seksual menstimulasi perkembangan heteroseksual, energi ditunjukan untuk mencapai hubungan seksual yang teratur, pada awal fase ini sering muncuul emosi yang belum matang, kemudian berkembang kemampuan untuk menerima dan memberi cinta.

* + 1. **Perkembangan Biologis**

Teori biologisme, biasa disebut teori nativisme menekankan pentingnya peranan bakat.Pendirian biologisme ini dimulai lebniz (1646-1716) yang mengemukakan teori kontunuitas yang dilanjutkan dengan evoluisionisme. Selanjutnya Haeckel (1834-1919) seorang ahli biologi Jerman mengemukakan teori biogenese, yang menyatakan bahwa perkembangan ontogenese (individu) merupakan rekapitulasi dari filogesenasi.

Para penganut bilogisme menekankan pada faktor biologis, menekankan fase-fase perkembangan yang harus dilalui.Sedangkan penganut sosiologisme atau empirisme menekankan peranan lingkungan pada perkembangan pribadi.

Wolf menentang teori biogenese dan mengemukakan teori epigenese, yang menyatakan bahwa perkembangan organisme itu tidak ditentukan oleh performansinya, melainkan ada sesuatu yang baru.William Stern mengemukakan teori konvergensi yang berusaha mensitesakan kedua teori tersebut.

Sebagai makhluk kodrati yang kompleks, manusia memiliki inteligensi dan kehendak bebas.Dalam hal perkembangan, pada awalnya manusia berkembang alami sesuai dengan hukum alam. Kemudian perkembangan alami manusia ini menjadi jauh melampui perkembangan makhluk lain melalui intervensi inteligensi dan kebebasannya.

* + 1. **Perkembangan Psikososial**

Berikut tahapan pertumbuhan bayi pada setiap usianya :

1. Ciri-ciri Perkembangan Psikososial

a.   Perkembangan psikososial bayi dimulai pada usia 1-2 bulan memperlihatkan rasa senang-nyaman berdekatan dengan orang yang dikenal

b.   Usia 4-7 bulan memberikan respon emosional terhadap kontak sosial

c.   Usia 9-10 bulan mulai lepas dari pengasuhnya karena sudah dapat merangkak atau meraih sesuatu.

d.  Usia 1 tahun tampak interaktif rasa aman dengan ibu atau pengasuhnya dan

e.    Usia 2 tahun mulai mengikuti perbuatan orang lain diluar ibu atau pengasuhnya, bermain sendiri atau dengan orang lain. (Desmita : 2009).

2.    Tahap Perkembangan Usia Bayi

Menurut Erik Erikson (1963) perkembangan psikososial terbagi menjadi beberapa tahap. Masing-masing tahap psikososial memiliki dua komponen, yaitu komponen yang baik (yang diharapkan) dan yang tidak baik (yang tidak diharapkan). Perkembangan pada fase selanjutnya tergantung pada pemecahan masalah pada tahap masa sebelumnya.

Dari pendapat Erik Erikson tadi maka tahap-tahap perkembangan psikososial yang dilalui bayi hanya ada satu yaitu sebagai berikut :

a.    Percaya Vs Tidak percaya ( 0-1 tahun )

Komponen awal yang sangat penting untuk berkembang adalah rasa percaya. Membangun rasa percaya ini mendasari tahun pertama kehidupan. Begitu bayi lahir dan kontak dengan dunia luar maka ia mutlak tergantung dengan orang lain. Rasa aman dan rasa percaya pada lingkungan merupakan kebutuhan. Alat yang digunakan bayi untuk berhubungan dengan dunia luar adalah mulut dan panca indera, sedangkan perantara yang tepat antara bayi dengan lingkungan adalah ibu.

* + 1. **Perkembangan Moral**

Moral merupakan bagian yang cukup penting dalam jiwa remaja. Sebagian orang berpendapat bahwa moral bisa mengendalikan tingkah laku anak yang beranjak dewasa ini sehingga ia tidak melakukan hal hal yang merugikan atau bertentangan dengan kehendak atau pandangan masyarakat. Di sisi lain tiadanya moral seringkali dituding sebagai faktor penyebab meningkatnya kenakalan remaja.

Para sosiolog beranggapan bahwa masyarakat sendiri punya peran penting dalam pembentukan moral. W.G. Summer (1907), salah seorang sosiolog, berpendapat bahwa tingkah laku manusia yang terkendali disebabkan oleh adanya kontrol dari masyarakat itu sendiri yang mempunyai sanksi sanksi tersendiri buat pelanggar pelanggarnya.Bayi berada dalam tahap perkembangan moral yang oleh Piaget (Hurlock, 1980) disebut moralitas dengan paksaan (preconventional level) yang merupakan tahap pertama dari tiga tahapan perkembangan moral.

Tahap – Tahap Perkembangan Moral

1. Bayi (Usia 6-12 bulan)

Orang tua akan menggunakan disiplin untuk memandu, mengendalikan dan melindungi bayi

1. Bayi (Usia 12-18 bulan)

Membuat komitmen dan patuh sesuai dengan keadaan merupakan awal tanda hati nurani, Perhatian terhadap objek yang cacat atau rusak mencerminkan kecemasan diri dalam melakukan hal yang salah.

* + 1. **Perkembangan Spiritual**

Sejalan dengan perkembangan social, perkembangan keagamaan mulai disadari bahwa terdapat aturan-aturan perilaku yang boleh, harus atau terlarang untuk melakukannya.Perkembangan spiritual anak sangat bepengaruh sekali dalam tumbuh kembang anak. Agama sebagai pedoman hidup anak untuk masa yang akan datang. Selain itu, moral seorang anak juga dapat dibentuk melalui perkembangan spiritual.Anak diberi pengetahuan adanya kepercayaan terhadap Tuhan YME sesuai dengan kepercayaan yang dianut orang tua.Karena agama seorang anak itu diturunkan/diwariskan oleh orang tuanya.

Para ahli berpendapat bahwa perkembangan spiritual dibagi menjadi 3 tahapan yaitu :

1. Masa kanak-kanak (sampai tujuh tahun)

Tanda-tandanya antara lain : sikap keagamaan resepsif meskipun banyak bertanya, pandangan ke- Tuhanan masih dipersonifikasikan, penghayatan secara rohaniah masih belum mendalam meskipun mereka telah melakukan kegiatan ritual.

1. Masa anak sekolah.

Tanda-tandanya antara lain : sikap keagamaan resepsif tetapi disertai pengertian, pandangan dan faham ke-Tuhanan diterangkan secara rasional berdasarkan kaidah-kaidah logika yang bersumber pada indikator alam semesta sebagai manifestasi dari eksistensi dan keagungan-Nya, pengahayatan secara rohaniah makin mendalam dalam melaksanakan ritual.

1. Masa remaja (12-18 tahun)

Tanda-tanda masa remaja awal : sikap negatif disebabkan alam pikirannya yang kritis melihat kenyataan orang-orang beragama secara hypocrit yang pengakuan dan ucapannya tidak selalu sama dengan perbuatannya, pandangan dalam hal ke-Tuhanan menjadi kacau karena ia bingung terhadap berbagai konsep tentang aliran dan paham yang saling bertentangan.

Tanda-tanda masa remaja akhir : sikap kembali kearah positif dengan tercapainya kedewasaan intelektual, pandangan dalam hal ke-Tuhanan dipahamkan dalam konteks agama yang dianut dan dipilih, penghayatan rohaninya kembali tenang setelah melalui proses identifikasi dan membedakan agama sebagai doktrin bagi para penganutnya.

Perawat bisa membantu dengan melakukan tindakan memberikan pengetahuan kepada anak tentang apa yang terbaik bagi kesehatan anak dan keadaan dimana anak memerlukan dorongan secara spiritual demi kesembuhan penyakitnya. Allah selamanya mendengar bisikan dan pembicaraan, melihat setiap gerak-geriknya dan mengetahui apa yang dirahasiakan , memperhatikan khusu', taqwa dan ibadah

* 1. **KONSEP DASAR GASTROENTRITIS AKUT (GEA)**
		1. **Definisi GEA**

Gastroenteritis adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali pada neonatus lebih dari 4 kali sehari atau tanpa lendir darah (Hidayat, 2006).

Gastroenteritis adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak, konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Ngastiyah, 2005). Gastroenteritis adalah inflamasi lambung dan usus yang disebabkan oleh berbagai bakteri, virus dan patogen parasitik (Wong,2003).

Gastroenteritis Akut adalah inflamasi lambung dan usus yang disebabkan oleh berbagai bakteri, virus dan patogen parasitic. Gastroenteristis Akut diartikan sebagai buang air besar atau defekasi dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) dengan demikian kandungan air pada tinja lebih banyak dari pada biasanya berlangsung < 7 hari, terjadi secara mendadak (Soebagtio, 2008).

Dari beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa gastroenteritis adalah suatu keadaan dimana terjadi inflamasi pada lambung dan usus ditandai dengan frekuensi buang air besar pada neonatus lebih dari 4 kali sehari dan anak lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi feses encer, atau tanpa lendir dan darah.

* + 1. **Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan**

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

Saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum dan anus. Sistem pencernaan juga meliputi organ-organ yang terletak diluar saluran pencernaan, yaitu pankreas, hati dan kandung empedu.



 Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan

* 1. **Mulut**

Merupakan suatu rongga terbuka tempat masuknya makanan dan air pada hewan. Mulut biasanya terletak di kepala dan umumnya merupakan bagian awal dari sistem pencernaan lengkap yang berakhir di anus. Mulut merupakan jalan masuk untuk sistem pencernaan. Bagian dalam dari mulut dilapisi oleh selaput lendir. Pengecapan dirasakan oleh organ perasa yang terdapat di permukaan lidah. Pengecapan relatif sederhana, terdiri dari manis, asam, asin dan pahit. Penciuman dirasakan oleh saraf olfaktorius di hidung dan lebih rumit, terdiri dari berbagai macam bau.

Makanan dipotong-potong oleh gigi depan (incisivus) dan di kunyah oleh gigi belakang (molar, geraham), menjadi bagian-bagian kecil yang lebih mudah dicerna. Ludah dari kelenjar ludah akan membungkus bagian-bagian dari makanan tersebut dengan enzim-enzim pencernaan dan mulai mencernanya. Ludah juga mengandung antibodi dan [enzim](http://www.pintarbiologi.com/2014/11/enzim-pengertian-dan-sifat-sifatnya.html) (misalnya lisozim), yang memecah protein dan menyerang bakteri secara langsung. Proses menelan dimulai secara sadar dan berlanjut secara otomatis.

 

 Gambar 2.2 Anatomi Mulut

* 1. **Tenggorokan ( Faring)**

Merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan. Berasal dari bahasa yunani yaitu Pharynk.

 

 Gambar 3.3 Skema melintang mulut, hidung, faring, dan laring

Didalam lengkung faring terdapat tonsil ( amandel ) yaitu kelenjar limfe yang banyak mengandung kelenjar limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi, disini terletak bersimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan, letaknya dibelakang rongga mulut dan rongga hidung, didepan ruas tulang belakang.

Keatas bagian depan berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantaraan lubang bernama koana, keadaan tekak berhubungan dengan rongga mulut dengan perantaraan lubang yang disebut ismus fausium. Tekak terdiri dari; Bagian superior =bagian yang sangat tinggi dengan hidung, bagian media = bagian yang sama tinggi dengan mulut dan bagian inferior = bagian yang sama tinggi dengan laring. Bagian superior disebut nasofaring, pada nasofaring bermuara tuba yang menghubungkan tekak dengan ruang gendang telinga,Bagian media disebut orofaring,bagian ini berbatas kedepan sampai diakar lidah bagian inferior disebut laring gofaring yang menghubungkan orofaring dengan laring.

* 1. **Kerongkongan (Esofagus)**

Kerongkongan adalah tabung (tube) berotot pada vertebrata yang dilalui sewaktu makanan mengalir dari bagian mulut ke dalam lambung. Makanan berjalan melalui kerongkongan dengan menggunakan proses peristaltik. Sering juga disebut esofagus(dari bahasa Yunani: oeso – “membawa”, dan phagus – “memakan”).

Esofagus bertemu dengan faring pada ruas ke-6 tulang belakang.

Menurut histologi, Esofagus dibagi menjadi tiga bagian:

1. Bagian superior (sebagian besar adalah otot rangka)
2. Bagian tengah (campuran otot rangka dan otot halus)
3. Serta bagian inferior (terutama terdiri dari otot halus).

****

 Gambar 3.4 Bagian posisi esofagus pada manusia

* 1. **Lambung**

Merupakan organ otot berongga yang besar dan berbentuk seperti kandang keledai.Terdiri dari 3 bagian yaitu :

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

Makanan masuk ke dalam lambung dari kerongkongan melalui otot berbentuk cincin (sfinter), yang bisa membuka dan menutup. Dalam keadaan normal, sfinter menghalangi masuknya kembali isi lambung ke dalam kerongkongan.

Lambung berfungsi sebagai gudang makanan, yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting :

1. Lendir
Lendir melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung. Setiap kelainan pada lapisan lendir ini, bisa menyebabkan kerusakan yang mengarah kepada terbentuknya tukak lambung.
2. Asam klorida (HCl)

Asam klorida menciptakan suasana yang sangat asam, yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri.

1. Prekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein)

 

 Gambar 3.5 Anatomi lambung

* 1. **Usus Halus (Usus kecil)**

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang melumasi isi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan-pecahan makanan yang dicerna). Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula dan lemak.

