

## DAFTAR PUSTAKA

- Achriyana Arif, R. N., Mardhiyah, A., & Mediani, H. S. (2023). Efektifitas Probiotik Yogurt terhadap Kejadian Diare pada Anak Usia Pra-Sekolah. *Jurnal Obsesi : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 1934-1948.
- Abdillah, Z. S., & Purnamawati, I. D. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare. 118 - 136.
- Arbakyah, Pujiati, W., & Dolok Saribu, H. J. (2021). Terapi Bermain Lego Terhadap Kecemasan Masa Hospitalisasi Anak Pra Sekolah Di Rumkitaldr. Midiyato Suratani Tanjungpinang. *Jurnal Ilmiah Cerebral Medika*, 1 - 6 .
- Ariani, M., Hamidah, S., & Mahmudah, R. (2021). Terapi Bermain Lego Dalam Menurunkan Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Saat Hospitalisasi Di Ruang Rawat Anak RSUD Pambalah Batung Amuntai. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan* , 515 - 528
- Dharma Putra, D. K., Dwijayanto, M. R., & Ernawati, N. L. (2022). Peran Perawat dalam Meminimalkan Kecemasan Orang Tua akibat Hospitalisasi Anak di RSUD Negara. *e-Journal Pustaka Kesehatan*, 126 - 132.
- Fahira , A. M. (2022). Gambaran Kecemasan Efek Hospitalisasi Pada Anak Usia Sekolah Di Rumah Sakit Islam Sulten Agung Semarang. *Skripsi*, 1-66.
- Gafa, A., & Sensussiana, T. (2023). Asuhan Keperawatan Anak Diare: Kecemasan Dengan Intervensi Terapi Bermain Puzzle Di RSUD Ungaran Semarang. *Program Studi Keperawatan Diploma Tiga*, 1 - 11.
- Gerliandi, G. B., aniatunufus, Pratiwi, R. D., & Agustina, H. S. (2021). Intervensi Non-Farmakologis Untuk Mengurangi Kecemasan Pada Mahasiswa: Sebuah Narrative Review. *Jurnal Keperawatan BSI, Vol. 9 No.*  , 234 - 245.
- Kemenkes, RI. (2020). Risep Kesehatan Dasar.
- Kesehatan, D. (2023, September 11). Fenomena El Nino, Masyarakat Juga Diminta Waspada Penyakit Diare.
- Lo, A., L. A., Kuhlthau, K., & A. Parker, R. (2023). Effects Of Physical Exercise, LEGO, And Minecraft Activities On Anxiety In Underserved Children With Autism: Study Design And Methodological Strategies. *Journal Homepage*, 1-10.
- Kemenkes, R. (2020). Risep Kesehatan Dasar.
- Kesehatan, D. (2023). Fenomena El Nino, Masyarakat Juga Diminta Waspada Penyakit Diare.
- Millenia, W., & Kustriyanti, D. (2023). Asuhan Keperawatan Anak Hospitalisasi Pada Thypoid Dengan Penerapan Terapi Bermain Leggo Di Bangsal Anak Ruang Amarilis RSUD Dr.Gondosuwarno Ungaran. *Widya Millenia/ Jurnal Nursing Update*, 332 - 341.
- Mubarok, M. A., & Wulanningrum, D. N. (2021). Nursing Of Preschool Age Children With Acute Gastroenteritis In The Fulfillment Of The Need For Comfort (Anxiety). *Nursing Study Program D3 Faculty of Health*

- Sciences*, 1-7.
- Mujiyanti, S., & Rismawati, R. R. (2020). Pengaruh Terapi Aktivitas Bermain Lego terhadap Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah (3-6 tahun) Akibat Hospitalisasi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia* • , 57 - 66.
- Najah, H. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Diare Yang Di Rawat Di Rumah Sakit *Karya Tulis Ilmiah*, 1-123.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Edisi 1.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Edisi 1.
- PPNI. (2022). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Edisi 1.
- Rahayu, N. F. (2021). Pengaruh Terapi Bermain Clay Terhadap Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah Yang Menjalani Hospitalisasi. *Skripsi*, 1-82.
- Sari, I. K., Rusmariana, A., & Budiarti, A. (2023). Penerapan Terapi Bermain Mewarnai Terhadap Kecemasan Akibat Hospitalisasi Pada Anak Prasekolah Di Ruang Melati RSUD Tugurejo Semarang. *Prosiding Seminar Nasional UNIMUS*, 522 - 527.
- Solehah. (2023). Penerapan Terapi Bermain Puzzle Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Anak Diruang Ranap RSUD Kota Serang. *Skripsi Universitas Nasional*.
- Solihat, L. L., Sari, R. S., & Sari, F. R. (2020). Literature Review: Terapi Bermain Lego Untuk Menurunkan Kecemasan Pada Anak Prasekolah Akibat Hospitalisasi. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 122-125.
- Suista, D., Pengestu, G. K., & Anggraeni, M. (2023). Pengaruh Penyuluhan Kesehatan, Demonstrasi Bermain dan Role Play terhadap Perilaku Mencuci Tangan pada Usia Prasekolah. *Indonesia Journal of Midwifery Sciences*, 335 - 344.
- Sulistyaningsih , H., & Prajayanti, E. D. (2023). Gambaran Pengetahuan Ibu Dalam Penanganan Diare Di Rumah Pada Balita Di Desa Gadingan Kecamatan Mojolaban Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 94 - 103.
- Syarif, S., Sanghati, Harun, B., & Ahmad, E. H. (2023). Implementasi Metode Family Centered Care terhadap Pasien Anak Prasekolah Dengan Kecemasan Hospitalisasi. *Jurnal Madising na Maupe(JMM)*, 44-49.
- Wulandari, R. P. (2022). Penerapan Clay Therapy Pada Asuhan Keperawatan Anakdiare Dengan Masalah Keperawatan Ansietas Di RSUD blambangan Banyuwangi. *Karya Tulis Ilmiah*, 1- 58.
- (WHO), W. H. (2020). Riset Kesehatan Dasar Dunia.
- Yanti, S. D., Sari, I. M., & Khotijah, S. (2023). Penerapan Terapi Bermain Lego Dalam Menurunkan Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Saat Hospitalisasi Di Ruang Anggrek RSUD Kota Salatiga. *Jurnal Ilmiah Penelitian* , 11 - 18.
- Yulianita, W. (2021). Pengaruh Penerapan Permainan Lego Terhadap Interaksi Sosial Anak Autisme Di Sekolah My Hope Special Needs Center Banda Aceh. *Skripsi*, 1 - 96 .



**LAMPIRAN**

**Lampiran 1 Lembar Konsultasi/Bimbingan KIAN**

Nama : Dewi Andini  
 NPM : 224291517128  
 Program Studi : PROFESI NERS  
 Judul KIAN :

Analisis Asuhan Keperawatan Melalui *Intervensi* Pemberian Terapi Bermain Lego Untuk Menurunkan Kecemasan Hospitalisasi Pada An. F dan An.G Dengan Diagnosa Medis Diare di RSUD Kota Bogor

Dosen Pembimbing : Ns. Rizqi Nursasmita, M.Kep., Sp.Kep.An

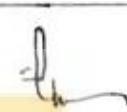
**Kegiatan Konsultasi**

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran/ Masukan	Tanda Tangan Pembimbing
1	16 november 2023	Judul Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Intervensi Pemberian Terapi Bermain Lego Terhadap Kecemasan Hospitalisasi Anak Usia Pra Sekolah Dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis Di RSUD Kota Bogor	Cek lego untuk usia berapa? Cek lego penelitian sebelumnya seperti apa?	
2	30 November 2023	Judul	ACC Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Intervensi Pemberian Terapi Bermain Lego Terhadap Kecemasan Hospitalisasi Anak Usia Pra Sekolah Dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis Di	

			RSUD Kota Bogor	
3	11 Desember 2023	Konsultasi BAB 1 dan 2	<p>BAB 1 Perbaiki latar belakang dari diare, prevalensi, hospitalisasi, kecemasan, terapi bermain, peran perawat, tujuan dan manfaat penelitian</p> <p>SOP : Tambahkan berapa kali bermain lego, berapa lama, terapi lego sendiri, atau didampingi oleh orang tua atau perawat</p> <p>BAB 2 alat ukur ACC SOP dan Alat ukur</p>	<i>[Handwritten signature]</i>
4	3 Januari 2024	Konsultasi BAB 3 – 5	<p>BAB 3 Tambahkan Usia anak lengkap, pengkajian perkembangan, pengkajian</p> <p>BAB 4 Hasil , analisis dari jurnal dan luar negeri, opini penelitian.</p> <p>BAB 5 Cek tujuan khusus dan menjawab tujuan khusus</p> <p>BAB 1 – 2 ACC</p>	<i>[Handwritten signature]</i>
5	5 Januari 2024	Cover, bab 3 dan 4	<p>Masukan judul: Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Intervensi Pemberian Terapi Bermain Lego Untuk Menurunkan Kecemasan Hospitalisasi Pada An. F dan An.G Dengan Diagnosa Medis Diare di</p>	<i>[Handwritten signature]</i>

+

••

			RSUD Kota Bogor	
7	10 Januari 2024	Konsultasi BAB 1 - 5	ACC BAB 3 dan 5 dan Perbaiki di BAB 4 tambahkan jurnal dalam dan luar	
8	15 Januari 2024	Konsultasi BAB 1- 5	ACC BAB 1 - 5	



Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian

**UNIVERSITAS NASIONAL**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Jl. Harsono RM No. 1 Ragunan, Jakarta Selatan 12550, Telp. 27870882  
Website : [www.unas.ac.id](http://www.unas.ac.id); Email: [fikes@civitas.unas.ac.id](mailto:fikes@civitas.unas.ac.id)

---

Nomor : 201/NERS-FIKES/XII/2023  
Perihal : Permohonan Ijin Praktik KIAN  
Lampiran : -  
Jakarta, 8 Desember 2023

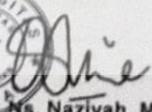
Kepada Yth: **Direktur RSUD Kota Bogor**  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Angkatan VIII Tahun 2023/2024, maka dengan ini kami memohon ijin agar mahasiswa kami dapat mengambil kasus Karya Ilmiah Akhir Ners. Adapun data mahasiswa kami sebagai berikut :

Nama : Dewi Andini  
NPM : 224291517128  
Judul : Analisa praktik Keperawatan Melalui Intervensi Pemberian Terapi Lego Terhadap Kecemasan Hospitalisasi Anak Usia Pra Sekolah Dengan Diagnosa Medis Gastro Enteritis Di RSUD Kota Bogor  
Tanggal Praktik : 18 - 22 Desember 2023

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Ka. Prodi Profesi Ners  
  
Ns. Nazlyah, M.Kep



Lampiran 3

Surat Balasan Ijin Penelitian

 **PEMERINTAH KOTA BOGOR**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**  
Jl. Dr. Semeru No. 120 Telp. (0251) 8312292 Fax. (0251) 8371001  
BOGOR - 16121

Bogor, 04 Desember 2023

Nomor : 023/07/RSUD/XII/2023  
Perihal : Permohonan penelitian

Kepada :  
Yth : Dekan Ilmu Kesehatan  
Universitas Nasional  
Di  
Tempat

Dengan Hormat,  
Menindaklanjuti surat saudara tentang permohonan pelaksanaan izin pendahuluan dan izin penelitian Karya Ilmiah Akhir Nurse perihal tersebut bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyatakan setuju dan bersedia bekerjasama..  
Adapun kami sampaikan rincian biaya penelitian sebagai berikut :

No.	NAMA	JUDUL PENELITIAN
1.	Dewi Andini	ANALISIS PRAKTEK KEPERAWATAN MELALUI INTERVENSI TERAPI BERMAIN LEGO TERHADAP KECEMASAN HOSPITALISASI PADA ANJ DAN AN.G DENGAN DIGNOSA MEDIS GASTRO ENTERITIS DI KOTA BOGOR TAHUN 2023

Perihal tersebut bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyatakan setuju dan bersedia bekerjasama. Maka demi kelancaran pelaksanaan kegiatan silahkan menghubungi Kepala Bagian SDM dan Diklat RSUD Kota Bogor pada jam hari kerja ( Senin s.d Jum'at Pukul 08.00 WIB s.d 16.00 WIB)  
Demikian kami sampaikan, atas perhatian di ucapkan terima kasih.

Bogor, 04 Desember 2023  
  
dr. Irena Pusanti, M.Kes

Lampiran 4

Berikut SOP Terapi permainan Lego

**Standar Operasional Prosedur Terapi bermain  
Lego**

<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI BERMAINPADA ANAK</b>			
Tanggal Terbit	No.Dokumentasi	No.Revisi	Direktur RSUD KotaBogor
Definisi	Terapi bermain diharapkan dapat mengurangi dampak hospitalisasi pada anak, karena di rumah sakit anak mengalami lingkungan baru dan tindakan medis yang dianggap menakutkan, bahkan dapat menyebabkan trauma yang mengganggu perkembangan anak. Terapi bermain adalah jenis terapi yang diberikan kepada anak untuk mengatasi kecemasan, ketakutan, dan membantu mereka mengenal lingkungan sekitarnya.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tujuan Umum : Mengatasi kecemasan pada masa Hospitalisasi</li> <li>2. Tujuan Khusus               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengurangi dampak tindakan perawatan yang menimbulkan trauma</li> <li>b. Menurunkan tingkat kecemasan</li> <li>c. Mendukung proses penyembuhan yang lebih cepat</li> <li>d. Menjadi sarana komunikasi</li> <li>e. Membantu anak mengekspresikan perasaannya</li> </ol> </li> </ol>		
Kebijakan	Dilakukan diruang rawat Inap Anak RSUD Kota Bogor		
Tahap Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang tujuan terapi bermain</li> <li>2. Mempersiapkan alat permainan</li> </ol>		
Pendamping	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pendamping saat melakukan terapi bermain yaitu orang tua, jika perlu dan perawat</li> </ol>		
Waktu terapi bermain	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Waktu ± 30 menit</li> </ol>		
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pre Interaksi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengumpulkan data tentang pasien</li> <li>b. Membuat kontrak waktu</li> <li>c. Persiapan lingkungan</li> <li>d. Persiapan tempat</li> </ol> </li> <li>2. Tahap Orientasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberi salam dan perkenalan diri</li> </ol> </li> </ol>		

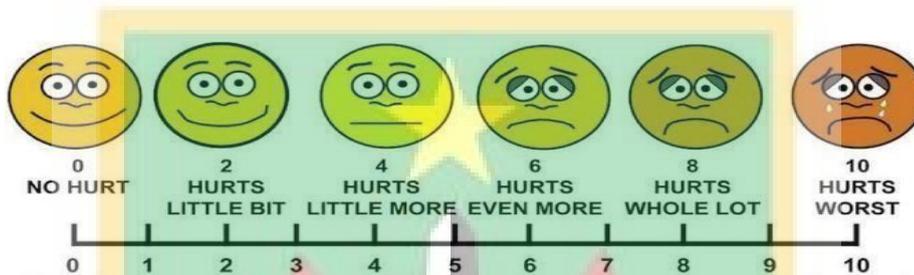
- b. Menjelaskan tujuan permainan
- c. Menentukan kontrak waktu permainan
- 3. Tahap Kerja
  - a. Atur posisi pasien dalam kondisi nyaman
  - b. Memberi tahu cara bermain
  - c. Memberikan *reinforcement* kepada pasien dan keluarga
- 4. Terminasi
  - a. Merapihkan alat
  - b. Evaluasi
  - c. Kontrak tindak lanjut
  - d. Salam
  - e. Dokumentasi



**Lampiran 5**

**KUESIONER  
FACES ANXIETY SCALE (FAS)**

**Petunjuk:** Beri nomor sesuai dengan gambar yang tercantum di setiap kolom jawaban di bawah ini, menggambarkan tingkat kecemasan yang ekstrim pada anak, sesuai dengan kondisi dan situasi yang dialami anak Anda selama di rumah sakit.



Keterangan :

Skor

- 0 : Tidak ada kecemasan skor
- 1-3 : Lebih sedikit kecemasan skor
- 4-5 : Sedikit kecemasan skor
- 6-7 : Kecemasan sedang skor
- 8-9 : Kecemasan berat skor
- 10 : Kecemasan yang ekstrim pada anak

Nama Responden	Hari					
	Ke 1	Keterangan	Ke 2	Keterangan	Ke 3	Keterangan
An.F	4	Sedikit kecemasan	3	Lebih sedikit kecemasan	1	Lebih sedikit kecemasan
An.G	3	Lebih sedikit kecemasan	2	Lebih sedikit kecemasan	1	Lebih sedikit kecemasan

Lampiran 6

Asuhan Keperawatan Klien 1

### FORMAT PENGKAJIAN PADA AN. F

Nama Mahasiswa: Dewi Andini      NPM :224291517128

Tempat Praktik : RSUD Kota Bogor      Tanggal Pengkajian: 20 Desember 2023

#### I. DATA IDENTITAS

##### A. Identitas Klien

Nama Klien	: An. F	Nama Ayah	: Tn. D
Tanggal Lahir	: Bogor, 13-08-2019	Usia Ayah	: 38 Tahun
Usia/JK	: 4 tahun 4 bulan 7 hari/♀	Pekerjaan Ayah	: Karyawan
Nama ibu	: Ny. Y	Pekerjaan Ibu	: IRT
Usia ibu	: 30 Tahun	Alamat	: Menteng, Bogor Barat

#### II. KELUHAN UTAMA:

Ibu An.F mengatakan pada An. F diare 6 kali mual muntah 2 kali dan demam.