Lapisan usus halus ; lapisan mukosa ( sebelah dalam ), lapisan otot melingkar ( M sirkuler ), lapisan otot memanjang ( M Longitidinal ) dan lapisan serosa ( Sebelah Luar ).

 

 Gambar 3.6 Anatomi usus

Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (jejunum), dan usus penyerapan (ileum).

1. Usus dua belas jari (duodenum)

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong (jejunum). Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, dimulai dari bulbo duodenale dan berakhir di ligamentum Treitz.

Usus dua belas jari merupakan organ retroperitoneal, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. pH usus dua belas jari yang normal berkisar pada derajat sembilan. Pada usus dua belas jari terdapat dua muara saluran yaitu dari pankreas dan kantung empedu. Nama duodenum berasal dari bahasa Latin duodenum digitorum, yang berarti dua belas jari.

Lambung melepaskan makanan ke dalam usus dua belas jari (duodenum), yang merupakan bagian pertama dari usus halus. Makanan masuk ke dalam duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang bisa di cerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan megirimkan sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

1. Usus kosong (jejunum)

Usus kosong atau jejunum (terkadang sering ditulis yeyunum) adalah bagian kedua dari usus halus, di antara usus dua belas jari (duodenum) dan usus penyerapan (ileum). Pada manusia dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2-8 meter, 1-2 meter adalah bagian usus kosong. Usus kosong dan usus penyerapan digantungkan dalam tubuh dengan mesenterium.
Permukaan dalam usus kosong berupa membran mukus dan terdapat jonjot usus (vili), yang memperluas permukaan dari usus. Secara histologis dapat dibedakan dengan usus dua belas jari, yakni berkurangnya kelenjar Brunner. Secara hitologis pula dapat dibedakan dengan usus penyerapan, yakni sedikitnya sel goblet dan plak Peyeri. Sedikit sulit untuk membedakan usus kosong dan usus penyerapan secara makroskopis.

Jejunum diturunkan dari kata sifat jejune yang berarti “lapar” dalam bahasa Inggris modern. Arti aslinya berasal dari bahasa Laton, jejunus, yang berarti “kosong”.

1. Usus penyerapan (Ileum).

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

* 1. **Usus Besar (Kolon)**

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

Usus besar terdiri dari :

1. Kolon asendens (kanan)
2. Kolon transversum
3. Kolon desendens (kiri)
4. Kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum)

Banyaknya bakteri yang terdapat di dalam usus besar berfungsi mencerna beberapa bahan dan membantu penyerapan zat-zat gizi. Bakteri di dalam usus besar juga berfungsi membuat zat-zat penting, seperti vitamin K. Bakteri ini penting untuk fungsi normal dari usus. Beberapa penyakit serta  antibiotik bisa menyebabkan gangguan pada bakteri-bakteri didalam usus besar. Akibatnya terjadi iritasi yang bisa menyebabkan dikeluarkannya lendir dan air, dan terjadilah diare.

 

 Gambar 3.7 Anatomi usus besar

* 1. **Usus buntu**

Usus buntu atau sekum (Bahasa Latin: caecus, “buta”) dalam istilah anatomi adalah suatu kantung yang terhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar. Organ ini ditemukan pada mamalia, burung, dan beberapa jenis reptil. Sebagian besar herbivora memiliki sekum yang besar, sedangkan karnivora eksklusif memiliki sekum yang kecil, yang sebagian atau seluruhnya digantikan oleh umbai cacing.

* 1. **Rektum dan Anus**

Rektum (Bahasa Latin: regere, “meluruskan, mengatur”) adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB). Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektum akan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan ke usus besar, di mana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama, konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi.

Orang dewasa dan anak yang lebih tua bisa menahan keinginan ini, tetapi bayi dan anak yang lebih muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda BAB. Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lannya dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphinkter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar – BAB), yang merupakan fungsi utama anus.

 

 Gambar 3.8 Anatomi Rektum dan Anus

* + 1. **Klasifikasi Gastroenteritis**
1. Diare akut: diare yang terjadi karena infeksi usus yang bersifat mendadak, berlangsung cepat dan berakhir dalam waktu 3 – 5 hari. Hanya 25 – 30 % pasien yang melebihi wakti satu minggu dan hanya 5 – 15 % yang berakhir dalam 14 hari
2. Diare krinik: dalam pertemuan ilmia berkala badan koordinasi gastroenterology anak Indonesia (PIB – BK GAI) defenisi diare kronik adalah diare yang berlangsung 2 minggu atau lebih, (Sunoto, 2005).

**Klasifikasi tingkat dehidrasi menurut (Hidayat, 2006) adalah:**

1. Dehidrasi ringan

Apabila kehilangan 2-5% dari berat badan atau rata-rata 25ml/kg BB dengan gambaran klinik turgor kulit kurang elastis, suara serak, penderita belum jatuh pada keadaan syok

1. Dehidrasi sedang

Apabila kehilangan cairan 5-8% dari berat badan atau rata-rata 79ml/kg BB dengan gambaran klinik turgor kulit jelek (cubitan kulit perut kembalinya lambat),haus dan minum dengan lahap, suara serak, penderita jatuh syok, nadi cepat dan dalam, rewel atau gelisah, mata cekung.

Perhatikan: jika anak hanya menderita salah satu dari tanda diatas dan salah satu tanda dehidrasi berat misalnya (gelisah atau rewel dan malas minum), berarti anak menderita dehidrasi sedang atau ringan.

1. Dehidrasi berat

Apabila kehilangan cairan 8-10% dari berat badan atau rata-rata 125mj/kg BB, pada dehidrasi berat volume darah berkurang sehingga terjadi syok hipovolemik dengan gejala denyut jantung menjadi cepat, nadi cepat dan kecil, tekanan darah menurun, pasien sangat lelah, tidak ada merasakan haus, kesadaran menurun (apatis, somnolen, kadang-kadang sampai soporokomateus).

* + 1. **Etiologi**

Faktor penyebab diare menurut (Ngastiyah, 2005) adalah:

1. Faktor infeksi
	1. Infeksi enteral ialah infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan utama gastroenteritis pada anak. Meliputi infeksi enteral sebagai berikut:
2. Infeksi bakteri seperti vibrio, E.coli, salmonella, shigella, campylobacter, yersinia, aeromonas, dan sebagainya.
3. Infeksi virus yaitu enterovirus (Virus echo, coxsackie, poliomyelitis, addeno-virus, rotavirus, dan lain-lain).
4. Infeksi parasit: cacing (ascaris, trichuris, oxyuris, strongyloides), protozoa (entamoeba histolytica, giardia lamblia, trichomonas hominis) dan jamur (candida albicons).
	1. Infeksi parenteral

Infeksi parenteral ialah infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti otitis media akut (OMA), tonsilitis/tonsilofaringitis, bronkopneumonia, ensefalitis, dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah 2 tahun.

1. Faktor malabsorpsi

Karbohidrat, misalnya disakarida (intoleransi laktosa, maltosa dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa), malabsorpsi lemak dan malabsorpsi protein.

1. Faktor makanan

Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

1. Faktor psikologis

 Rasa takut dan cemas (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar).

* + 1. **Patofisiologi**

Gastroenteritis adalah peningkatan keenceran dan frekuensi tinja. Gastroenteritis dapat terjadi akibat adanya zat terlarut yang tidak dapat diserap dalam tinja, yang disebut diare osmotik, atau karena iritasi saluran cerna. Penyebab tersering iritasi adalah infeksi virus dan bakteri diusus halus distal atau usus besar.

Gastroenteritis dapat ditularkan melalui rute rektal oral dari orang keorang beberapa fasilitas keperawatan harian juga meningkatkan resiko diare. Transport aktif akibat rangasng toksin bakteri terhadap elektrolit kedalam usus halus, sel mukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatkan sekresi cairan dan elektrolit. Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal sehingga menurunkan area permukaan intestinal.

Iritasi usus oleh suatu patogen mempengaruhi lapisan mukosa usus, sehingga terjadi peningkatan motilitas. Peningkatan motilitas menyebabkan banyak air dan elektrolit terbuang karena waktu yang tersedia untuk penyerapan zat-zat tersebut dikolon berkurang. Individu yang mengalami diare berat dapat meninggal akibat syok hipovolemik dan kelainan elektrolit. Toksin colera yang ditularkan melalui bakteri kolera adalah contoh dari bahan yang sangat merangsang motilitas dan secara langsung dapat menyebabkan sekresi air dan elektrolit kedalam usus besar sehingga unsur-unsur plasma yang penting ini terbuang dalam jumlah yang besar.

Gangguan absorpsi cairan dan elektrolit dapat menyebabkan peradangan dan menurunkan kemampuan intestinal untuk mengabsorpsi cairan dan elektrolit. Hal ini terjadi karena sindrom malabsorpsi meningkatkan motilitas usus intestinal. Meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan gangguan dari absorpsi dan sekresi cairan elektrolit yang berlebihan. Cairan sodium potasium dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstraseluler kedalam tinja sehingga menyebabkan dehidrasi, kekurangan elektrolit dapat mengakibatkan asidosis metabolik.

Gastroenteritis akut ditandai dengan muntah dan diare terkait kehilangan cairan dan elektrolit yang menimbulkan dehidrasi dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Penyebab utama diare adalah virus (adenovirus enterik dan robavirus) serta parasit (biardia lambiachristopodium) patogen ini menimbulkan penyakit dengan menginfeksi sel-sel menghasilkan enterotoksin atau kristotosin yang melekat pada dinding usus. Alat pencernaan yang terganggu pada pasien yang mengalami gastroenteritis akut adalah usus halus (Corwin, 2000).

WOC

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Gejala awal :

* 1. Anak menjadi cengeng
	2. Gelisah
	3. Suhu badan meningkat
	4. Nafsu makan menurun atau tidak ada
	5. Tinja cair (mungkin mengandung darah atau lendir)
	6. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur empedu

Gejala lain :

* 1. Muntah (dapat terjadi sebelum atau sesudah diare)
	2. Gejala dehidrasi
	3. Berat badan menurun
	4. Ubun-ubun cekung (pada bayi)
	5. Tonus dan turgor kulit berkurang
	6. Selaput lendir dan bibir kering

Gejala klinis sesuai tingkat dehidrasi adalah sebagai berikut :

1. Ringan (kehilangan 2,5% BB)

Dehidrasi Kesadaran Komposmetis, nadi kurang dari 120 kali per menit, pernafasan biasa, ubun-ubun besar agak cekung, mata agak cekung, turgor dan tonus biasa, mulut kering.

2.  Dehidrasi sedang (kehilangan 6,9% BB)

Kesadaran gelisah, nadi 120-140 kali per menit, pernafasan agak cepat, ubun-ubun besar cekung, mata tampak cekung, turgor dan tonus agak berkurang, mulut kering.

3. Dehidrasi berat (kehilangan > 10% BB)

Kesadaran apatis sampai koma, nadi lebih dari 140 kali per menit, pernafasan kusmaul, ubun-ubun besar cekung sekali, turgor dan tonus kurang sekali, mulut ering dan sianosis. (Mansjoer, 2006)

* + 1. **Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan diare akut menurut WHO :

1. Tujuannya
2. Mencegah dehidrasi
3. Mengobati dehidrasi
4. Mencegah kekurangan nutrisi, dengan memberikan makanan selama dan setelah dehidrasi
5. Mengurangi durasi dan keparahan diare
6. Rencana terapi A : terapi dirumah untuk mencegah dehidrasi dan malnutrisi
7. Aturan 1 : memberikan anak lebih baik cairan dari pada biasanya, untuk mencegah dehidrasi. Cairan yang diberikan adalah cairan yang mengandung garam (oralit), komposisi larutan oralit (natrium klirida 2,6 g/l, glukosa 13,5 g/l, kalium klorida 1,5 g/l, trisodiumsitrat 2,9 g/l.
8. Aturan 2 : berikan tambahan zink (10-20 mg) untuk anak, setiap hari selama 10-14 hari, zink dapat diberikan sebagai sirup/tablet.
9. Aturan 3 : berikan makanan pada anak untuk mencegah kurang gizi, pemberian ASI harus dilanjutkan tujuannya dalah untuk memberikan makanan yang kaya nutrisi pada anak.
10. Aturan 4 : bahwa anak kepetugas kesehatan jika ada tanda-tanda dehidrasi atau masalah lainnya. Ibu harus membawah anaknya kepada petugas kesehatan jika anak : buang besar cair sering terjadi, muntah berulang-ulang, sangat haus, makan atau minum sedikit, demam, tinja berdarah dan anak tidak membaik dalam 3 hari.
11. Rencana terapi B : terapi rehidrasi oral untuk anak-anak dengan dehidrasi ringan sampai sedang

Tabel 2.1 Kebutuhan cairan dalam 4 jam pertama

|  |
| --- |
| **Jumlah cairan yang harus diberikan dalam 4 jam pertama** |
| **Usia** | <> | 4-11 bulan | 12-23 bulan | 2-4 tahun | 5-14 tahun | Lebih 15 tahun |
| **Berat badan** | <> | 5-7,9 kg | 8-10.9 kg | 11-15.9 kg | 16-29.9 kg | Lebih 30 kg |
| **Jumlah (ml)** | 200-400 | 400-600 | 600-800 | 800-1200 | 1200-2200 | 2200-4000 |

1. Rencana terapi C : untuk pasien dengan dehidrasi berat, pengobatan bagi anak-anak dengan dehidrasi berat adalah rehidrasi intravena cepat, mengikuti rencana terapi C.

**Penatalaksanaan Diet Pada Diare Akut**

Setelah rehidrasi yang adekuat tercapai, masalah berikutnya yang perlu diatasi adalah pemulihan makanan yang normal dan sesuai usia. Secara tradisional, selama diare akut diajurkan “pengistirahatan usus” parsial atau total, sebagian didasarkan pada observasi bahwa pemulihan makan secara dini dapat meningkatkan frekuensi dan volume buang air besar. Sayangnya, hal ini juga menyebabkan malnutrisi ; dengan hampir tanpa asupan tanpa kalori, anak dapat kehilangan 1 sampai 2 % berat tubuhnya per hari. Penyerapan sebagian nutrien mungkin terganggu selama pemulihan dari diare, tetapi sacar rata-rata, lebih dari 80 % karbonhidarat dan lebih dari 50% protein dan lemak dalam makanan diserap. Brown dan MacLean meringkaskan: “Penyerapan suboptimal sebagian makanan adalah lebih baik dari pada tidak ada malabsorbsi dengan tanpa makan”. Selain itu, bahan bakar enterosit (mis. Glutamin, asam lemak rantai pendek) mungkin mempercepat pemulihan pascainfeksi usus. Dengan demikian, jelaskan bahwa *re-feeding* harus diusahakan segera setelah rehidrasi.

Anak yang secara ekslusif mendapat ASI dan mereka mendapat makanan padat dengan atau tanpa ASI harus kembali ke diet normal mereka. Pilihan makanan awal mungkin mencakup makanan yang mudah diserap, misalnya nasi dan gandum serta makanan komplementer, seperti pisang (yang banyak mengandung kalium). Makanan yang diberikan dalam jumlah sedikit dan sering juga diserap lebih baik. Makan yang kandungan gulanya tinggi (mis.,jus buah) dapat menyebabkan diare osmotik dan seyogiannya dehidrasi.

Para anak yang secara eklusif atau secara primer mendapat susu non ASI (mis,susu sapi) atau susu formula komersial harus diamati secara cermat apabila mereka terus mengkosumsi susu. Sebagian besar anak dapat mentoleransi rejimen ini, tetapi pada sebagian anak terjadi asidosis atau dehidrasi rekuren. Sebaiknya dilakukan penundaan selam 23 sampai 48 jam pemberian makanan, dan penggunaan formula bebas-laktosa mungkin bermamfaat. Karena tingginya insidensi defisiensi laktase simtomatik transien pada bayi yang sangat muda dan baru pulih dari diare dan tidak mendapat ASI, sebaiknya kita mengastisipasi masalah ini dan menggunakann formula bebas-laktosa selama 48 sampai 96 jam pertama setelah rehidrasi pada kelompok usia ini

**Lintas Diare (5 langkah tuntaskan diare)**

1. Berikan oralit
2. Berikan tablet zink selama 10 hari berturut-turut
3. Teruskan ASI-makan
4. Berikan antibiotic secara selektif
5. Berikan nasehat pada ibu atau keluarga (Depkes RI, 2011).

**Dasar pengobatan diare adalah:**

1. Pemberian cairan (Rehidrasi)

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam rehidrasi adalah jenis cairan, cara pemberian cairan, dan jumlah pemberiannya. Cara pemberikan cairan dalam terapi rehidrasi adalah jika belum ada dehidrasi: anjurkan anak untuk minum (ad libitum) atau 1 gelas tiap defekasi, dehidrasi ringan: 1 jam pertama 25-50 ml/kg BB per oral (intragastrik), selanjutnya 125 ml/kg BB/ hari ad libitum. Dehidrasi sedang: 1 jam pertama 50-100 ml/kg BB per oral (intragastrik/ sonde), selanjutnya 125 ml/kg BB/ hari ad. Libitum. Dehidrasi berat dilakukan rehidrasi sesuai dengan umur dan berat badan pasien sebagai berikut:

1. Untuk anak umur 1 bulan – 2 tahun berat badan 3-10 kg: 1 jam permata: 40 ml/kg BB/ jam.
2. Untuk anak umur < 2-5 tahun dengan berat badan 10-15 kg: 1 jam pertama yaitu 30 ml/kg BB/ jam.
3. Untuk anak umur < 5-10 tahun dengan berat badan 15-25 kg: 1 jam pertama yaitu 20 ml/kg BB/ jam.
4. Untuk bayi baru lahir (Neonatus) dengan berat badan 2-3 kg: kebutuhan cairannya yaitu 250 ml/kg BB/ 24 jam, jenis cairan = cairan 4 : 1 (4 bagian glukosa 5% + 1 bagian NaHCO3 1½ %).
5. Untuk bayi dengan berat badan lahir rendah < 2 kg: kebutuhan cairan adalah 250 ml/kg BB/ 24 jam.
6. *Dietetic* (cara pemberian makanan)

Tujuan diit pada pasien gastroenteritis adalah memberikan makan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan zat gizi tanpa memberatkan kerja usus, mencegah dan mengurangi resiko dehidrasi, mengupayakan agar anak segera mendapat makan sesuai dengan umur dan berat badannya. Jenis diit untuk penderita gastroenteritis pada anak adalah susu LLM merupakan susu yang rendah laktosa sehingga sangat baik bagi anak .

1. Obat – obatan

Obat anti sekresi:

1. Asetosal dosis 25 mg/ tahun dengan dosis minimum 30 mg.
2. Clorpomazin dosis 0,5 – 1 mg/kg BB/ hari.
3. Antibiotik

(Ngastiyah, 2005)

* + 1. **Pencegahan**
1. Upaya kegiatan pencegahan diare yang meliputi:
	1. Pemberian ASI yang benar
	2. Memberikan makanan pendamping ASI
	3. Penggunaan air bersih yang cukup
	4. Budayakan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sehabis buang air besar dan sebelum menjamah makanan dan minuman
	5. Penggunaan jamban yang saniter oleh seluruh anggota keluarga
	6. Membuang tinja yang benar
	7. Pemberian imunisasi campak
		1. **Komplikasi**
2. Dehidrasi
3. Hipokalemia
4. Hipokalsemia
5. Cardiac disrhythmias akibat hipokalemi dan hipokalsemi
6. Hiponatremia
7. Syok hipovolemik
8. Asidosis

 (Suryadi & Rita, 2006)

**3.2.10 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Davey (2005) pemeriksaan gastroenteritis adalah :

1. Tes darah lengkap, anemia atau trombositosis mengarahkan dugaan adanya penyakit kronis. Albumim yang rendah bisa menjadi patokan untuk tingkat keparahan penyakit namun tidak spesifik.
2. Kultur tinja bisa mengidentifikasi organisme penyebab. Bakteri C.difficile ditemukan pada 5% orang sehat. Oleh karenanya diagnosis di tegakan berdesarkan adanya gejala disertai ditemukannya toksin, bukan berdasar ditemukan organisme saja.
3. Foto polos abdomen, pada foto polos abdomen bisa terlihat klasifikasi pankreas, walaupun diduga terjadi insufiensi pankreas, sebaiknya diperiksa dengan endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) atau CT pankreas.
4. Makroskopis, pemeriksaan makroskopik tinja meliputi pemeriksaan jumlah, warna, bau, darah, lendir dan parasit. Fesesuntuk pemeriksaan sebaiknya yang berasal dari defekasi spontan. Untuk pemeriksaan biasanya dipakai tinja sewaktu, jarang diperlukan tinja 24 jam untuk pemeriksaan tertentu.tinja hendaknya diperiksaan dalam keadaan segar, kalau dibiarkan mungkin sekali unsure-unsur dalam tinja dianggap rusak.
5. Mikroskopis, pemeriksaan mikroskopik meliputi pemeriksaan protozoa, telur cacing, leukosit, eritrosit, sel epitel, kistal, makrofag dan sel ragi.dari semua pemeriksaan ini yang terpenting adalah pemeriksaan terhadap protozoa dan telur cacing.
	1. **ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS PADA KLIEN GE**
		1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan,yaitu **Pengumpulan Data, Analisa data** dan **Penentuan Masalah** kesehatan serta keperawatan.

* 1. **Pengumpulan data**

Tujuan :

Diperoleh data dan informasi mengenai masalah kesehatan yang ada pada pasien sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, mental, sosial dan spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhinya. Data tersebut harus akurat dan mudah dianalisis.

**Jenis data antara lain:**

1. **Data Objektif**, yaitu data yang diperoleh melalui suatu pengukuran, pemeriksaan, dan pengamatan, misalnya suhu tubuh, tekanan darah, serta warna kulit.
2. **Data subjekif**, yaitu data yang diperoleh dari keluhan yang dirasakan pasien, atau dari keluarga pasien/saksi lain misalnya; kepala pusing, nyeri dan mual.

**Adapun focus dalam pengumpulan data meliputi :**

1. Identitas
2. Status kesehatan : keluhan utama, kesehatan sekarang, kesehatan dahulu dan kesehatan keluarga
3. Riwayat kehamilan dan kelahiran
	* + 1. Prenatal

Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutamma pada kehamilan semester pertama, penyakti selama kehamilan yang menyertai seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertunbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim.

* + - 1. Natal

Umur kehamilan, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas organ vital.

* + - 1. Post natal

Apgar skor < 6 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi atau hiperbilirubinemia. Berat badan dan panjang badan untuk mengikuti pertumbuhan dan perkembangan anak pada usia sekelompoknya. Pemberian ASI dan PASI terhadap perkembangan daya tahan tubuh alami dan imunisasi buatan yang dapat mengurangi pengaruh infeksi pada tubuh.

1. Riwayat tumbuh kembang

Pertumbuhan dan perkembangan menjadi bahan pertimbangan yang penting karena setiap individu mempunyai ciri-ciri  struktur dan fungsi yang berbeda, sehingga pendekatan pengkajian fisik dan tindakan haruys disesuaikan dengan pertumbuhan dan perkembangan (Robert Priharjo, 1995).

1. Riwayat nutrisi

Makanan yang terinfeksi, pengelolaan yang kurang hygiene berpengaruh terjadinya diare, sehingga status gizi dapat berubah ringan samapai jelek dan dapat terjadi hipoglikemia. Kehilangan Berat Badan dapat dimanifestasikan tahap-tahap dehidrasi. Dietik pada anak < 1tahun/ > 1tahun dengan Berat badan < 7 kg dapat diberikan ASI/ susu formula dengan rendahlaktosa, umur > 1 tahun dengan BB > 7 kg dapat diberikan makananpadat atau makanan cair.

1. Riwayat kesehatan lingkungan

Lingkungan yang kotor dan kumuh serta personal hygiene yang kurang mudah terkena kuma penyebab diare.

1. Status psikososial

Perkembangan psikososial adalah perkembangan yang berkaitan dengan aspek-aspek psikologis, seperti emosi, motivasi dan perkembangan pribadi, serta perubahan dalam bagaimana individu, berhubungan dengan orang lain.

1. Status pola eliminasi

BAB (frekuensi, banyak, warna dan bau) atau tanpa lendir, darah dapat mendukung secara makroskopis terhadap kuman penyebab dan cara penangana lebih lanjut. BAK perlu dikaji untuk output terhadap kehilangan cairan lewat urine.

1. Status kebiasaan tidur

Pada bayi, anak dengan diare kebutuhan istirahat dapat terganggu karena frekuensi diare yang berlebihan, sehingga menjadi rewel.

1. Status pola aktivitas

Klien nampak lemah, gelisah sehingga perlu bantuan sekunder untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

1. Status kesehatan mental

Keaktifan anak dalam bergaul dengan orang tua, keluarga, dan teman sebaya.

1. Status kesehatan sosial dan spiritual

Pada anak usia 10 bulan status kesehatan sosial sudah bisa betepuk tangan sendiri.

1. Status imunisasi

penelitian Nuraeni (2009) yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara imunisasi campak dengan kejadian diare balita, dimana balita dengan status tidak dilakukan imunisasi campak lebih banyak terkena diare 90%.

1. Pemeriksaan fisik :
2. Pengukuran panjang badan, berat badan menurun, lingkar lengan mengecil, lingkar kepala, lingkar abdomen membesar.
3. Keadaan umum

Klien lemah, gelisah, tewel, lesu, kesadaran menurun.

1. Kepala

Ubun-ubun tidak teraba cekung karena sudah menutup pada anak umur 1 tahun lebih.

1. Mata

Cekung, kering, sangat cekung.

1. Sistem pencernaan

Mukosa mulut kering, distensi abdomen, bising usus meningkat >8 kali/mnt, BAB cair coklat, hijau dan bercampur lendir, nafsu makan menurun, mual muntah, minum normal atau tidak haus, kelihatan tidak haus, minum sedikit.

1. Sistem pernapasan

Dispnea, Pernapasan cepat>40 kali/mnt karena asidosis metabolic (kontraksi otot pernapasan).

1. Sistem Integumen

Warna kulit pucat, turgor menurun >2 detik, suhu meningkat >37,5oC, akral hangat, akral dingin (waspada syok), CRT memanjang >2 detik, kemerahan pada daerah parianal.

1. Sistem perkemihan

Produksi urine oliguria sampai anuria (200-400 ml/24 jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit.

1. Pemeriksaan penunjang
2. Pemeriksaan laboratorium Hematologi
3. Periksataaan laboratorium Feaces
	1. **Analisa data**

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan.

* + 1. **Diagnosa keperawatan**

Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Carpenito,2000).