#### III. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

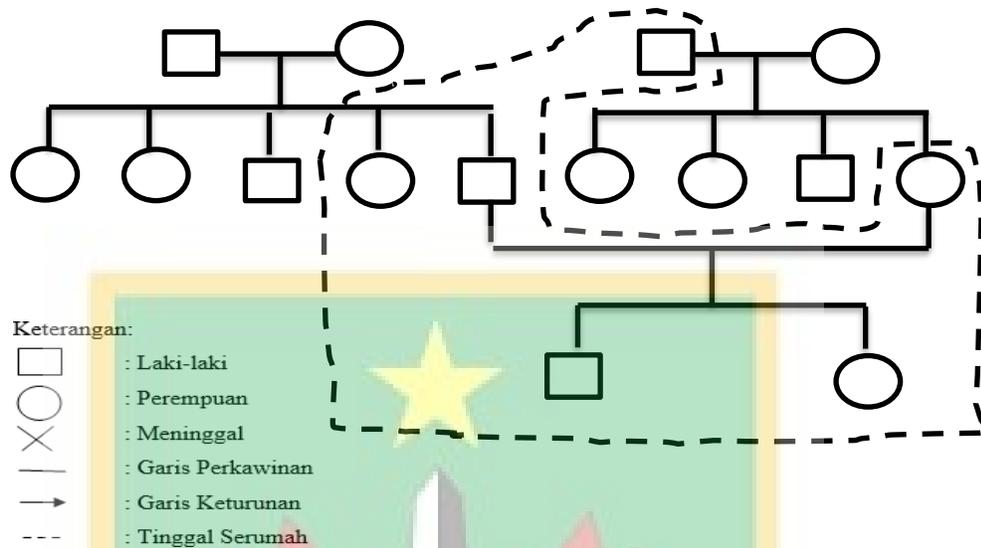
1. Riwayat Pre natal :  
Ibu pasien mengatakan riwayat kehamilan An.F mengalami mual muntah pada saat awal kehamilan dan nyeri perut kencang-kencang ketika usia kehamilan sudah mencapai 8 bulan, nyeri dirasakan sampai usia kehamilan 9 bulan. Nutrisi selama kehamilan makan makanan bergizi dan rutin mengkonsumsi zat besi. ± 7 kali periksa kehamilan di bidan terdekat.
2. Riwayat antenatal:  
An. F lahir di Bidan secara normal usia kehamilan 38 minggu. BBL: 2900 gr PB 47 cm. Apgar skor 9/10.
3. Riwayat post natal:  
Bayi setelah lahir sehat. Asi lancar keluar. Tidak ada kelainan pada bayi.
4. Riwayat Imunisasi:  
- Hepatitis B (HB-0) polio 0 usia kurang dari 24 jam diberikan saat lahir

- Polio (OPV) usia 2, 3, 4 bulan diberikan
  - BCG diberikan usia lahir, (DPT-HB-Hib1,2,3) usia 2 3 4 bulan diberikan
  - Influenza diberikan pada usia 6 bulan 1 2 3 tahun
  - Campak, Rubella diberikan pada 18 bulan.
5. Penyakit waktu kecil:
6. Ibu klien menyatakan bahwa klien belum pernah menjalani perawatan di rumah sakit sebelumnya, tetapi hanya berobat secara rawat jalan ke klinik atau bidan.
7. Riwayat penyakit sekarang:  
Ibu An.F mengatakan bahwa An.F sudah 2 hari sejak tanggal 17 mengalami BAB 6 kali sehari dalam bentuk cair, tidak lendir, tidak terdapat darah, muntah 2 kali dan mengeluh demam. Sehingga pada tanggal 19 Desember 2023 pukul 20.00 WIB keluarga langsung membawa klien ke IGD RSUD Kota Bogor. Pada saat klien berada pada pemeriksaan fisik di IGD, ditemukan bahwa kondisi umum klien gelisah. Tingkat kesadarannya dalam kondisi composmentis dengan GCS 15 (E4 M6 V5), suhu tubuh 38,80C, frekuensi pernapasan 27x/menit, denyut nadi 124x/menit, berat badan 18 kg, tinggi badan 110 cm. Klien mendapatkan terapi infus RL 21 tetes per menit, L Bio 2x1 sachet per oral, Zinc 1x20 mg, metronidazole syrup 3x200 mg, dan syrup paracetamol 3x200 mg jika demam.
8. Riwayat Pembedahan :  
Ibu klien menyatakan bahwa tidak ada riwayat pembedahan.
9. Riwayat Alergi:  
Tidak ada riwayat alergi yang dilaporkan.
10. Komsumsi Obat :
  - Cairan infus intravena ditangan kanan RL 500 ml / 21 tpm
  - L Bio 2x 1 sachet peroral
  - Zinc 1 x 20 mg
  - metronidazole syrup 3 x 200 mg
  - Syrup paracetamol 3 x 200 mg, jika panas.
10. Riwayat kecelakaan:  
Tidak ada riwayat kecelakaan.

#### **IV RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

1. Riwayat penyakit yang diturunkan :  
Ibu klien mengatakan tidak memiliki penyakit keturunan yaitu DM dll
2. Riwayat penyakit saudara sekandung :  
Tidak ada riwayat penyakit
3. Pola asuh orang tua :  
Ibu klien mengatakan yang mengasuh anak di rumah diasuh oleh ibu dan ayah, tidak diasuh oleh pengasuh.

4. Genogram ( 3 generasi ) (Gambar) :



## V RIWAYAT SOSIAL

1. Yang merawat:

Ibu klien menyatakan bahwa anak-anaknya dirawat oleh kedua orangtuanya di rumah dan tidak diasuh oleh pengasuh.

2. Hubungan dengan Orang Tua:

Ibu melaporkan bahwa anak-anaknya sangat baik dan patuh terhadap orang tua.

3. Pembawaan secara Umum:

Ibu menunjukkan kerjasama dalam menjawab pertanyaan selama pengkajian.

4. Lingkungan Rumah:

Ibu klien menyatakan bahwa lingkungan rumahnya nyaman, memiliki akses air bersih, dan ventilasi udara yang baik. Ibu klien juga menyatakan bahwa suaminya memiliki kebiasaan merokok.

## VI. RIWAYAT KEBUTUHAN DASAR

- |   |   |
|---|---|
| 1. Makanan yang disukai                         | : sayuran, lauk pauk                    |
| 2. Makanan yang tidak disukai                   | : makanan pedas                         |
| Pola makan sebelum sakit                        | : sayuran, lauk pauk                    |
| Pola makan setelah sakit                        | : porsi makan ¼ makan hanya sedikit,    |
| tidak nafsu makan = ± 120 cc                    |   |
| Minuman yang disukai                            | : -                                     |
| Pola minum sebelum sakit                        | : 1200 cc (air putih, susu dan teh)     |
| Pola minum setelah sakit                        | : air putih ± 400 cc, ibu klien         |
| mengatakan klien jarang minum dan terlihat haus |   |
| Mandi secara mandiri                            | : ibu klien mengatakan klien sudah bisa |
| mandi sendiri                                   |   |

Pola mandi :  
 sebelum sakit : An. F mandi 2x sehari dipagi dan sore hari  
 saat sakit : An. F mandi di lap menggunakan waslap hangat  
 Pola mencuci rambut :  
 sebelum sakit : An. F setiap mandi selalu di cuci rambutnya  
 saat sakit : An. F saat dirawat di rs tidak mandi mencuci rambut karna terpasang alat-alat  
 Pola gosok gigi : tidak dilakukan karena belum tumbuh gigi  
 Pola memotong kuku : pemotongan kuku dilakukan  $\pm$  2 minggu sekali  
 Pola membersihkan telinga: membersihkan telinga setiap habis mandi

4. Pola eliminasi fekal :

sebelum sakit adalah satu kali sehari dengan konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan, sekitar 200 cc. Saat sakit: mengatakan BAB 6x/hari =  $\pm$  1200 cc  
 Karakteristik feses :

Sebelum sakit: BAB cair berwarna kuning

Saat sakit: feses cair berwarna kuning kecoklatan, sedikit ampas  
 Pola eliminasi urine:

Sebelum sakit: BAK  $\pm$  3 kali/hari, jumlah urine  $\pm$  200 cc

Saat sakit: BAK  $\pm$  6 kali/hari jumlah urine  $\pm$  300 cc

Karakteristik urine: urine berwarna kuning pekat.

5. Pola istirahat-tidur

6. Sebelum sakit, ibu pasien menyatakan bahwa anak tidur selama sekitar 7-8 jam di malam hari dan tidur siang dari jam 10.00 hingga 13.00 WIB. Saat sakit, ibu pasien mengatakan bahwa Anak F tidur pada jam 21.00 WIB dan tidur selama sekitar 4-6 jam di malam hari, terbangun tengah malam, lalu tidur lagi pada jam 13.00-14.30 WIB.

7. Aktifitas bermain :

Ibu klien mengatakan klien sering bermain mainan bersama teman sebayanya.

**VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI**

1. Diagnosa Medis : Diare

2. Tindakan operasi : Tidak ada riwayat operasi

3. Status nutrisi :

Minum  $\pm$  400 cc. BB 18 kg, TB 110 cm

4. Status cairan :

Cairan yang masuk air putih, susu dan teh

5. Obat-obatan :

- Cairan infus intravena ditangan kanan RL 500 ml / 21 tpm
- L Bio 2x 1 sachet peroral,
- Zinc 1 x 20 mg,
- metronidazole syrup 3 x 200 mg,
- Syrup paracetamol 3 x 200 mg, jika panas.

6. Aktifitas :

An. F tampak semua aktifitas dibantu oleh ayah dan ibunya.

7. Tindakan keperawatan :Terapi bermain lego  
 8. Hasil Laboratorium : 20 Desember 2023 Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi rutin			
HGB	10.0*	g/dL	10.7 - 14.7
RBC	3.85	$10^6/\mu\text{L}$	3.60 - 5.70
HCT	30.4*	%	31.0 – 43.0
MCV	79.0	fL	72.0 – 102.0
MCH	26.0	Pg	23.0 – 31.0
MCHC	32.9	g/dL	26.0 – 34.0
RDW-SD	37.7	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	13.6	%	11.5 – 14.5
WBC	8.98	$10^3\mu\text{L}$	5.50 – 17.50
Hitungan jenis			
NEUT %	63.3*	%	17.0 – 60.0
LYMPH %	27.2	%	20.0 – 70.0
BASO %	0.1	%	0.0 – 0.1
MONO %	9.0	%	1.0 – 11.0
EOS %	0.2*	%	1.0 – 5.0
NEUT#	5.7	$10^3\mu\text{L}$	1.5 – 7.0
LYMPH#	2.4	$10^3\mu\text{L}$	1.0 – 3.7
BASO#	0.0	$10^3\mu\text{L}$	0.0 – 0.1
MONO#	0.8*	$10^3\mu\text{L}$	0.0 – 0.7
EOS#	0.0	$10^3\mu\text{L}$	0.0 – 0.4
PLT	463	$10^3\mu\text{L}$	217 – 553
PDW	8.2*	fL	9.0 – 17.0
MPV	8.8*	fL	9.0 – 13.0

**9. Data Tambahan :**  
 Pemeriksaan feses lengkap 20 desember 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Makroskopik			
Warna	Coklat		
Bau	Khas		
Konsistensi	Cair		
Lendir	Negatif		Negatif
Darah	Negatif		Negatif
Mikroskopik			

Leukosit	0-1	/LPB	Negatif
Eritrosit	Negatif	/LPB	Negatif
Epitel	Negatif	/LPB	Negatif
Lemak	(+) positif		2-7
Amoeba	Negatif		Negatif
Telur cacing	Negatif		Negatif
Sel ragi	Negatif		Negatif
Crystal	Negatif		Negatif
Lain-lain			

#### Pemeriksaan elektrolit

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Elektrolit (Na, K, Cl)			
Natrium (Na)	131*	Mmol/L	136-145
Kalium (K)	4.2	Mmol/L	3.5-5.1
Chloride (Cl)	101	Mmol/L	94-110

### VIII PEMERIKSAAN FISIK

Gunakan metode inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk memeriksa persistem dengan arah head to toe

1. Keadaan Umum : Sedang
- GCS : 15 (E4 V6 M5)
- Tingkat kesadaran : Composmentis
- TB : 110 cm
- Berat Badan : 18 kg
- Suhu : 38.8°C
- Pernapasan : 27x/menit
- Nadi : 124x/menit
2. Kepala : normocephal, LK : 48 cm
- Rambut : lurus bewarna hitam, pendek.
- Telinga : telinga bersih, tidak terdapat serumen, simetris antara kanan dan kiri
- Mata : mata simetris, gerakan bola (+), conjungtiva anemis, tidak terdapat kelainan kornea, sclera anikterik, pupil isokor.
- Hidung : hidung tampak simetris, tidak ada polip, terdapat pernafasan cuping hidung.
- Membran mukosa mulut: membran mukosa tampak kering, rongga mulut : lidah terlihat kotor
3. Leher: Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening, tiroid tidak teraba, didapatkan leher simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis.

Kesimetrisan leher : leher tampak simetris tidak ada pembengkakan kelenjar di leher

4. Dada

Inspeksi: Bentuk dada simetris, tidak terlihat penggunaan otot bantu pernapasan.

Palpasi: Tidak ada keluhan nyeri saat ditekan.

Perkusi: Bunyi perkusi normal atau sonor pada kedua paru.

5. Auskultasi: Terdengar suara napas vesikuler. Abdomen

Inspeksi: Klien terlihat lemah, bentuk bibir simetris, bibir berwarna pucat, tidak ada luka pada bibir, tidak terdapat stomatitis, gusi berwarna merah muda tanpa lesi atau pembengkakan, gigi terlihat berlubang (caries) dengan permukaan halus dan tidak ada benjolan, tonsil tidak membesar, uvula bergerak bebas, abdomen terlihat datar tanpa pembesaran pada hati dan limpa, serta tidak ada lesi..

Palpasi: Tidak teraba adanya benjolan pada perut, namun terdapat nyeri tekan pada abdomen, tidak ada tanda distensi, perut teraba lembut, dan kulit perut kembali ke posisi semula secara lambat setelah dicubit.

Perkusi : Bunyi abdomen dullness begitu juga pada bagian hati. Auskultasi : Bising usus 20 x/menit, terdengar suara tympani.

6. Ekstremitas

Ekstremitas atas CRT < 3 detik, kuku tampak bersih, tidak ada fraktur, tangan aktif bergerak, tidak menggunakan alat bantu gerak, kekuatan otot otot 4/5, tangan kanan terpasang infus.

Ekstremitas bawah bentuk kaki tampak normal, kuku tampak bersih, tidak ada fraktur, akral teraba hangat, kaki aktif bergerak, tidak menggunakan alat bantu gerak, kekuatan otot otot 5/5

7. Genitalia

Genitalia tampak bersih, tidak mengalami kelainan pada alat kelamin, BAK normal, tidak ada kelainan pada anus.

## IX. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Psiko sosial :

Hubungan anak dan ibu baik. Anak tampak nyaman dan tenang jika didekat ibunya.

2. Psiko seksual : -

3. Kognitif :

Anak mampu mengenali orang tua ibu dan ayahnya. Anak dapat bermain.

4. Personal sosial :

Ibu klien mengatakan klien sudah bisa mengosok gigi tanpa bantuan, bermain kartu bersama temannya, klien sudah bisa memakai T-shirt, klien sudah bisa menyebut 3 nama temannya, klien sudah bisa mencuci dan mengeringkan tangan.

5. Motorik halus : Ibu klien mengatakan An.F sudah bisa memilih

garis yang lebih panjang, membuat contoh gambar bulat, klien sudah bisa mengoyangkan ibu jari, ibu klien mengatakan klien suka bermain lego dan dibuatnya menara, klien bisa meniru garis vertikal.

6. Motorik kasar :

Ibu klien mengatakan An.F sudah bisa berdiri selama 3 detik bahkan 5 detik, klien sudah bisa melompat jauh, klien sudah bisa melempar bola lengan ke atas.

7. Bahasa

klien sudah mengerti 4 kata depan, mengetahui 4 kegiatan, bicara semua dimengerti, klien sudah bisa menyebutkan kegunaan 3 benda yang berbeda, klien sudah bisa menyebutkan lebih dari 1 warna, klien masih belum bisa memahami 2 kata sifat.

**X. Respon Anak Terhadap Hositalisasi**

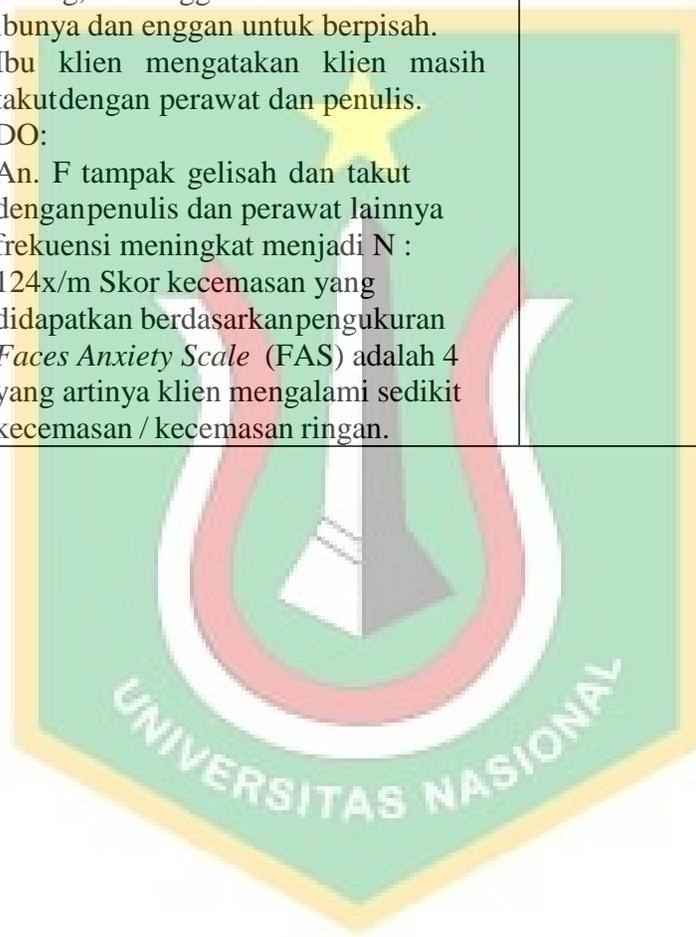
Ibu An. F mengatakan selama dirawat anaknya menangis apabila didekati oleh perawat saat akan melakukan tindakan keperawatan Ibu klien mengatakan An. F tidak mau minum obat karena pahit Ibu klien menyatakan bahwa An. F sering menangis dan rewel saat perawat datang, sehingga An. F memeluk ibunya dan enggan melepaskannya. Ibu klien mengatakan klien masih takut dengan perawat dan penulis. Skor kecemasan dengan *Face Anxiety Scale* (FAS) yang diukur oleh penulis yaitu 4 yang berarti menggambarkan adanya sedikit kecemasan.