Perumusan diagnosa keperawatan :

1. **Actual :** Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.
2. **Resiko:** Menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi.
3. **Kemungkinan** : Menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan.
4. **Wellness** : Keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ketingkat sejahtera yang lebih tinggi.
5. **Syndrom** : diagnose yang terdiri dar kelompok diagnosa keperawatan actual dan resiko tinggi yang diperkirakan muncul/timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

Adapun masalah keperawatan yang sering muncul pada kasus Gastroentritis adalah sebagai berikut:

1. Kekurangan Volume Cairan
2. Perubahan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Hipertermi Resiko Kerusakan Integritas Kulit
4. Ganggaun rasa nyaman nyeri
5. Infeksi
6. Ansietas
	* 1. **Intervensi keperawatan**

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini kestatus kesehatan yang di uraikan dalam hasil yang di harapkan (Gordon,1994).

Merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan yang di rumuskan dengan tepat memfasilitasi konyinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten.

Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang(potter,1997).

**INTERVENSI KEPERAWATAN**

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil****(NOC)** | **Intervensi Keperawatan****(NIC)** | **Aktivitas** |
| 1. | Kekurangan volume cairan  | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil :1. Tekanan darah dalam rentang normal
2. Kelembaban membran mukosa
3. Mata tidak cekung
 | Fluid manajemen | **Mandiri**1. Timbang berat badan tiap hari
2. Hitung pengeluaran
3. Pertahankan intake dan output yang adekuat
4. Pantau tanda-tanda vital
5. Pantau status nutrisi
6. Berikan diuretik

**Kolaborasi :**1. Berikan obat oral sesuai indikasi
2. Berikan terapi cairan sesuai kebutuhan pasien
 |
| 2. | Hipertermi  | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam Hipertermi teratasi dengan kriteria hasil :1. Suhu tubuh dalam rentang normal
2. Demam tidak ada lagi
3. TTV dalam rentang normal
 | Temperature manajemen | **Mandiri :**1. Anjurkan untuk minum yang banyak
2. Kompres dengan air hangat kuku
3. Anjurkan untuk memakai baju yang tipis
4. Pantau tanda-tanda vital
5. Anjurkan untuk istirahat
6. Kolaborasi pemberian terapi obat untuk menurunkan panas

**Kolaborasi :**1. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat-obatan antipiretik
 |
| 3. | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam Perubahan Nutrisi kurang dari Kebutuhan Tubuh teratasi dengan kriteria hasil : 1. Berat badan dalam batas normal
2. Nutrisi terpenihi
 | Manajemen Nutrition | **Mandiri** :1. Kaji pola nutrisi klien dan perubahan yang terjadi
2. Timbang BB tiap hari
3. Kaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi
4. Lakukan pemeriksaan abdomen
5. Anjurkan klien makan sedikit tapi sering
6. Kolaborasi dengan ahli gizi

**Kolaborasi :**1. Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan dan nutrisi
 |
| 4 | Resiko Kerusakan Integritas Kulit  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam integritas kulit pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil :1. Integritas kulit yang baik
2. Tidak ada luka/lesi pada kulit
3. Perfusi jaringan baik
4. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.
 | Pressure manajement | 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar
2. Hindari kerutan padaa tempat tidur
3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering
4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali
5. Monitor kulit akan adanya kemerahan
6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan
7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien
8. Monitor status nutrisi pasien
9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat
 |
| 5 | Ganggaun rasa nyaman nyeri  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ....x24 jam nyeri klien berkurang/hilang dengan kriteria hasil :1. Menunjukan teknik relaksasi secara individual yang efektif untuk mencapai kenyamanan
2. Mempertahankan tingkat nyeri pada skala kecil
3. Melaporkan kesehatan fisik dan psikologis
 | Pain manajement | 1. Anjurkan pasien untuk beristirahat
2. Ajarkan klien utnuk teknik relaksasi
3. Ciptakan lingkungan yang nyaman
4. Kaji tingkat nyeri
5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
 |
| 6 | Infeksi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam pasien terbebas dari resiko infeksi dengan kriteria hasil :1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
2. Menunjukan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
3. Jumlah leukosit dalam rentag normal
4. Menunjukan prilaku hidup sehat
 | Infection manajement | 1. Pertahankan teknik isolasi
2. Batasi pengunjung jika perlu
3. Intruksikan kepada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung
4. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
5. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik
 |
| 7 | Ansietas | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam cemas klien berkurang dengan kriteria hasil :1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontol cemas
3. Vital sign dalam batas normal
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan
 | Anxiety Reduction | 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan
2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
5. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis
6. Dorong keluarga untuk menemani anak
7. Lakukan back / neck rub
8. Dengarkan dengan penuh perhatian
9. Identifikasi tingkat kecemasan
10. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
11. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
12. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
13. Barikan obat untuk mengurangi kecemasan
 |

* + 1. **Implementasi**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah katagori dari prilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang dipekirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (Potter & Perry, 2005).

 Contoh Format Dokumentasi Implementasi Keperawatan :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | Diagnosa Keperawatan | Tgl/Jam | Tindakan | Paraf | Evaluasi |
|  |  |  |  |  |  |

Pedoman Pengisian Format Pelaksanaan Tindakan Keperawatan :

1. Nomor diagnosis keperawatan/masalah kolaboratif.

Tulislah nomor diagnosis keperawatan/masalah kolaboratif sesuai dengan masalah yang sudah teridentifikasi dalam format diagnosis keperawatan.

1. Tanggal/jam

Tulislah tanggal,  bulan,  dan jam pelaksanaan tindakan keperawatan.

1. Tindakan
2. Tulislah nomor urut tindakan
3. Tindakan dituliskan berdasarkan urutan pelaksanaan tindakan
4. Tulislah tindakan yang dilakuakn beserta hasil atau respon yang jelas
5. Jangan lupa menuliskan nama/jenis obat,  dosis, cara memberikat,  dan instruksi medis yang lain dengan jelas
6. Jangan menuliskan istilah sering,  kecil,  besar,  atau istilah lain yang dapat menimbulkan persepsi yang berbeda atau masih menimbulkan pertanyaan. Contoh :memberi makan lebih sering dari biasanya. Lebih baik tuliskan pada jam berapa saja memberikan makan dan dalam berapa porsimakanan diberikan
7. Untuk tindakan pendidikan kesehatan tulislah “melakukan penkes tentang (…..) laporan penkes terlampir
8. Bila penkes dilakukan secara singkat tulislah tindakan dan respon pasien setelah penkes dengan jelas
9. Paraf

Tuliskan paraf dan nama terang

1. Evaluasi

Mencatat respon pasien setelah melakukan tindakan keperawatan berdasarkan SOAP

* + 1. **Evaluasi**
	1. **Pengertian Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk:

1) Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan.

2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.

3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Asmadi, 2008)

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya.

Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan criteria/ rencana yang telah disusun.
2. Hasil tindakan keperawatan ,berdasarkan criteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi.

**Hasil Evaluasi**

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

1. Tujuan tercapai,apabila pasien telah menunjukan perbaikan/ kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
2. Tujuan tercapai sebagian,apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya.
3. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru.dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.
	1. **Tahap Evaluasi**

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif (dengan proses dan evaluasi akhir).

Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

1. Evaluasi berjalan (sumatif)

Evaluasi jeni ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. format yang dipakai adalah format SOAP.

1. Evaluasi akhir (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

* 1. **Pengkajian**
1. **Identitas Klien**

Nama : An. F

No MR : 474656

Tempat/ tanggal lahir : Kamang/ 10 September 2016

Jenis Kelamin : Perempuan

TB / BB : 7 kg/70 cm

Agama : Islam

Alamat : Kamang

Tanggal Masuk : 20 Juni 2017 ( Jam : 06.00 WIB)

Tanggal Pengkajian : 20 Juni 2017 ( Jam 11.00 WIB )

Diagnosa Medik : GEA (Gastro Enteritis Akut)

1. **Identitas Orang Tua**

Tabel 3.1 Identitas Orang Tua

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | **Ayah** | **Ibu** |
| Tn. A | Ny. D |
| Usia | 45 th | 40 th |
| Pendidikan | S1 | S1 |
| Pekerjaan | Honorer | IRT |
| Agama | Islam | Islam |
| Alamat |  |  |

1. **Identitas Saudara Kandung**

Tabel 3.2 Identitas Saudara Kandung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama** | **Usia** | **Status Kesehatan** |
| 1. | An. F | 8 Tahun | Sehat |

1. **Riwayat Kesehatan**
2. **Keluhan Utama**

Ibu pasien mengatakan pasien mengalami mencret semenjak 3 hari SMRS. Frekuensi BAB ±5 kali perhari, sejak tadi pagi BAB lunak sudah tidak terhitung, jumlah >1 gelas. BAB nya berwarna coklat, encer dan berlendir, terdapat ampas, darah tidak ada. Pasien sesak napas sejak ±6 jam SMRS. Pasien juga muntah sejak 2 hari SMRS, berisi apa yang dimakan, jumlah ±¼ gelas, Frekuensi ±3-4 kali perhari, tidak nafsu makan dan disertai demam sejak 3 hari SMRS.

1. **Riwayat Kesehatan Sekarang**

Ibu pasien mengatakan pasien mengalami mencret semenjak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Frekuensi BAB ±5 kali perhari, sejak tadi pagi BAB encer sudah tidak terhitung, jumlah >1 gelas. BAB nya berwarna coklat, encer dan berlendir, terdapat ampas, darah tidak ada. Pasien sesak napas sejak ±6 jam sebelum masuk rumah sakit. Pasien juga muntah sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, berisi apa yang dimakan, jumlah ± ¼ gelas, Frekuensi ±3-4 kali perhari, tidak nafsu makan dan disertai demam sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, Suhu 38,7°C, demam naik turun, tidak ada berkeringat. Pasien tampak haus, batuk. Pasien kejang 1 jam sebelum masuk rumah sakit selama ±selama 10 menit.

1. **Riwayat Kesehatan Dahulu**

Ibu mengatakan sebelumnya An.F pernah mengalami diare pada usia 4 bulan dan An.F sudah pernah mendapatkan antibiotic.

1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Ibu menagatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit GEA. Ibu mengatakan Ayah dan Ibu pasien mengalami riwayat asma. Ayah pasien mengalami asma semenjak 10 tahun yang lalu dan Ibu pasien mengalami asma semenjak 1 tahun yang lalu.

**Genogram**

**Keterangan :**

**:**Meninggal

 : Meninggal

 : Laki-laki

 : Perempuan

 : Pasien

 : Garis keturunan

 : Serumah

1. **Riwayat kehamilan dan kelahiran**

Ibu mengatakan keadaannya saat hamil tidak ada masalah, ibu hamil selama 9 bulan dan ibu periksa kehamilan 1 kali 1 bulan ke bidan yang praktek di dekat rumah. Selama kehamilan ibu mengalami mual muntah pada trimester pertama dan pada trimester kedua ibu mengalami sesak napas dan ibu mendapatkan obat penambah darah dari bidan, pada trimester ketiga ibu mengalami udem pada ektremitas bawah. Proses melahirkan ibu dibantu oleh bidan dengan BB janin waktu lahir 2800 gram dengan panjang 40 cm. Ibu mengatakan keadaan bayi waktu lahir dalam keadaan normal dan tidak ada masalah.

1. **Riwayat Tumbuh Kembang**
2. **Pertumbuhan Fisik**

Berat Badan Sebelum Sakit : 8 kg

Berat Badan Saat Sakit : 7 kg

Tinggi Badan : 70 cm

1. **Pemeriksaan Perkembangan**
2. **Emosional :** An.F sudah menyukai warna, sudah menolak hal-hal yang tidak disukai dan sudah bisa menunjukkan ekspresi wajah
3. **Motorik Kasar :** An.F mampu berdiri sendiri dengan bantuan bergantung pada benda yang terjangkau oleh An.F tanpa dibantu oleh orang tua, An.F juga bisa berjalan dengan dibantu oleh orang tua dengan dituntun.
4. **Motorik Halus :** Sewaktu sehat An.F sudah tertarik dengan mainan-mainan seperti boneka, kotak-kotak dan lain-lain. Sewaktu sakit An.F mampu merespon pada saat An.F mau diberikan obat secara IV dan An.F menarik tangan sendiri.
5. **Bahasa :** An.F sudah mampu memanggil nama “Ayah dan Mama” dengan benar dan tepat.
6. **Sosial :** An.F bisa akrab dengan perawat dan semua anggota keluarga yang ada di ruangan.
7. **Riwayat Nutrisi**

Ibu mengatakan An.F sewaktu sehat suka makan jajan ringan dan kurang makan nasi. An.F makan 3xsehari, tetapi porsi makanan yang dihabiskan hanya sedikit. An.F sewaktu sehat juga kurang minum air putih. Ibu mengatakan An.F makan disuapin oleh ibunya.

1. **Data Kesehatan Lingkungan**

Ibu mengatakan tinggal di rumah sendiri, disekililing rumah terdapat rumah tetangga, dilingkungan rumah kurang bersih, karena tempat pembuangan sampah tidak memadai.

Ibu mengatakan tempat mencuci pakaian di rumah menggunakan air dari sumur, didalam rumah terdapat 1 buah kamar mandi yang disertai dengan WC jongkok. Keluarga BAB dan BAK di dalam WC yang ada didalam rumah.

1. **Psikososial**

Ibu mengatakan selama sakit An.F kurang beraktivitas dan An.F hanya suka beristirahat. Ibu mengatakan hanya berharap agar anakya bisa cepat sehat dan menyerahkan semuanya kepada Allah agar anaknya bisa sehat dan pulang lagi ke rumah.