## XI. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
<ul style="list-style-type: none"> <li>- u klien melaporkan bahwa anaknya BAB cair sebanyak 6 kali sehari dengan sedikit ampas.</li> <li>- Ibu klien mengatakan bahwa anaknya sering merasa haus.</li> <li>- Ibu klien menyatakan bahwa anaknya muntah 2 kali sehari dan mengalami penurunan nafsu makan.</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance cairan Intake</li> <li>Infus 1000 cc</li> <li>Minum 400 cc</li> <li>Makan 120 cc</li> <li>Am 8 x 18 = 144 cc</li> <li>= 1.694 cc</li> <li>Output BAB 1200</li> <li>BAK 300</li> <li>Muntah 100</li> <li>IWL (30 - 4) x 18 = 26 x 18 = 468</li> <li>IWL Kenaikan suhu</li> <li>IWL + 200 (38.8 - 36.8)</li> <li>468 + 200 (2)</li> <li>468 + 400 = 868</li> <li>= 2.468 cc</li> <li>Input - output = 1694 - 2.468 =</li> <li>- 804</li> </ul> <p>Tampak lemah Nadi teraba lemah Mukosa bibir kering Konjungtiva anemis</p> <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nadi 124 x/mnt</li> <li>RR, 27x/mnt</li> <li>- Suhu tubuh 38,8°C</li> <li>- Bising usus 20 kali per menit</li> <li>- Berat badan sebelum sakit 18,5 kg</li> <li>- Berat badan saat sakit 18 kg</li> </ul>	<p>Kehilangan cairan aktif.</p>	<p>Hipovolemia</p>

<p>DS: Ibu klien mengatakan An. F diare 6 kali (<math>\pm 1200</math> cc) dengan konsistensi cair, sedikit ampas.</p> <p>DO: - Bising usus terdengar 20 x/menit - Terdapat nyeri pada perut - Mengalami diare sebanyak 6 kali (sekitar 1200 cc) - Terlihat lemas</p>	<p>Inflamasi gastrointestinal</p>	<p>Diare</p>
<p>DS: Ibu klien mengatakan klien tidak mau makandan mual muntah 2x</p> <p>DO: Biokimia HGB: 10,0 g/dL HCT: 30,4 10<sup>6</sup>uL An. F nampak kurus An. F nampak lemah membran mukosa pucat penurunan berat badan Bising usus 20 x/menit diare 6x/hari sebelum sakit 18,5 kg saat sakit 18 kg makanan menghabiskan <math>\frac{1}{4}</math> porsi makan.</p>	<p>faktor psikologis (keenganan untuk makan)</p>	<p>Defisit nutrisi</p>

<p>DS:</p> <p>Ibu An. F mengatakan selama dirawat anaknya menangis apabila didekati oleh perawat saat akan melakukan tindakan keperawatan</p> <p>Ibu klien mengatakan An. F tidak mau minum obat karena pahit</p> <p>Ibu klien menyatakan bahwa An. F menangis dan gelisah ketika perawat datang, sehingga An. F memeluk ibunya dan enggan untuk berpisah.</p> <p>Ibu klien mengatakan klien masih takut dengan perawat dan penulis.</p> <p>DO:</p> <p>An. F tampak gelisah dan takut dengan penulis dan perawat lainnya</p> <p>frekuensi meningkat menjadi N : 124x/m</p> <p>Skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) adalah 4 yang artinya klien mengalami sedikit kecemasan / kecemasan ringan.</p>	<p>Krisis Situasional.</p>	<p>Ansietas</p>
--	----------------------------	-----------------



## **XII. Diagnosa Keperawatan**

1. Diare b.d inflamasi gastrointestinal
2. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif
3. Defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keenganan untuk makan)
4. Ansietas b.d krisis situasional



### XIII. Rencana keperawatan

Tgl/jam	No DP	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	TTD
20/12/2023	1	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan terjadi perbaikan pada status cairan SLKI. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi peningkatan kekuatan nadi, peningkatan output cairan, peningkatan kelembaban membran mukosa, penurunan konsentrasi urine, penurunan perasaan lemah, perbaikan frekuensi nadi, perbaikan tekanan darah, dan perbaikan turgor kulit.	<p>Manajemen Hipovolemia Observasi:</p> <p>Perhatikan tanda dan gejala hipovolemia seperti peningkatan frekuensi nadi, nadi yang terasa lemah, penurunan tekanan darah, penyempitan tekanan nadi, penurunan turgor kulit, membran mukosa yang kering, penurunan volume urin, peningkatan hematokrit, rasa haus, dan kelemahan. Pantau asupan dan output cairan.</p> <p>Terapi:</p> <p>Hitung kebutuhan cairan.</p> <p>Berikan posisi modified Trendelenburg.</p> <p>Berikan cairan secara oral.</p> <p>Edukasi:</p> <p>Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan oral.</p> <p>Anjurkan untuk menghindari perubahan posisi tubuh secara mendadak.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi dalam pemberian cairan IV isotonik seperti NaCl, RL.</p> <p>Kolaborasi dalam pemberian cairan IV hipotonik seperti glukosa 2,5%, NaCl 0,4%.</p> <p>Kolaborasi dalam pemberian cairan koloid seperti albumin, plasmanate.</p> <p>Kolaborasi dalam pemberian produk darah.</p>	Dewi
20/12/23	2	SLKI eliminasi fekal Setelah intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan diare berkurang, frekuensi dan bentuk feses menjadi normal. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi pengendalian pengeluaran feses yang meningkat, penurunan nyeri abdomen, perbaikan konsistensi feses, perbaikan frekuensi feses, perbaikan peristaltik usus.	<p>Manajemen diare (I.03101)</p> <p>Observasi:</p> <p>Identifikasi riwayat pemberian makanan.</p> <p>Identifikasi gejala invaginasi (misalnya: tangisan keras, keputihan pada bayi).</p> <p>Pantau warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses.</p> <p>Pantau tanda dan gejala hipovolemia (misalnya: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, berat badan menurun).</p> <p>Pantau iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal.</p> <p>Pantau jumlah dan pengeluaran diare.</p> <p>Pantau keamanan penyiapan makanan.</p>	

			<p>Terapi:  Berikan asupan cairan oral (misalnya: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte).  Berikan cairan intravena (misalnya: ringer asetat, ringer laktat), jika diperlukan.  Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit.  Ambil sampel feses untuk kultur, jika diperlukan.</p> <p>Edukasi:  Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap.  Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa.</p> <p>Kolaborasi:  Kolaborasi dalam pemberian obat antimotilitas (misalnya: loperamide, difenoksilat).  Kolaborasi dalam pemberian antispasmodik/spasmolitik (misalnya: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine).  Kolaborasi dalam pemberian obat penguas feses (misalnya: atapugit, smektit, kaolin-pektin).</p> <p><b>Pemantauan Cairan (I.03101)</b></p> <p>Observasi:  Pantau frekuensi dan kekuatan nadi.  Pantau frekuensi napas.  Pantau tekanan darah.  Pantau berat badan.  Pantau waktu pengisian kapiler.  Pantau elastisitas atau turgor kulit.  Pantau jumlah, warna, dan berat jenis urin.  Pantau intake dan output cairan.</p> <p>Terapi:  Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien.</p> <p>Edukasi  Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan  Dokumentasikan hasil pemantauan</p>	
--	--	---	--	--