1. **Pola eliminasi**

Tabel 3.3 Pola eliminasi

|  |  |
| --- | --- |
| **Di Rumah** | **Di Rumah Sakit** |
| **BAB**Frekuensi : ±5 kali perhari sejak 3 hari SMRSKonsistensi : encerWarna : coklat bercampur lendir dan ada ampas | **BAB**Frekuensi : 1 Kali dari tadi pagiKonsistensi : Encer bercampur lendir, ada ampasWarna : coklat dan bercampur lendir, ada ampas |
| **BAK**Frekuensi : 7 kali/hariJumlah : 400 ml/24 jamWarna : KuningBau : Pesing | **BAK**Frekuensi : 2 kali/hariJumlah :100 ml/6 jamWarna : KuningBau : Pesing |

1. **Kebiasaan tidur**

Ibu mengatakan An.F waktu di rumah susah tidur siang dan malam, karena sering BAB dan nyeri pada perut. Selama di rumah sakit An.F belum ada tidur karena An.F mengeluh nteri pada perut.

1. **Pola aktivitas**

Ibu mengatakan sewaktu sehat An.I mandi 2x sehari, yaitu pagi dan sore hari. An.I mnegganti pakaian 2x sehari, pagi hari dan sore hari. Selama di rumah sakit An.I mandi hanya dilap saja dan pakaian diganti 1xsehari.

1. **Kesehatan mental**

Ibu mengatakan selama An.I sakit An.I masih bisa berinteraksi dengan ayah dan ibu, selama di rumah sakit An.I sering rewel. Tetapi An.I hanya istirahat di tempat tidur karena kondisi fisik An.I yang melemah. Ibu mengatakan tidak tau cara merawat penyakit yang diderita An.I.

1. **Kesehatan sosial dan spiritual**

Ibu mengatakan semua anggota keluarga meyakini agama islam sebagai kepercaran dan Allah sebagai Tuhan. Ibadah yang dilakukan kleuarga An.I adalah shalat 5 waktu sehari semalam dan mengaji setelah shalat shubuh dan shalat magrib.

1. **Riwayat Imunisasi**

Tabel 3.4 Riwayat Imunisasi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis Imunisasi** | **Waktu Pemberian** | **Frekuensi** | **Reaksi Setelah Pemberian** |
| 1  | BCG | Umur 1 bulan | 1 kali | Bintik merah di bekas penusukan |
| 2 | DPT (I, II,) | DPT 1 : 2 bulanDPT II : 3 bulanDPT III : 4 bulan | Masing-masing 1 kali | Demam  |
| 3 | Polio (I, II) | Polio I : 1 bulanPolio II : 2 bulanPolio III : 3 bulanPolio IV : 4 bulan | Masing-masing 1 kali | Tidak ada reaksi |
| 4 | Hepatitis | Baru lahir | 1 kali | Tidak ada reaksi |

1. **PEMERIKSAAN FISIK**
2. Keadaan umum : Lemah

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda-tanda vital : Nadi : 140 x/menit, Pernapasan : 28 x/menit, Suhu : 380C

TB/BB : 70 cm / 8 kg

LiLA : 14 CM

Lingkar kepala : 44 cm

Lingkar abdomen : 60 cm

* 1. Kepala

Bentuk kepala klien bulat dan ubun-ubun cekung dan tidak ada ketombe.

* 1. Mata

Mata klien tampak cekung dan air mata ada. Ukuran pupil 3 mm.

* 1. Sistem pencernaan
		1. Inspeksi

Mukosa mulut : kering

Perut cembung

* + 1. Auskultasi

Bising usus 13 kali/mnt

* + 1. Palpasi

Turgor kulit : >2 detik

Tidak ada pembesaran hati

* + 1. Perkusi

Tympani

Ibu mengatakan klien muntah sudah 4 kali dari kemaren, klien sering haus, tetapi hanya minum sedikit.

* 1. Sistem pernapasan
		1. Inspeksi

Pergerakan dada simetris kiri dan kanan.

* + 1. Palpasi

Getaran paru An.F teraba apabila An.F menangis.

* + 1. Perkusi

 Redup

* + 1. Auskultasi

Suara napas vesikuler dan tidak ada suara tambahan. Frekuensi napas 75 kali/mnt

* 1. Sistem Integumen

Warna kulit pucat, turgor menurun >2 detik, suhu meningkat 38,7oC, akral hangat, kemerahan pada daerah parianal.

* 1. Sistem perkemihan

 Produksi urine oliguria sampai anuria (300 ml/24 jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit.

1. **Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan laboratorium :

Tanggal 20 Juni 2017

1. PEMERIKSAAN HEMATOLOGI

HGB : 13.0 g/dl (13,0 – 16,0)

WBC : 16.700 g/dL

RBC : 5.08 x1012/L

HCT : 41.4 %

MCV : 81.5 pg

Trombosit : 441.000 /mm3

LYM# : 3.98 x109/L

PCT : 0.33 %

Pada tanggal 20 Juni 2017 dilakukan pemeriksaan pemeriksaan Hematologi berdasarkan data diatas ditemukan :

HGB : Nilai HB 13.0 gram/dL. Tidak ada kelaianan pada HB. Nilai HB normal pada anak adalah ( 11-16 gram/dL).

WBC : Nilai leukosit meningkat 16.700 g/dL. Nilai norma Leukosit pada anak adalah (9.000-12.000 g/dL).

RBC : Nilai Eritrosi 5.08/uL. Tidak ada masalah pada eritrosit. Nilai normal Eritrosit pada anak adalah 4.0-5.0(P) 4.5-5.5 (L).

HCT : Nilai Hematokrit meningkat 41.4%. Nilai normal Hematokrit pada anak adalah 33.38 %

MCV : Nilai MCV 81.5 pg dan tidak ada masalah pada MCV. Nilai nirmal MCV pada anak adalah 80-96 pg.

Trombosit : Nilai Trombosit meningkat 441.000.mm3. Nilai normal Trombosit pada anak adalah 150.000-400.000/mm3.

LYM# : Hasil Limfosit mrningakat 3.98/L. Nilai normal Limfosit pada anak adalah 20.0-40.0/L.

1. PEMERIKSAAN FAECES

Tanggal 20 Juni 2017

* FAECES
	+ 1. MAKROSKOPIS:

Coklat, encer, lendir +

* + 1. MAKROSKOPIS:
			- Eritrosit : -
			- Leukosit : -
			- Telur cacing : -
			- Bakteri : -
			- Sisa Pencernaan :
* Protein :
* Lemak : +
* Karbonhidrat :
1. **TERAPI YANG DIBERIKAN**

**Cairan Intravena**

* + - * 1. IFVD RL 500 cc/3 jam
				2. Ds ¼ NS 8 tts/Makro
				3. RL Loading 150 cc / 1/2 jam

**Obat Parenteral**

1. Parasetamol ampul 3x100 mg
2. Amoxilin 3x150 mg

**Obat Non Parenteral**

1. Zink syr 1x20 mg
2. Lacto B 2x1 Bks
3. Diazepam 3x1,5 mg
4. Pct Drop 4x0,9
5. Luminal 2x30 mg

**ANALISA DATA**

Tabel 3.5 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Masalah** | **Etiologi** |
| 1.  | **DS :*** Ibu pasien mengatakan

pasien mengalami mencret ± 5 kali perhari sejak 3 hari SMRS, BAB pasien coklat, encer, berlendir, ada ampas. Sekali mencret lebih kurang 100 cc (1 gelas)..* Ibu pasien mengatakan pasien mengalami muntah 2 hari SMRS, berisi apa yang sudah dimakan, jumlah ± ¼ gelas, frekuensi ±3-4 kali .
* Ibu mengatakan pasien tidak ada nafsu makan
* Ibu pasien mengatakan BB anaknya sebelum sakit 8 kg

**DO :*** pasien tampak lemah.
* Ubun-ubun cekung
* mata tampak cekung
* turgor kulit agak lambat
* Feses pasien banyak air, warnanya coklat, bercampur lendir, ada ampas.
* Nadi : 140 x/menit, Pernapasan : 75x/menit, BB : 7 kg.
* Mukosa bibir kering
* CRT : < 3 detik
* Turgor kulit abdomen saat dicubit agak lambat kembalinya
 | Kekurangan volume cairan | Diare Frekuensi BAB meningkatPeningkatan kehilangan cairan dan elektrolitKehilangan volume cairan aktifKekurangan volume cairan |
| 2. | **DS :*** Ibu pasien mengatakan anaknya mengalami demam sejak 3 hari SMRS
* Ibu pasien mengatakan badan anaknya terasa hangat

**DO :*** Badan pasien teraba hangat
* Suhu : 38,70C
* Wajah pasien tampak memerah
* Pasien banyak mengeluarkan keringat
 | Perubahan suhu tubuh |  InflamasiAkumulasi monosit, makrofag, sel T dan fibroblasPembentukan prosraglandin di otakMerangsang hipotalamus meningkatkan *Set Point*Peningkatan suhu basaGangguan pengaturan suhuPerubahan suhu tubuh |
| 3 | **DS :*** Ibu pasien mengatakan pasien mengalami muntah setiap selesai makan atau minum ± 3x, Jumlah tiap kali muntah lebih kurang 80 cc (1/3 gelas)
* Ibu pasien mengatakan BB anaknya sebelum sakit 8 kg.
* Ibu pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan

**DO :*** Pasien tampak lemah
* BB saat ini : 7 kg
* Bibir pasien tampak kering
* Bising usus : 13 x/menit
 | Perubahan Nutrisi kurang dari Kebutuhan Tubuh b/d Intake yang tidak adekuat | HiperperistaltikMenurunya kemampuan usus menyerap dan mencerna makananDistensi abdomenMual muntahIntake tidak adekuatResiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  |
| 4 | **DS :*** Ibu pasien mengatakan pasien mencret ±5 kali perhari sejak 3 hari SMRS
* Ibu mengatakan pasien muntah ±3-4 kali perhari sejak 2 hari SMRS

**DO :** * Keadaan umum lemah
* Turgor kulit >2 detik
* Merah pada daerah parineal
 | Resiko Infeksi b/d terinfeksi kuman diare | Penurunan kondisi tubuh yang lemah |
| 5 | **DS :*** Ibu pasien mengatakan pasien sesak napas sejak 6 jam SMRS

**DO :*** Pasien Tampak sesak
* Frekuensi 75 x/mnt
* Pasien tampak batuk
 | Gangguan pertukaran gas | Obstruksi jalan napas oleh sekresi dan spasme brongkusKerusakan alveoliBrongkiektasis/ Aktelektasis |
| 6 | **DS :*** Ibu mengatakan pasien kejang 1 jam SMRS selama ±10 menit
* Ibu mengatakan pasien demam

**DO :*** Pasien tampak lemah
* Pasien tampak demam
* Suhu 38,7°C
 | Resiko kejang berulang |  Hipertemia Gangguan metabolism otakPerubahan keseimbangan dan sel netronD ifusi ion kalium dan natriumLepas muatan listrik Kejang |

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

**Prioritas masalah :**

1. Infeksi
2. Gangguan pertukaran gas
3. Kekurangan volume cairan
4. Hipertermi
5. Resiko kejang berulang
6. Perubahan Nutrisi kurang dari Kebutuhan Tubuh

**3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN**

No MR :06.47.62

Nama : An. F

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)** | **Intervensi Keperawatan (NIC)** | **Aktivitas** |
| 1. | Infeksi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam pasien terbebas dari tanda gejala infeksi dengan kriteria hasil :1. Bebas dari tanda-
2. Angka leukosit normal
3. Pasien mengatakan tahu tentang tanda-tanda infeksi
 | Management infeksi | 1. Pertahankan teknik isolasi
2. Monitor jumlah leukosit
3. Batasi pengunjung jika perlu
4. Intruksikan kepada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung
5. Intruksikan keluarga untuk cuci tangan sbelum dan sesudah kontak dengan pasien
6. Intruksikan klien utntuk cuci tangan sesering mungkin
7. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.
8. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik
 |
| 2. | Gangguan pertukaran gas  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam gangguan pertukaran gas pasien teratasi dengan kriteria hasil :1. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat
2. Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernapasan
3. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
4. Tanda-tanda Vital dalam rentang normal
5. AGD dalam batas normal
6. Status neurologis dalam batas normal
 | Airmay manajemen | 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Keluarkan sekret dengan dengan batuk dan suction
3. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan
4. Monitor TTV
5. Observasi sianosis khususnya membrane mukosa

Berikan O2 sesuai kebutuhan |
| 3.  | Kekurangan volume cairan  | Setelah dilakukan intervensi keperawatan dalam 2x8 jam kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil :* Pasien menunjukkan keseimbangan cairan dan elektrolit
* TTV dalam batas normal
* Turgor kulit baik
* Frekuensi BAB normal
 | Fluid manajemen | **Mandiri :**1. Timbang berat badan tiap hari
2. Anjurkan klien banyak minum air putih.

Minimal 1,2 Liter/Hari1. Hitung pengeluaran
2. Pertahankan intake dan output yang adekuat
3. Pantau tanda-tanda vital

**Kolaborasi :**1. Berikan obat oral sesuai indikasi
2. Berikan terapi cairan sesuai kebutuhan pasien
 |
| 4. | Hipertermi  | Setelah dilakukan intervensi keperawatan dalam 2x8 jam perubahan suhu tubuh teratasi dengan kriteria hasil :1. TTV dalam batas normal
2. Demam tidak ada
3. Suhu dalam rentang 36,5 – 37,5 0C
 | Manajemen temperature | **Mandiri :**1. Anjurkan untuk minum yang banyak
2. Kompres dengan air hangat kuku
3. Anjurkan untuk memakai baju yang tipis
4. Pantau tanda-tanda vital
5. Anjurkan untuk istirahat

**Kolaborasi :**1. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat-obatan antipiretik
 |
| 5.  | Resiko kejang berulang  | Setelah dilakukan tindkan keperawtan selam 2x8 jam aktivitas kejang tidak berulang dengan criteria hasil :1. Suhu Dalam rentang normal
2. Tidak ada tanda gejala kejang
 | Manajemen Risk | 1. Kaji factor pencetus kejang
2. Libatkan keluarga dalam pemberian tindakan pada klien
3. Observasi tanda-tanda vital
4. Kolaborasi dalam pemberian terapy
5. Lindungi klien dari trauma
6. Berikan kompres dingin pada daerah dan ketiak
 |
| 6. | Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | Setelah dilakukan intervensi keperawatan dalam 2x8 jam status nutrisi pasien adekuat dengan kriteria hasil :1. Adanya peningkatan berat badan
2. Porsi makan yang diberikan habis
3. Turgor kulit dan mukosa baik
 | Manajemen Nutrisi | **Mandiri** :1. Kaji pola nutrisi klien dan perubahan yang terjadi
2. Timbang BB tiap hari
3. Kaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi
4. Lakukan pemeriksaan abdomen
5. Anjurkan klien makan sedikit tapi sering

**Kolaborasi :**1. Kolaborasi dengan ahli gizi
2. Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan dan nutrisi
 |

**3.4 Implementasi Keperawatan**

Tabel 3.7. Implementasi Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari / Tanggal** | **Diagnosa Keperawatan** | **Jam**  | **Implementasi** | **Paraf**  |
| 1. | Selasa, 20 Juni 2017 | Infeksi  | **11. 00 WIB**11.1511.2011.2511.3011.3511.4512.5514.45 | 1. Mempertahankan teknik isolasi
2. Memonitor jumlah leukosit

Ditemukan :Leeukosit : 16.700 g/dl1. Membatasi pengunjung jika perlu
2. Mengintruksikan kepada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung:

Dengan 6 langkah bersih cuci tangan1. Mengintruksikan keluarga untuk cuci tangan sbelum dan sesudah kontak dengan pasien :

Dengan 6 langkah bersih cuci tangan1. Mengintruksikan klien utntuk cuci tangan sesering mungkin:

Dengan 6 langkah bersih cuci tangan1. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan:

Dengan 6 langkah bersih cuci tangan1. Berolaborasi dalam pemberian antibiotik

Ditemukan : Amoxilin 3x150 mg |  |
| 2. |  | Gangguan pertukaran gas  | **11.00****WIB**11.1511.2011.2512.5513.3013.35 | 1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Mengeluarkan sekret dengan dengan batuk dan suction
3. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan
4. Memonitor TTV

N : 140 x/mntS : 38,7°CP : 75 kali/mnt1. Mengobservasi sianosis khususnya membrane mukosa
2. Memberikan O2 sesuai kebutuhan

Ditemukan : O2 2 L/menit |  |
| 3. |  | Kekurangan volume cairan  | Jam 11.00 WIB11.3012.0012.1512.3013.30.14.3014.4014.45 | 1. Menimbang berat badan tiap hari

Ditemukan: 7 kg1. Menganjurkan klien banyak minum air putih.

Minimal 600 cc/hari1. Memonitor pengeluaran

Ditemukan:1. BAB :
* Warna : Coklat, encer bercampur lendir, dan ada ampas
* Konsistensi : encer
* Frekuensi : 1 kali/hari
1. BAK :

Frekuensi : 2 kali semenjak masuk rumah sakit1. Pertahankan intake dan output yang adekuat

Ditemukan :* Input :300cc/8 jam
* Output : 250cc/8 jam
1. Pantau tanda-tanda vital

Ditemukan :* TD :
* N : 140kali/mnt
* S : 38,7ºC
* P : 75 kali/mnt
1. Memantau status nutrisi

Ditemukan :* Nafsu makan :menurun
* Frekuensi makan : 2 kali/hari. Tetapi porsi makanan tidak dihabiskan
* Turgor kulit : >2 dtk
1. Berkolaborasi dalam pemberikan obat oral sesuai indikasi
* Lacto B 1x1 bungkus
1. Berkolaborasi dalam pemberikan terapi cairan sesuai kebutuhan RL 40 tts/mnt dengan benar
 |  |
| 4. | Hipertermi | **Jam11.00 WIB**11.1511.3011.4512.5513.0014.4514.45 | 1. Menganjurkan untuk minum yang banyak
2. Kompres dengan air hangat kuku
3. Mengnjurkan untuk memakai baju yang tipis
4. Memantau tanda-tanda vital

N :140 x/mntS : 38,7°CP : 75x/mnt1. Menganjurkan untuk istirahat
2. Kolaborasi pemberian terapi obat untuk menurunkan panas:

Ditemukan : Paracetamol 4x1 cc1. Berkolaborasi dalam pemberian terapi cairan dan nutrisi.

RL : 40 tts/mnt |  |
| 5. | Resiko kejang berulang  | **11.00****WIB**11.1511.2011.3011.3514.4515.00 | 1. Mengkaji factor pencetus kejang
2. Melibatkan keluarga dalam pemberian tindakan pada klien
3. Mengobservasi tanda-tanda vital

N : 140 x/mntS : 38,7°CP : 75 kali/mnt1. Melindungi klien dari trauma
2. Berkolaborasi dalam pemberian terapy

Ditemukan : Diazepam 3x1,5 mg1. Memberikan kompres dingin pada daerah dan ketiak
 |  |
| 6. |  | Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  | **11.00 WIB**11.1511.2011.2511.3012.5513.00 | 1. Mengkaji pola nutrisi klien dan perubahan yang terjadi.

Ditemukan :* Nafsu makan : meurun
* Frekuensi :3x sehari, porsi makan yang dihabiskan ½ porsi
1. Menimbang BB tiap hari

Ditemukan : BB : 7 KG1. Mengkaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi
2. Melakukan pemeriksaan abdomen

Ditemukan :* Bising usus meningkat >normal
1. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering
2. Berkolaborasi dengan ahli gizi
 |  |
| 1. | Rabu, 21 Juni 2017 | Infeksi  | **08. 00 WIB**08.3008.3508.4008.4508.5008.550.1509.30 | 1. Mempertahankan teknik isolasi
2. Memonitor jumlah leukosit

Ditemukan :Leukosit : 16.700 g/dl1. Membatasi pengunjung jika perlu
2. Mengintruksikan kepada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung:

Dengan 6 langkah bersih cuci tangan1. Mengintruksikan keluarga untuk cuci tangan sbelum dan sesudah kontak dengan pasien:

Dengan 6 langkah bersih cuci tangan1. Mengintruksikan klien utntuk cuci tangan sesering mungkin:

Dengan 6 langkah bersih cuci tangan1. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan:

Dengan 6 langkah bersih cuci tangan1. Berkolaborasi dalam pemberian antibiotik

Ditemukan : Amoxilin 3x150 mg |  |
| 2. | Rabu, 21 Juni 2017 | Gangguan pertukaran gas | **08.00****WIB**08.3008.3508.4008.4508.5008.55 | 1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Mengeluarkan sekret dengan dengan batuk dan suction
3. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan
4. Memonitor TTV
* TTV :

N : 100x/mntS : 37,20CP : 60x/mnt1. Mengobservasi sianosis khususnya membrane mukosa
2. Memberikan O2 sesuai kebutuhan

Ditemukan : O2 2 L/menit |  |
| 3. | Rabu, 21 Juni 2017 | Kekurangan volume cairan | **Jam 08.00 WIB**08.3008.3508.4008.4508.5009.0009.1509.30 | 1. Meniimbang berat badan tiap hari

Ditemukan: 7 kg1. Anjurkan klien banyak minum air putih.

Minimal 600 cc/hari1. Memonitor pengeluaran

Ditemukan:1. BAB :
* Warna : Coklat, lunak bercampur lendir, dan ada ampas
* Konsistensi : Lunak
* Frekuensi : 2 kali/hari
1. BAK :

Frekuensi : 4 kali dari semalam1. Pertahankan intake dan output yang adekuat

Ditemukan :* Input :300cc/8 jam
* Output : 250cc/8 jam
1. Pantau tanda-tanda vital

Ditemukan :* TD :
* N : 140kali/mnt
* S : 37,2ºC
* P : 75 kali/mnt
1. Memantau status nutrisi

Ditemukan :* Nafsu makan :menurun
* Frekuensi makan : 2 kali/hari. Tetapi porsi makanan tidak dihabiskan
* Turgor kulit : >2 dtk
1. Berkolaborasi dalam pemberikan obat oral sesuai indikasi
* Lacto B 1x1 bungkus
1. Berkolaborasi dalam pemberikan terapi cairan sesuai kebutuhanRL 40 tts/mnt dengan benar
 |  |
| 4. | Rabu, 21 Juni 2017 | Hipertermi | **Jam 08.00 WIB**08.3008.3508.4008.4508.5009.3009.30 | 1. Menganjurkan untuk minum yang banyak
2. Kompres dengan air hangat kuku
3. Menganjurkan untuk memakai baju yang tipis
4. Memantau tanda-tanda vital

N :100S : 37,2°CP : 75x/mnt1. Menganjurkan untuk istirahat
2. Berkolaborasi pemberian terapi obat untuk menurunkan panas :

Ditemukan : Paracetamol 4x1 cc1. Berkolaborasi dalam pemberian terapi cairan dan nutrisi.

RL : 40 tts/mnt |  |
| 5. | Rabu, 21 Juni 2017 | Resiko kejang berulang | **08.00****WIB**08.3008.3508.4008.4508.5009.00 | 1. Mengkaji factor pencetus kejang
2. Melibatkan keluarga dalam pemberian tindakan pada klien
3. Mengobservasi tanda-tanda vital
4. Melindungi klien dari trauma
5. Berkolaborasi dalam pemberian terapy

Ditemukan : * Diazepam 3x1,5 mg
* Paracetamol 4x1 cc
1. Memberikan kompres dingin pada daerah dan ketiak
 |  |
| 6. | Rabu, 21 Juni 2017 | Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  | **08.00 WIB**08.3008.3508.4008.4508.5010.00 | 1. Mengkaji pola nutrisi klien dan perubahan yang terjadi.

Ditemukan :* Nafsu makan : meurun
* Frekuensi :3x sehari, porsi makan yang dihabiskan ½ porsi
1. Menimbang BB tiap hari

Ditemukan : BB : 7 KG1. Mengkaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi
2. Melakukan pemeriksaan abdomen

Ditemukan :* Bising usus meningkat >normal
1. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering
2. Berkolaborasi dengan ahli gizi
 |  |

**3.5 EVALUASI**

Tabel 3.8 Evaluasi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **HARI/TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **EVALUASI** | **PARAF** |
| 1. | Selasa, 20 Juni 2017 | Infeksi | **Jam 17.00 WIB****S :** * Orangtua pasien mengatakanpasien demam
* Orang tua mengatakan merah pada daerah parineal pasien

**O :*** TTV :

N : 100 x/mntS : 37,5ºcP : 75 x/menit**A** : Masalah infeksi belum tertasi**P** : Intervensi keperawatan no 1-8dilanjutkan |  |
| 2. | Selasa, 20 Juni 2017 | Gangguan pertukaran gas | **17.00 WIB****S :*** Ibu mengatakan anaknya masih sesak napas
* Ibu mengatakan anaknya rewel

**O :*** Pasien tampak sesak
* TTV :

N : 100 x/mntS : 37,5ºcP : 75 x/menit* Pasien terpasang

**A :**Masalah Gangguan pertukaran gas belum teratasi**P :**Implementasi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan |  |
| 3. | Selasa, 20 Juni 2017 |  | Jam 17.00 WIB**S :** * Ibu pasien mengatakan pasien masih mencret dari pagi sebanyak 2x
* Ibu pasien mengatakan BAB anaknya masih banyak air
* Ibu pasien mengatakan warna BAB anaknya coklat.
* Ibu pasien mengatakan pasien masih ada muntah 2x setelah makan.