20/12/2023	3	<p>SLKI status nutrisi</p> <p>Setelah intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status nutrisi terpenuhi. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi peningkatan porsi makan yang dihabiskan, penurunan diare, peningkatan berat badan, perbaikan frekuensi makan, perbaikan nafsu makan, perbaikan bising usus, dan perbaikan Indeks Massa Tubuh (IMT).</p>	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi status nutrisi</p> <p>Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</p> <p>Monitor asupan makanan</p> <p>Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu</p>	
20/12/2023	4	<p>SLKI tingkat ansietas</p> <p>Setelah intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat kecemasan klien menurun. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi penurunan perilaku gelisah dan tegang, perbaikan konsentrasi, perbaikan pola tidur, peningkatan frekuensi makan, perbaikan tekanan darah, dan peningkatan kontak mata. Pola berkemih membaik.</p>	<p>Terapi bermain (I.10346)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan klien menunjukkan perubahan perilaku yang lebih baik. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi penurunan kecemasan, peningkatan interaksi sosial, peningkatan keterampilan bermain, dan peningkatan ekspresi emosi.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi perasaan dan respon klien selama bermain</li> <li>- Monitor tingkat kecemasan klien selama terapi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk bermain</li> <li>- Tanyakan perasaan klien setelah bermain</li> <li>- Catat tingkat kecemasan klien sebelum dan sesudah bermain</li> <li>- Anjurkan keluarga untuk mendukung klien selama terapi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan terapi bermain kepada klien dan keluarga</li> <li>- Jelaskan prosedur terapi bermain dengan bahasa yang mudah dipahami</li> </ul>	

**XIV. Implementasi**

Tgl/jam	No. DX	Tindakan	Evaluasi	TTD
20/12/2023	1	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi tanda dan gejala hipovolemia seperti peningkatan frekuensi nadi, nadi lemah teraba, penurunan tekanan darah, penurunan tekanan nadi, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, penurunan volume urin, peningkatan hematokrit, rasa haus, dan kelemahan.</li> <li>- Monitor asupan dan output cairan.</li> </ul> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan posisi modified Trendelenburg.</li> <li>- Berikan cairan oral.</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi untuk meningkatkan asupan cairan oral.</li> <li>- Anjurkan untuk menghindari perubahan posisi tubuh secara mendadak.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi untuk pemberian cairan intravena isotonic seperti NaCl, RL.</li> </ul>	<p><b>Manajemen hipovolemia</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia, seperti peningkatan frekuensi nadi, nadi yang teraba lemah, penurunan tekanan darah, penurunan tekanan nadi, turgor kulit yang menurun, membran mukosa yang kering, penurunan volume urin, peningkatan hematokrit, rasa haus, dan kelemahan. Hasil pemeriksaan menunjukkan nadi 124 kali per menit dengan nadi yang teraba lemah, turgor kulit kering, membran mukosa pucat, klien merasa haus, dan tampak lemah. Monitor asupan dan output cairan.</p> <p><b>Balance cairan</b></p> <p><b>Intake</b></p> <p>Infus 1000 cc</p> <p>Minum 400 cc</p> <p>Makan 120 cc</p> <p>Am 8 x 18 = 144 cc</p> <p>= 1.694 cc</p> <p><b>Output</b></p> <p>BAB 1200</p> <p>BAK 300</p> <p>Muntah 100</p> <p>IWL 468</p> <p>IWL Kenaikan suhu 868</p> <p>= 2.468 cc</p> <p>Input – output = 1694 – 2.468 = - 804</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Memberikan asupan cairan oral</p>	

			<p>Hasil: minum air putih susu 400cc Edukasi Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>Hasil: ibu klien tampak memahami Kolaborasi dengan memberikan cairan intravena isotonic (mis. NaCl, RL).</p> <p>Hasil: RL 500 ml diberikan dengan kecepatan infus 21 tetes per menit selama 12 jam.</p>	
20/12/2023	2	<p><b>Manajemen diare (I.03101)</b> Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi riwayat pemberian makanan</li> <li>- Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, kepacatan pada bayi)</li> <li>- Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>- Monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, berat badan menurun)</li> <li>- Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</li> </ul> <p>Terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedalyte, renalyte)</li> <li>- Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu</li> <li>- Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</li> <li>- Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarankan makanan dalam porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>- Sarankan menghindari makanan yang</li> </ul>	<p>Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan dan gejala invaginasi (mis: tangisan keras, kepacatan pada bayi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil: Mukosa bibir pucat, terlihat menangis. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>- Hasil: Feses berwarna kuning, cair, pasien BAB 6x/hari.</li> <li>- Monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, berat badan menurun)</li> <li>- Hasil: Nadi 124x/menit, teraba lemah, kulit kering.</li> <li>- Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</li> <li>- Hasil: Kulit perianal tampak kemerahan.</li> </ul> <p>Terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedalyte, renalyte)</li> <li>- Hasil: Pasien belum diberikan Oralit, hanya mendapatkan obat dari rumah sakit.</li> </ul> <p>Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan makanan porsi kecil dan</li> </ul>	

	<p>dapat menyebabkan gas, pedas, dan mengandung laktosa</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)</li> <li>- Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine)</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat pegas feses (mis: atapugit, smektit, kaolin-pektin) Pemantauan Cairan (I.03101)</li> </ul> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>- Monitor frekuensi napas</li> <li>- Monitor tekanan darah</li> <li>- Monitor berat badan</li> <li>- Monitor waktu pengisian kapiler</li> <li>- Monitor elastisitas atau turgor kulit</li> <li>- Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin</li> <li>- Monitor intake dan output cairan</li> </ul> <p>Terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>- Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul>	<p>sering secara bertahap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil: Pasien mengonsumsi ¼ porsi.</li> <li>- Mengajukan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa</li> <li>- Hasil: Pasien mendapatkan diet gizi.</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)</li> <li>- Hasil: Cairan infus intravena di tangan kanan RL 500 ml / 21 tpm, L Bio 2x 1 sachet peroral, Zinc 1 x 20 mg, metronidazole syrup 3 x 200 mg, Syrup paracetamol 3 x 200 mg, jika panas.</li> </ul> <p>Pemantauan Cairan (I.03101) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau berat badan</li> <li>- Hasil: Berat badan 18 kg</li> <li>- Memantau waktu pengisian kapiler</li> <li>- Hasil: &lt;3 detik</li> <li>- Memantau elastisitas atau turgor kulit</li> <li>- Hasil: Turgor kulit kering</li> <li>- Memantau intake dan output cairan</li> <li>- Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance cairan intake: Infus 1000 cc, Minum 400 cc, Makan 120 cc, AM 8 x 18 = 144 cc = 1.694 cc</li> <li>- Output: BAB 1200, BAK 300, Muntah 100, IWL 468, IWL kenaikan suhu 868 = 2.468 cc</li> <li>- Input – output = 1694 – 2.468 = - 804</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--	--

	3	<p><b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b>  <b>Observasi</b>  - Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan  - Mengidentifikasi makanan yang disukai  - Memantau asupan makanan  - Memantau berat badan  <b>Terapi</b>  - Melakukan kebersihan mulut sebelum makan, jika diperlukan  - Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi  <b>Edukasi</b>  - Mengajarkan posisi duduk, jika memungkinkan  <b>Kolaborasi</b>  - Kolaborasi pemberian obat sebelum makan (mis: pereda nyeri, antiemetik), jika diperlukan  - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika diperlukan</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (i.03119)</b>  <b>Observasi</b>  - Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan  - Ibu klien menyatakan tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, obat-obatan, atau alergi lainnya.  - Mengidentifikasi makanan yang disukai  - Ibu klien mengatakan anaknya menyukai makanan seperti sayur bening dan telur.  - Memantau asupan makanan  - Anak hanya makan sekitar ¼ porsi.  - Memantau berat badan  - Berat badan sebelum dan sesudah sakit tetap sama, yaitu 18 kg.  <b>Terapi</b>  - Melakukan kebersihan mulut sebelum makan, jika diperlukan  - Tidak dilakukan tindakan kebersihan mulut sebelum makan selama di rumah sakit.  - Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi  - Anak mendapatkan diet yang diberikan oleh rumah sakit.  <b>Edukasi</b>  - Mengajarkan posisi duduk, jika memungkinkan  - Anak terlihat lemah untuk duduk.  <b>Kolaborasi</b>  - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan,  - Perawat sudah berkolaborasi dengan ahli gizi.</p>	
	4	<p><b>Terapi bermain I.10346</b>  Terapi bermain I.10346   <b>Observasi</b>  - Mengidentifikasi perasaan yang diungkapkan oleh anak selama bermain.  - Memantau respon anak terhadap terapi.  - Memantau tingkat kecemasan anak selama terapi.</p>	<p><b>Terapi bermain I.10346</b>  <b>Observasi</b>  Mengidentifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain  Hasil: klien masih tampak takut, klien tampak diam, klien tampak gelisah  Memonitor respon anak terhadap terapi  Hasil: ibu klien mengatakan anak suka bermain lego saat dirumah respon anak terhadap terapi</p>	