**O :** * pasien tampak lemah
* Ubun-ubun cekung
* mata tampak cekung
* turgor kulit agak lambat
* Feses pasien banyak air dan berwarna coklat bercampur lendir.
* Nadi pasien : 100 x/menit, Pernapasan : 28 x/menit, Suhu : 37,50C,
* BB : 7 kg
* Intake :400 cc (Minum : 250 cc + oralit : 150cc)
* Output :360cc (Muntah : 30 cc + Urine 200 cc dan BAB : 130 cc)
* IWL : 2,1 cc
* Diuresis :3,0
* Mukosa bibir kering
* Pasien diberikanIVFD RL 40 tts/mnt

**A** : Masalah kekurangan volume cairan belum teratasi**P** : Intervensi keperawatan no 1, 2, 4, 6, 7, dilanjutkan |  |
| 4. | Selasa, 20 Juni 2017 | Hipertermi | **Jam 17.00 WIB****S :*** Ibu pasien mengatakan demam anaknya sudah turun
* Ibu pasien mengatakan sudah mengompres hangat anaknya

**O :*** Badan pasien teraba hangat
* TTV :

N : 100x/mntS : 37,50CP : 60x/mnt* Wajah pasien tampak memerah
* Pasien banyak mengeluarkan keringat
* Pasien tampak rewel dan sering menangis
* Pasien telah diberikan parascetamol Drop 1 cc

**A** : Masalah hipertermi belum teratasi**P** : Intervensi keperawatan no 1, 2, 5, 6, 7, dan 8 dilanjutkan |  |
| 5. | Selasa, 20 Juni 2017 | Resiko kejang berulang | **17.00 WIB****S :*** Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam dan badan anaknya terasa hangat

**O :*** Pasien tampak lemas
* Akral hangat

S : 37,5°C**A :**Masalah resiko kejang berulang belum teratasi**P :**Intervensi 1-6 dilanjutkan |  |
| 6. | Selasa, 20 Juni 2017 | Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  | **Jam 17.00 WIB****S :** * Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada alergi makanan
* Ibu pasien mengatakan pasien muntah seahabis makan
* Ibu pasien mengatakan pasien hanya makan bubur

**O :**- Pasien tampak lemah- BB saat ini : 7 kg- Bibir pasien tampak kering- Bising usus : 11 x/menit- pasien masih mencret- Turgor kulit agak lambat**A** : Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi**P** : Intervensi keperawatan no 1- 6 dilanjutkan |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Rabu, 21 Juni 2017 | Infeksi | **Jam 14.00 WIB****S :** * Orangtua pasien mengatakan pasien tidak demam lagi
* Orang tua mengatakan merah pada daerah parineal pasien

**O :*** TTV :

N : 100 x/mntS : 37,2ºcP : 60x/mntLeukosit : 16.700 g/dl**A** : Masalah infeksi belum teratasi**P** : Intervensi keperawatan no 1-8 dilanjutkan |  |
| 2. | Rabu, 21 Juni 2017 | Gangguan pertukaran gas | **14.00 WIB****S :*** Ibu mengatakan anaknya masih sesak napas
* Ibu mengatakan anaknya masih rewel

**O :*** Pasien masih tampak sesak napas

P : 60 x/mnt* Pasien tampak rewel

**A :**Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi**P :**Implementasi 1-6 dilanjutkan |  |
| 3. | Rabu, 21 Juni 2017 | Kekurangan volume cairan | **Jam 14.00 WIB****S :** * Ibu pasien mengatakan pasien masih mencret dari pagi sebanyak 2x
* Ibu pasien mengatakan BAB anaknya masih banyak air
* Ibu pasien mengatakan warna BAB anaknya coklat.
* Ibu pasien mengatakan pasien masih ada muntah 2x setelah makan..

**O :** * Pasien masih tampak lemah
* Ubun-ubun masih tampak cekung
* Mata masih tampak cekung
* turgor kulit masih agak lambat
* Feses pasien banyak air dan berwarna coklat bercampur lendir.
* Nadi pasien : 100 x/menit, Pernapasan : 60 x/menit, Suhu : 37,20C,
* BB : 7 kg
* Intake :600 cc (Minum : 320 cc + oralit :280 cc)
* Output :500 cc (Muntah : 50 cc + Urine 200 cc dan BAB : 250 cc)
* IWL : 2,1 cc
* Diuresis :3,0
* Mukosa bibir kering
* Pasien diberikanIVFD RL 40 tts/mnt

**A** : Masalah kekurangan volume cairan belum teratasi**P** : Intervensi keperawatan no 1, 2, 4, 6, 7, dilanjutkan |  |
| 4. | Rabu, 21 Juni 2017 | Hipertermi | **14.00WIB****S :*** Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam lagi

**O :*** Pasien sedikit ceria
* Akral hangat

S : 37,2°C**A :**Masalah Resiko Kejang Berulang teratasi**P :**Implementasi dihentikan |  |
| 5. | Rabu, 21 Juni 2017 | Resiko kejang berulang | **14.00WIB****S :*** Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam lagi

**O :*** Pasien sedikit ceria
* Akral hangat

S : 37,2°C**A :**Masalah Resiko Kejang Berulang teratasi**P :**Implementasi dihentikan |  |
| 6. | Rabu, 21 Juni 2017 | Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  |  **Jam 17.00 WIB****S :** * Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada alergi makanan
* Ibu pasien mengatakan pasien muntah seahabis makan
* Ibu pasien mengatakan pasien hanya makan bubur

**O :**- Pasien tampak lemah- BB saat ini : 7 kg- Bibir pasien tampak kering- Bising usus : 11 x/menit- pasien masih mencret- Turgor kulit agak lambat**A** : Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi**P** : Intervensi keperawatan no 1- 6 dilanjutkan |  |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada An.F Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.Acmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 didapatkan pembahasan sebagai berikut:

* 1. **Pengkajian**

Berdasarkan tinjauan teoritis tentang pengkajian pada pasien Gastroentritis sesuai dengan tinjauan kasus pada pengkajian An.F yang berumur 10 bulan dengan Gastroentritis Akut (GEA). Pasien mengalami semenjak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, Frekuensi BAB ±5 kali perhari. BAB nya berwarna coklat, encer dan berlendir, terdapat ampas, darah tidak ada. Ibu pasien mengatakan pasien juga mengalami muntah sejak 2 hari SMRS, berisi apa yang dimakan, jumlah ± ¼ gelas, Frekuensi ±3-4 kali perhari. Hasil pemeriksaan didapatkan pasien tampak lemah, unun-ubun cekung, mata tampak cekung, turgor kulit lambat, pasien mengalami dehidrasi sedang. Hasil pemeriksaan didapatkan Nadi pasien : 140 x/menit, Pernapasan : 75 x/menit, Suhu : 38,7 0C, BB/TB 7 kg/70 cm. Pemeriksaan Labor (20 Juni 2017) Hb : 13 g/dl, Leokosit : 16.700 gd/L, Trombosit : 441.000 uL.

Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan Gastroenteritis adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak, konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Ngastiyah, 2005).

Tanda dan gejala Pasien yang menderita gastroenteritis, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang. Tinja yang keluar mungkin disertai lendir dan darah, warna tinja makin lama berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat semakin banyak asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak diapsorbsi oleh usus selama diare. Gejala muntah dapat timbul setelah atau sebelum diare dan dapat disebabkan karena lambung ikut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit. Bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai nampak, yaitu berat badan turun, turgor berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung (pada bayi), selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering, (Ngastiyah, 2005).

Gastroenteritis dapat ditularkan melalui ruterektal oral dari orang keorang beberapa fasilitas keperawatan harian juga meningkatkan resikodiare. Transport aktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit kedalam usus halus, selmukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatkan sekresi cairan dan elektrolit. Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal sehingga menurunkan area permukaan intestinal. Adapun klasifikasi dalam menilai tingkat dehidrasi dengan kasus gastroenteritis akut yaitu dikatakan Dehidrasi ringan, Apabila kehilangan 2-5% dari berat badan atau rata-rata 25ml/kg BB dengan gambaran klinik turgor kulit kurang elastis, suara serak, penderita belum jatuh pada keadaan syok. Dehidrasi sedang, Apabila kehilangan cairan 5-8% dari berat badan atau rata-rata 79ml/kg BB dengan gambaran klinik turgor kulit jelek (cubitan kulit perut kembalinya lambat), haus dan minum dengan lahap, suara serak, penderita jatuh syok, nadi cepat dan dalam, rewel ata ugelisah, mata cekung. Dehidrasi berat, Apabila kehilangan cairan 8-10% dari berat badan atau rata-rata 125mj/kg BB, pada dehidrasi berat volume darah berkurang sehingga terjadi syok hipovolemik dengan gejala denyut jantung menjadi cepat, nadi cepat dan kecil, tekanan darah menurun, pasien sangat lelah,tidakadamerasakanhaus, kesadaran menurun (apatis, somnolen, kadang-kadang sampai soporokomateus).

Hasil pengkajian pada An. F anak mukosa bibir agak kering. An.F mengalami dehidrasi sedang, Berat Badan Sebelum Sakit: 8 kg, Berat Badan Saat Sakit : 7 kg, Tinggi Badan : 80cm, ubun-ubun An.F tampak cekung, mata An. F terlihat simetris, sklera anikterik, reflek cahaya positif kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis dan pupil isokor, diameter pupil 2 mm, anak rewel dan terdapat lingkaran hitam dibawah mata. Bising usus di Auskultasi terdapat 13x/menit. Warna feses coklat, konsistensinya cair. Orangtua pasien mengatakan cemas dengan kondisi anaknya, takut jika terjadi sesuatu yang buruk.

Dalam teori dengan kasus Gastroenteritis Akut ditemukan diagnosa keperawatan yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekut, hipertermia berhubungan dengan dehidrasi, resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubuhan status cairan, ansietas berhubungan dengan proses penyakit, kurang pengetahuan berhubungan dengan terpapar informasi dan resiko infeksi berhubungan dengan terinfeksi kuman diare.

Hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang muncul pada An. F adalah Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, Perubahan suhu tubuh berhubungan dengan dehidrasi dan Kecemasan keluarga berhubungan dengan krisis situasional.

Menurut asumsi penulis tidak ada perbedaan yang spesifik antara kasus dengan teori. Sehingga dapat disimpulkan diagnosa keperawatan yang ada di teori juga ditemukan pada kasus Gastroenteritis Akut dengan An. F.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil pengkajian didapatkan 6 masalah keperawatan, yaitu :

1. Infeksi
2. Gangguan pertukaran gas
3. Kekurangan volume cairan
4. Hipertermi
5. Resiko kejang berulang
6. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Sedangkan pada tinjauan teoritis ada 6 masalah keperawatan, yaitu :

1. Kekurangan Volume Cairan
2. Perubahan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Hipertermi
4. Resiko Kerusakan Integritas Kulit
5. Ganggaun rasa nyaman nyeri
6. Infeksi
7. Ansietas

Namun ada tiga masalah keperawatan yang tidak ada muncul didalam tinjauan kasus pada An.F, yaitu : Resiko kerusakan integritas kulit, Ganggaun rasa nyaman nyeri dan ansietas, dikarenakan tidak adanya data pendukung untuk mengangkat 3 masalah keperawatan tersebut dan ada dua masalah yang muncul di dalam tinjauan kasus, tetapi tidak ada muncul di dalam tinjauan teoritis, yaitu : Resiko kejang berulang dan Gangguan pertukaran gas, dikarenakan adanya data pendukung yang ada didalam tinjauan kasus untuk mengangkat dua masalah tersebut.

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Dalam penyusunan rencana keperawatan penulis menggunakan rencana keperawatan berdasarkan standar NIC-NOC NANDA. Dalam kasus rencana keperawatan yang muncul diantaranya adalah:

Untuk diagnosa Infeksi dilakukan intevensi Infection Control yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 8 rencana keperawatan, yaitu :

1. Pertahankan teknik isolasi
2. Monitor jumlah leukosit
3. Batasi pengunjung jika perlu
4. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.
5. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik

Sedangkan pada tinjauan kasus dilakukan 8 tindakan keperawatan, yaitu :

1. Pertahankan teknik isolasi
2. Monitor jumlah leukosit
3. Batasi pengunjung jika perlu
4. Intruksikan kepada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung
5. Intruksikan keluarga untuk cuci tangan sbelum dan sesudah kontak dengan pasien
6. Intruksikan klien utntuk cuci tangan sesering mungkin
7. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawata
8. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik

Dari hasil perbandingan antara rencana tindakan menurut tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus, ada 3 buah rencana tindakan yang ada didalam tinjauan kasus dan tidak ada didalam tinjauan teoritis, yaitu : Intruksikan kepada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung, Intruksikan keluarga untuk cuci tangan sbelum dan sesudah kontak dengan pasien, Intruksikan klien utntuk cuci tangan sesering mungkin. Hal itu disebabkan karena banyaknya resiko faktor dari lingkungan yang bisa menyebakan terjadinya infeksi pada pasien.

Untuk diagnosa keperawatan Gangguan pertukaran gas yang berdasarkan tinjauan kasus dilakukan 6 rencana keperawatan, yaitu :

1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2. Keluarkan sekret dengan dengan batuk dan suction
3. Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan
4. Monitor TTV
5. Observasi sianosis khususnya membrane mukosa
6. Berikan O2 sesuai kebutuhan

Untuk diagnosa Kekurangan volume cairan dilakukan intervensi menajemen cairan yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 7 rencana keperawatan, yaitu :

**Mandiri**

Timbang berat badan tiap hari (Untuk menentukan kenaikan dan penurunan Berat bada perharinya), Hitung pengeluaran (Untuk menentukan berapa balance cairan perhari), Pertahankan intake dan output yang adekuat (Untuk menentukan jumlah input dan output yang adekuat), Pantau tanda-tanda vital (Untuk mengetahui tanda klinis dan berguna untuk menegakkan diagnosis suatu penyakit dan berfungsi dalam menentukan perencanaan perawatan medis yang sesuai), Pantau status nutrisi (Untuk mengetahui keseimbangan pemenuhan nutrisi pada pasien selama proses keperawatan), Berikan diuretik (Diuretik merupakan obat-obatan yang dapat meningkatkan laju aliran urin. Golongan obat ini menghambat penyerapan ion natrium pada bagianbagian tertentu dari ginjal. Oleh karena itu, terdapat perbedaan tekanan osmotik yang menyebabkan air ikut tertarik, sehingga produksi urin semakin bertambah)..

**Kolaborasi :**

1. Berikan obat oral sesuai indikasi
2. Berikan terapi cairan sesuai kebutuhan pasien

Sedangakan menurut tinjauan kasus ada 8 rencana tindakan yang dilaksanakan, yaitu :

**Mandiri :**

Timbang berat badan tiap hari (Untuk menentukan kenaikan dan penurunan Berat bada perharinya), Anjurkan klien banyak minum air putih Minimal 600 cc/hari (Untuk menjaga kebutuhan cairan tubuh sesuai dengan normal), Hitung pengeluaran (Untuk menentukan berapa balance cairan perhari), Pertahankan intake dan output yang adekuat (Untuk menentukan jumlah input dan output yang adekuat) , Pantau tanda-tanda vital (Untuk mengetahui tanda klinis dan berguna untuk menegakkan diagnosis suatu penyakit dan berfungsi dalam menentukan perencanaan perawatan medis yang sesuai), Pantau status nutrisi (Untuk mengetahui keseimbangan pemenuhan nutrisi pada pasien selama proses keperawatan). Oleh karena itu, terdapat perbedaan tekanan osmotik yang menyebabkan air ikut tertarik, sehingga produksi urin semakin bertambah.

**Kolaborasi :**

1. Berikan obat oral sesuai indikasi
2. Berikan terapi cairan sesuai kebutuhan pasien

Dari hasil perbandingan antara rencana tindakan menurut tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus, ada satu buah rencana tindakan yang ada didalam tinjauan kasus dan tidak ada didalam tinjauan teoritis, yaitu Anjurkan klien banyak minum air putih Minimal 600 cc/hari, disebabkan karena adanya data klien kekurangan masukan cairan melalui oral.

Untuk diagnosa Hipertermi dilakukan intervensi Pengaturan Suhu yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 6 rencana keperawatan, yaitu :

**Mandiri :**

Anjurkan untuk minum yang banyak**,** Kompres dengan air hangat kuku**,** anjurkan untuk memakai baju yang tipis**,** pantau tanda-tanda vital, anjurkan untuk istirahat.

**Kolaborasi :**

* 1. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat-obatan antipiretik

Sedangkan pada tinjauan kasus juga dilakukan 6 rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan tinjauan teoritis.

Untuk diagnosa Resiko kejang berulang berdasarkan tinjauan kasus dilakukan intervensi 6 rencana keperawatan, yaitu :

1. Kaji factor pencetus kejang
2. Libatkan keluarga dalam pemberian tindakan pada klien
3. Observasi tanda-tanda vital
4. Kolaborasi dalam pemberian terapy
5. Lindungi klien dari trauma
6. Berikan kompres dingin pada daerah dan ketiak

Untuk diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dilakukan intervensi Manajemen Nutrisi yang berdasarkan kepada tinjauan teoritis ada 7 rencana keperawatan, yaitu :

**Mandiri** :

Kaji pola nutrisi klien dan perubahan yang terjadi, timbang bb tiap hari, kaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi, lakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan klien makan sedikit tapi sering, kolaborasi dengan ahli gizi.

**Kolaborasi :**

* 1. Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan dan nutrisi

Sedangkan pada tinjauan kasus juga dilakukan 7 tindakan keperawatan yang sama dengan tinjauan teiritis.

* 1. **Implementasi**

Implementasi keperawatan yang dilakukan juga disesuaikan dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi An. F, Untuk diagnosa Infeksi diamana intervensi Management infeksi implementasi yang dapat dilakukan yaitu mempertahankan teknik isolasi, memonitor jumlah leukosit, membatasi pengunjung jika perlu, mengintruksikan kepada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung, mengintruksikan keluarga untuk cuci tangan sbelum dan sesudah kontak dengan pasien, mengintruksikan klien utntuk cuci tangan sesering mungkin, mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, berkolaborasi dalam pemberian antibiotik.

Untuk diagnosa Gangguan pertukaran gas dimana intervensi Airway manajement, implementasi yang dilakukan memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, mengeluarkan sekret dengan dengan batuk dan suction, mengauskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan, memonitor TTV, mengobservasi sianosis khususnya membrane mukosa, memberikan o2 sesuai kebutuhan

Diagnosa Kekurangan volume cairan intervensi dilakukan manajemen cairan dan implementasi yang dilakukan Timbang berat badan tiap hari menganjurkan klien banyak minum air putih Minimal 600 cc/hari, menghitung pengeluaran, mempertahankan intake dan output yang adekuat, memantau tanda-tanda vital, memberikan diuretik, memberikan obat oral sesuai indikasi, memberikan terapi cairan sesuai kebutuhan pasien.

Untuk Diagnosa Hipertermi dimana intervensi Pengaturan Suhu implementasi yang dilakukan menganjurkan untuk minum yang banyak, mengompres dengan air hangat kuku, menganjurkan untuk memakai baju yang tipis, memantau tanda-tanda vital, menganjurkan untuk istirahat, berkolaborasi dalam pemberian terapi obat-obatan antipiretik.

Untuk diagnosa Resiko kejang berulang implementasi yang dilakukan mengkaji factor pencetus kejang, melibatkan keluarga dalam pemberian tindakan pada klien, mengobservasi tanda-tanda vital, berkolaborasi dalam pemberian terapy, meliindungi klien dari trauma, memberikan kompres dingin pada daerah dan ketiak.

Untuk Diagnosa Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dimana intervensi menajemen nutrisi implementasi yang dilakukan mengkaji pola nutrisi klien dan perubahan yang terjadi, menimbang BB tiap hari, mengkaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi, melakukan pemeriksaan abdomen, menganjurkan klien makan sedikit tapi sering, memantau status nutrisi, berkolaborasi dengan ahli gizi, berkolaborasi dalam pemberian terapi cairan dan nutrisi.

* 1. **Evaluasi**

Untuk Diagnosa Resiko Infeksi, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam pasien tidak demam lagi, merah pada daerah parineal pasien, TTV : N : 100 x/mnt, S : 37,2ºC, P : 60x/mnt.

Untuk Diagnosa Gangguan pertukaran gas, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam An.F masih sesak napas, P : 60 x/mnt, rewel. Masalah gangguan pertukaran gas

Untuk Diagnosa Kekurangan volume cairan, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam pasien masih mencret, banyak air, BAB berwarna coklat dan berlendir, pasien masih muntah, lemah, ubun-ubun cekung, turgor kulit lambat, Nadi : 100 x/menit, Pernapasan : 60 x/menit, Suhu : 37,20C, BB : 7 kg, Intake :700 cc (Minum : 328 cc + oralit : 372 cc), Output :500 cc (Muntah : 30 cc + Urine 200 cc dan BAB : 270 cc), IWL : 2,1 cc, Diuresis :3,0, Mukosa bibir kering. Masalah kekurangan volume cairan

Untuk Diagnosa Hipertermi, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam pasien sudah tidak demam lagi, TTV : N : 100x/mnt, S : 37,20C, P : 75x/mnt, pasien sudah sedikit ceria. Masalah hipertermi teratasi.

Untuk Diagnosa Resiko kejang berulang, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam An.F tidak demam lagi, Pasien tampak sedikit ceria**,** Akral hangat**,** S : 37,2°C. Msalah rekiko kejang berulang teratasi.

Untuk Diagnosa Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam An.F muntah ± 2x habis makan, jumlahnya 50 cc, Pasien tampak lemah, BB saat ini : 7 kg, bibir pasien tampak kering, bising usus : 11 x/menit, pasien masih mencret, turgor kulit lambat. Masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.

**BAB V**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**

Gastroenteritis adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali pada neonatus lebih dari 4 kali sehari atau tanpa lendir darah (Hidayat, 2006). Gastroenteristis Akut diartikan sebagai buang air besar atau defekasi dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) dengan demikian kandungan air pada tinja lebih banyak dari pada biasanya berlangsung < 7 hari, terjadi secara mendadak (Soebagtio, 2008).

Setalah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2x8 jam jam mulai tanggal 20 Juli 2017 sampai dengan tanggal 21 Juli 2017 pada An.F Dengan Gastroentritis Akut Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017, maka penulis mendapatkan pengalaman nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien tersebut. Penulis dapat melakukan langsung proses keperawatan mulai dari pengkajian, memenentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi serta pendokumentasian.

1. Pengkajian

Data yang didapat saat pengkajian pada hari selasa 20 Juli 2017 jam 11.00 WIB, Ibu pasien mengatakan pasien mengalami mencret semenjak 3 hari SMRS. Frekuensi BAB ±5 kali perhari, sejak tadi pagi BAB encer sudah tidak terhitung, jumlah >1 gelas. BAB nya berwarna coklat, encer dan berlendir, terdapat ampas, darah tidak ada. Pasien sesak napas sejak ±6 jam SMRS, Pernapasan 75 x/menit, Pasien juga muntah sejak 2 hari SMRS, berisi apa yang dimakan, jumlah ± ¼ gelas, Frekuensi ±3-4 kali perhari, tidak nafsu makan dan disertai demam sejak 3 hari SMRS, Suhu 38,7°C, demam naik turun, tidak ada berkeringat. Pasien tampak haus, batuk. Pasien kejang 1 jam SMRS selama ±selama 10 menit. Dari hasil pengkajian ditemukan beberapa data tentang keluhan pasien yang tidak ada didalam teori, yaitu Pasien sesak napas sejak ±6 jam SMRS, Pernapasan 75 x/menit dan Pasien kejang 1 jam SMRS selama ±selama 10 menit.

1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang muncul dalam Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Gastroentritis Akut Di Ruangan Rawat Inap Anak RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017, yaitu: Infeksi, gangguan pertukaran gas, kekurangan volume cairan, hipertermi, resiko kejang berulang, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

1. Intervensi keperawatan

Pada rencana tindakan keperawatan meliputi No, Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC), Intervensi Keperawatan (NIC) ,Aktivitas, yang dalam penyusunan disesuaikan dengan teori dan memodifikasi tindakan keperawatan melihat kondisi pasien dengan mengikut sertakan keluarga pasien.

Dari perencanaan yang disusun oleh penulis, perencanaan untuk enam diagnosa keperawatan disusun sesuai dengan NANDA, NIC dan NOC.

1. Implementasi keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini pada umumnya telah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap pelaksanaan ini penulis menerapkan pengetahuan dan ketrampilan berdasarkan teori yang ada. Asuhan Keperawatan dan yang diberikan secara berkesinambungan dan terus-menerus, penulis selalu bekerjasama dengan perawat ruang, pasien dan keluarga. Pada kasus ini pelaksanaannya sudah sesuai dengan kondisi pasien tanpa menyimpang dari perencanaan yang telah dibuat.

Adapun faktor pendukung dari pelaksanaan adalah adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain dengan penulis.

1. Evaluasi

Evaluasi yang digunakan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Pasca evaluasi proses penulis menilai jalannya proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi, dan kebutuhan klien. Sedangkan evaluasi hasil mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis dalam rencana keperawatan klien.

Dari keenam diagnosa keperawatan yang muncul pada An.F ada dua masalah yang dapat teratasi yaitu diagnosa Hipertermi dan Resiko kejang berulang, sedangkan untuk diagnosa keperawatan yang belum tertasi ada empat yaitu Infeksi, gangguan pertukaran gas, kekurangan volume cairan, , perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

* 1. **Saran**
1. Bagi keluarga klien

Disarankan keluarga mampu memberikan perawatan yang baik dirumah, mampu memberikan dukungan moril dan pemulihan kesehatan.

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan kepada institusi pendidikan agar menambah referensi tentang buku gangguan sistem gastrointestinal.

1. Bagi institusi rumah sakit

Disarankan bagi pihak rumah sakit memberikan penyuluhan dan informasi mengenai mencegah penyakit gangguan sistem gastrointestinal kepada keluarga dan klien, sehingga klien mempunyai pengetahuan tinggi dan motivasi tinggi dalam untuk mencegah penyakit diare yang terjadi pada anak.

**DAFTAR PUSTAKA**

Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Carpenito, 2000. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan (terjemahan*).Edisi 8. Jakarta: EGC.

Davey.(2005).At a glance medicine (Annisa Rahmalia,Cut novianty& Amalia Saitri).Jakarta:Erlangga.

Dinkes Sukoharjo. 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Sukoharjo Tahun 2011*. Sukoharjo: Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo.

Depkes RI. 2010. Capaian Pembangunan Kesehatan Tahun 2011. Jakarta.

Hidayat.(2006*). Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.

Mansjoer, 2006. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Gastrointestinal*.Jakarta: selemba medika.

Ngastiyah. 2005. Perawatan Anak Sakit, Jakarta : EGC.

Potter, P.A, Perry, A.G.*Buku Ajar Fundamental Keperawatan* : Konsep, Proses, dan Praktik.Edisi 4.Volume 2.Alih Bahasa : Renata Komalasari,dkk.Jakarta:EGC.2005.

Rahayu Sari Utami .2015. “*Asuhan Keperawatan pada An.A dengan Gastroenteritis Dehidrasi Sedang*.

Sodikin, 2011. *Asuhan Keperawatan Anak Gangguan Sistem Gastrointestinal Dan Hepatobilier*. Jakarta : Salemba Medika.

Suriadi, Rita Yuliani., 2006. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Edisi 2. Jakarta : Sagung setia.

Wijayaningsih, KS. 2013. *Standar Asuhan Keperawatan*. Cetakan Pertama. Jakarta : Trans Info Media.

Wong. 2003. *Pedoman Klinis Keperawtan Pediatrik*. Edisi 4. Jakarta : EGC.