	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.</li> <li>- Bertanya tentang perasaan setelah bermain.</li> <li>- Mencatat tingkat kecemasan anak setelah bermain.</li> <li>- Mengajukan keluarga untuk tetap bersama klien, jika diperlukan.</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan bermain bagi anak dan orang tua.</li> <li>- Menjelaskan prosedur bermain kepada anak dan/atau orang tua dengan bahasa yang mudah dipahami.</li> </ul>	<p>bermain lego dengan hasil ibu klien mengatakan anaknya bersedia diberikan terapi bermain lego dan akan menemani klien saat diberikan terapi bermain lego,</p> <p>Memonitor tingkat kecemasan anak selama terapi menggunakan <i>Faces Anxiety Scale (FAS)</i> Hasil: Ibu klien menyatakan bahwa An. F menangis dan rewel saat perawat datang, sehingga An. F memeluk ibunya dan enggan melepaskan pelukan. Ibu klien mengatakan klien masih takut dengan perawat dan penulis. Data objektif yang didapatkan yaitu Skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale (FAS)</i> 4 artinya klien mengalami sedikit kecemasan,</p> <p>Mememani klien untuk mengurangi kecemasan, jika diperlukan</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan bersedia menemani klien saat melakukan tindakan terapi bermain, Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, dengan hasil klien tampak aman dan nyaman saat didekat orang tua,</p> <p>Menanyakan perasaan setelah bermain</p> <p>Hasil: Klien terlihat takut saat didekati perawat, namun ibu klien menyatakan bahwa anaknya bersedia untuk diperiksa tanda-tanda vital. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital Hasil: didapat data objektif yaitu keadaan umum sedang, nadi 124x/menit, suhu 38.8OC, respirasi 27x/menit, klien tampak menolak dan tidak tenang saat diperiksa tanda-tanda vital,</p> <p>Menulis kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain lego, ibu klien menyatakan bahwa An. F masih merasa takut dan menangis saat didekati perawat dan penulis respon objektif yaitu klien menangis dan tampak takut jika didekati penulis didapat skor <i>Faces Anxiety Scale (FAS)</i> 4 artinya klien masih mengalami sedikit kecemasan, Mengajukan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan akan menemani klien saat akan dilakukan tindakan invasif,</p>
--	--	---

			<p>respon objektif ibu klien tampak berada didekat klien, Menjelaskan tujuan bermain bagi anak dan orang tua</p> <p>Memberikan penjelasan tentang cara bermain kepada anak dan/atau orang tua dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami.</p>	
21/12/2023	1	<p><b>Manajemen Hipovolemia</b></p> <p><b>Observasi:</b> Observasi: Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia seperti peningkatan frekuensi nadi, nadi lemah yang teraba, tekanan darah menurun, tekanan nadi yang menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin berkurang, peningkatan hematokrit, rasa haus yang meningkat, dan kelemahan umum. Monitor intake dan output cairan. Terapi: Menghitung kebutuhan cairan. Memberikan posisi modified trendelenburg. Memberikan asupan cairan oral. Edukasi: Mendorong untuk meningkatkan asupan cairan oral. Menghindari perubahan posisi secara tiba-tiba. Kolaborasi: Kolaborasi dalam pemberian cairan intravena isotonik seperti NaCl atau RL.</p>	<p><b>Manajemen hipovolemia</b></p> <p><b>Observasi:</b> Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil: nadi 120x/menit, nadi teraba kuat, turgor kulit sedikit lembab, membran mukosa sedikit pucat, klien merasa haus, tampak lemah. <b>Monitor intake dan output cairan</b> - Balance cairan <b>Intake</b> Infus 1000 cc Minum 400 cc Makan 120 cc Am 144 cc = 1.664 cc <b>Output</b> BAB 600 BAK 600 Muntah 50 IWL 608 cc Input – output 1.664 – 1.858 = -194 <b>Terapeutik</b> Memberikan asupan cairan oral Hasil: minum air putih susu 400cc Edukasi Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral Hasil: ibu klien tampak memahami Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan iv isotons (mis. Nacl, rl) Hasil: rl 500/ 21 tpm/12 jam</p>	

21/12/2023	2	<p><b>Manajemen diare (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan</li> <li>- Identifikasi gejala invaginasi seperti tangisan keras dan keputihan pada bayi</li> <li>- Memantau warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>- Memantau tanda dan gejala hipovolemia seperti takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah rendah, turgor kulit menurun, kulit kering, CRT lambat, dan penurunan berat badan</li> <li>- Memantau iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</li> </ul> <p><b>Terapi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan asupan cairan oral seperti larutan garam gula, oralit, Pedialyte, atau renalyte</li> <li>- Memberikan cairan intravena seperti ringer asetat atau ringer laktat jika diperlukan</li> <li>- Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</li> <li>- Mengambil sampel feses untuk kultur jika perlu</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>- Menganjurkan menghindari makanan yang bisa menyebabkan gas, pedas, dan mengandung laktosa</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian obat antimotilitas seperti loperamide atau difenoksilat</li> <li>- Kolaborasi dalam pemberian antispasmodik/spasmolitik seperti papaverine, ekstrak belladonna, atau mebeverine</li> </ul>	<p><b>Manajemen diare (I.03101)</b> Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan dan gejala invaginasi seperti tangisan keras dan keputihan pada bayi. Hasilnya, mukosa bibir tampak pucat dan bayi terlihat menangis. Selain itu, memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses. Hasilnya, feses berwarna kuning, berbentuk cair, dan ibu klien melaporkan bahwa bayi telah buang air besar sebanyak 3 kali sehari dengan volume sekitar 600 cc dan buang air kecil sebanyak 600 cc.</p> <p>Memonitor tanda dan gejala hypovolemia seperti takikardia, nadi teraba kuat, tekanan darah turun, turgor kulit turun, kulit kering, CRT melambat, dan penurunan berat badan. Hasilnya, nadi 120 kali per menit, teraba lemah, dan kulit sedikit lembab.</p> <p>Memonitor juga iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal.</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan kulit daerah perianal terlihat kemerahan.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Memberikan cairan oral seperti larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte, tetapi ibu klien memberikan obat yang diberikan dari Rumah Sakit.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>Hasil: klien makan ½ porsi</p> <p>Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa</p> <p>Hasil: klien mendapatkan diit gizi</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)</p> <p>Hasil:</p> <p>Cairan infus intravena ditangan kanan RL 500 ml / 21 tpm</p> <p>L Bio 2x 1 sachet peroral Zinc 1 x 20 mg</p> <p>metronidazole syrup 3 x 200 mg</p> <p>Syrup paracetamol 3 x 200 mg, jika panas.</p>
------------	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian obat pengeras feces seperti atapugit, smektit, atau kaolin-pektein</li> </ul> <p><b>Pemantauan Cairan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>- Memantau frekuensi napas</li> <li>- Memantau tekanan darah</li> <li>- Memantau berat badan</li> <li>- Memantau waktu pengisian kapiler</li> <li>- Memantau elastisitas atau turgor kulit</li> <li>- Memantau jumlah, warna, dan berat jenis urin</li> <li>- Memantau intake dan output cairan</li> </ul> <p><b>Terapi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>- Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul>	<p><b>Pemantauan Cairan (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Memonitor berat badan Hasil: BB 18kg</p> <p>Memonitor waktu pengisian kapiler Hasil &lt;3detik</p> <p>Memonitor elastisitas atau kekenyalan kulit hasil kulit kering.</p> <p>Memonitor masukan dan keluaran cairan.</p> <p><b>Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance cairan Intake</li> </ul> <p>Infus 1000 cc</p> <p>Minum 400 cc</p> <p>Makan 120 cc</p> <p>Am 144 cc = 1.664 cc Output</p> <p>BAB 600</p> <p>BAK 600</p> <p>Muntah 50</p> <p>IWL 608 cc</p> <p>Input – output</p> <p>1.664 – 1.858 = -194</p>	
	3	<p><b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>Mengidentifikasi makanan yang disukai</p> <p>Memantau asupan makanan</p> <p>Memantau berat badan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Melakukan kebersihan mulut sebelum makan, jika diperlukan</p> <p>Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah sembelit</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Mengajarkan posisi duduk, jika memungkinkan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi dalam pemberian obat sebelum makan (misalnya pereda nyeri, antiemetik), jika diperlukan</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (i.03119)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Mengidentifikasi riwayat alergi makanan dan intoleransi</p> <p>Hasil: ibu klien menyatakan bahwa tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, obat-obatan, debu, dan sejenisnya</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Mengidentifikasi makanan yang disukai oleh klien</p> <p>Hasil: Menurut ibu klien, klien menyukai makanan seperti sayur bening dan telur.</p> <p><b>Memonitor asupan makanan</b> Hasil: klien makan hanya ½ porsi</p> <p><b>Memonitor berat badan</b> Hasil: bb klien sebelum sakit 18,5kg sesudah sakit 18 kg</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Terapeutik</p> <p>Memberikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</p> <p>Hasil: Klien diberikan makanan yang kaya serat untuk mengurangi risiko konstipasi.</p>	

		nutrien yang diperlukan, jika diperlukan	<p>Hasil: klien mendapatkan diit dari RumahSakit.</p> <p>Edukasi</p> <p>Mengajarkan posisi duduk, jika mampu Hasil: klien terlihat lemah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kebutuhan kalori dan nutrisi yang tepat, jika diperlukan.</p> <p>Hasil: perawat sudah kolaborasi ke ahli gizi.</p>	
	4	<p><b>Terapi bermain I.10346</b></p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain</p> <p>Monitor respon anak terhadap terapi</p> <p>Monitor tingkat kecemasan anak selama terapi</p> <p>Terapeutik</p> <p>Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, Tanyakan perasaan setelah bermain,</p> <p>Catat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain</p> <p>Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan tujuan bermain bagi anak dan orang tua</p> <p>Jelaskan prosedur bermain kepada anak dan/atau orang tua dengan bahasa yang mudah dipahami.</p>	<p><b>Terapi bermain I.10346</b></p> <p>Observasi</p> <p>Mengidentifikasi ekspresi perasaan anak saat bermain.</p> <p>Hasil: klien masih sedikit takut, klien masih terdiam, klien tampak sedikit gelisah, Memonitor respon anak terhadap terapi Hasil: ibu klien mengatakan anak suka bermain lego. Memonitor tingkat kecemasan anak selama terapi, menggunakan <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS)</p> <p>Hasil subyektif Ibu pasien menyatakan bahwa An. F menangis dan gelisah ketika perawat datang, sehingga anak tersebut memeluk ibunya dan enggan melepaskan pelukan. Ibu klien mengatakan klien masih takut dengan perawat dan penulis. Data objektif yang didapatkan yaitu Skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) adalah 4 artinya klien mengalami sedikit kecemasan</p> <p>Mememani klien untuk mengurangi kecemasan, jika diperlukan</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan bersedia menemani klien saat melakukan tindakan terapi bermain</p> <p>Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>Hasil klien tampak aman dan nyaman saat didekat orang tua,</p> <p>Menanyakan perasaan setelah bermain, Hasil: klien tampak sedikit takut saat didekatkan dengan perawat</p> <p>Memonitor tanda-tanda vital</p>	

			<p>Hasil: ibu klien mengatakan bersedia anaknya melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapat data objektif yaitu keadaan umum sedang, nadi 120x/menit, suhu 37.5OC, respirasi 24x/menit, klien tampak menolak dan tidak tenang saat diperiksa tanda-tanda vital, Mencatat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain lego</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan An.F masih sedikit takut dan menangis saat didekati perawat dan penulis, respon objektif yaitu klien menangis dan tampak sedikit takut jika didekati penulis didapat skor Faces Anxiety Scale (FAS) 3 artinya klien masih mengalami sedikit kecemasan.</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan akan menemani klien saat akan dilakukan tindakan invasif, respon objektif ibu klien tampak berada didekat klien</p>	
--	--	---	--	--

22/12/2023	1	<p><b>Manajemen Hipovolemia</b></p> <p><b>Observasi:</b>          Observasi:          Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia seperti peningkatan frekuensi nadi, nadi lemah yang teraba, tekanan darah menurun, tekanan nadi yang menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin berkurang, peningkatan hematokrit, rasa haus yang meningkat, dan kelemahan umum.          Monitor intake dan output cairan.          Terapi:          Menghitung kebutuhan cairan.          Memberikan posisi modified trendelenburg.          Memberikan asupan cairan oral.          Edukasi:          Mendorong untuk meningkatkan asupan cairan oral.          Menghindari perubahan posisi secara tiba-tiba.          Kolaborasi:          Kolaborasi dalam pemberian cairan intravena isotonik seperti NaCl atau RL.</p>	<p><b>Manajemen hipovolemia</b></p> <p><b>Observasi:</b>          Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia          Hasil: nadi 120x/menit, nadi teraba kuat, turgor kulit lembab, membran mukosa tidak pucat, tampak segeran.          Monitor intake dan output cairan          - Balance cairan          Intake          Infus 1000 cc          Minum 800 cc          Makan 150 cc          Am 144 cc = 2.094 cc          Output          BAB 200          BAK 800          IWL 468 = 1.468 cc          Input – output 2.094          – 1.468 = 626          Terapeutik          Memberikan asupan cairan oral          Hasil: minum air putih susu 800cc          Edukasi          Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral          Hasil: ibu klien tampak memahami          Kolaborasi          Kolaborasi pemberian cairan iv isotons (mis. Nacl, rl)          Hasil: rl 500/ 21 tpm/12 jam</p>	
------------	---	--	---	--

22/12/2023	2	<p><b>Manajemen diare (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan</li> <li>- Identifikasi gejala invaginasi seperti tangisan keras dan keputihan pada bayi</li> <li>- Memantau warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>- Memantau tanda dan gejala hipovolemia seperti takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah rendah, turgor kulit menurun, kulit kering, CRT lambat, dan penurunan berat badan</li> <li>- Memantau iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</li> </ul> <p><b>Terapi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan asupan cairan oral seperti larutan garam gula, oralit, Pedialyte, atau renalyte</li> <li>- Memberikan cairan intravena seperti ringer asetat atau ringer laktat jika diperlukan</li> <li>- Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</li> <li>- Mengambil sampel feses untuk kultur jika perlu</li> </ul> <p><b>Edukasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>- Menganjurkan menghindari makanan yang bisa menyebabkan gas, pedas, dan mengandung laktosa</li> </ul> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian obat antimotilitas seperti loperamide atau difenoksilat</li> <li>- Kolaborasi dalam pemberian antispasmodik/spasmolitik seperti</li> </ul>	<p><b>Manajemen diare (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan</p> <p>Identifikasi gejala invaginasi</p> <p>Hasil: mukosa bibir tidak pucat, tampak sudah tidak menanggapi.</p> <p>Memantau warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja.</p> <p>Hasil: warna kuning, konsistensi feses lembek, ibu klien mengatakan klien sudah 1x/hari BAB 200 cc BAK 800 cc</p> <p>Monitor tanda dan gejala hypovolemia</p> <p>Hasil: Nadi 120x/menit, teraba kuat, mukosa kulit lembab,</p> <p>Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan kulit daerah perianal sudah tidak terlihat kemerahan.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Memberikan cairan oral kepada klien</p> <p>Hasil: ibu klien memberikan obat yang diberikan dari Rumah Sakit.</p> <p>Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>Hasil: klient makan 1 porsi</p> <p>Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa</p> <p>Hasil: klien mendapatkan diit gizi</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian obat antimotilitas</p> <p>Hasil:</p> <p>Cairan infus intravena ditangan kanan RL 500ml / 21 tpm</p> <p>L Bio 2x 1 sachet peroral Zinc 1 x 20 mg</p> <p>metronidazole syrup 3 x 200 mg</p> <p>Syrup paracetamol 3 x 200 mg, jika panas</p>	
------------	---	--	--	--

		<p>papaverine, ekstrak belladonna, atau mebeverine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam pemberian obat pengeras feses seperti atapugit, smektit, atau kaolin-pektein</li> </ul> <p>Pemantauan Cairan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>- Memantau frekuensi napas</li> <li>- Memantau tekanan darah</li> <li>- Memantau berat badan</li> <li>- Memantau waktu pengisian kapiler</li> <li>- Memantau elastisitas atau turgor kulit</li> <li>- Memantau jumlah, warna, dan berat jenis urin</li> <li>- Memantau intake dan output cairan</li> </ul> <p>Terapi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>- Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul>	<p><b>Pemantauan Cairan (I.03101) Observasi</b></p> <p>Memonitor berat badan: 18 kilogram.</p> <p>Memonitor waktu pengisian kapiler: kurang dari 3 detik.</p> <p>Memonitor elastisitas atau turgor kulit: kulit terasa lembab.</p> <p>Memonitor intake dan output cairan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance cairan</li> </ul> <p>Intake</p> <p>Infus 1000 cc</p> <p>Minum 800 cc</p> <p>Makan 150 cc</p> <p>Am 144 cc = 2.094 cc Output</p> <p>BAB 200</p> <p>BAK 800</p> <p>IWL 468 = 1.468 cc</p> <p>Input – output 2.094 – 1.468 = 626</p>	
	3	<p><b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b></p> <p>Observasi</p> <p>Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>Mengidentifikasi makanan yang disukai</p> <p>Memantau asupan makanan</p> <p>Memantau berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>Melakukan kebersihan mulut sebelum makan, jika diperlukan</p> <p>Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah sembelit</p> <p>Edukasi</p> <p>Mengajarkan posisi duduk, jika</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (i.03119)</b></p> <p>Observasi</p> <p>Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan tidak ada alergi makanan, obat-obatan, debu dll</p> <p>Mengidentifikasi makanan yang disukai</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan klien suka makan sayur bening dan telur.</p> <p>Memonitor asupan makanan</p> <p>Hasil: klien makan hanya 1 porsi</p> <p>Memonitor berat badan</p> <p>Hasil: sebelum sakit 18,5kg sesudah sakit 18 kg</p> <p>Terapeutik</p> <p>Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p>	

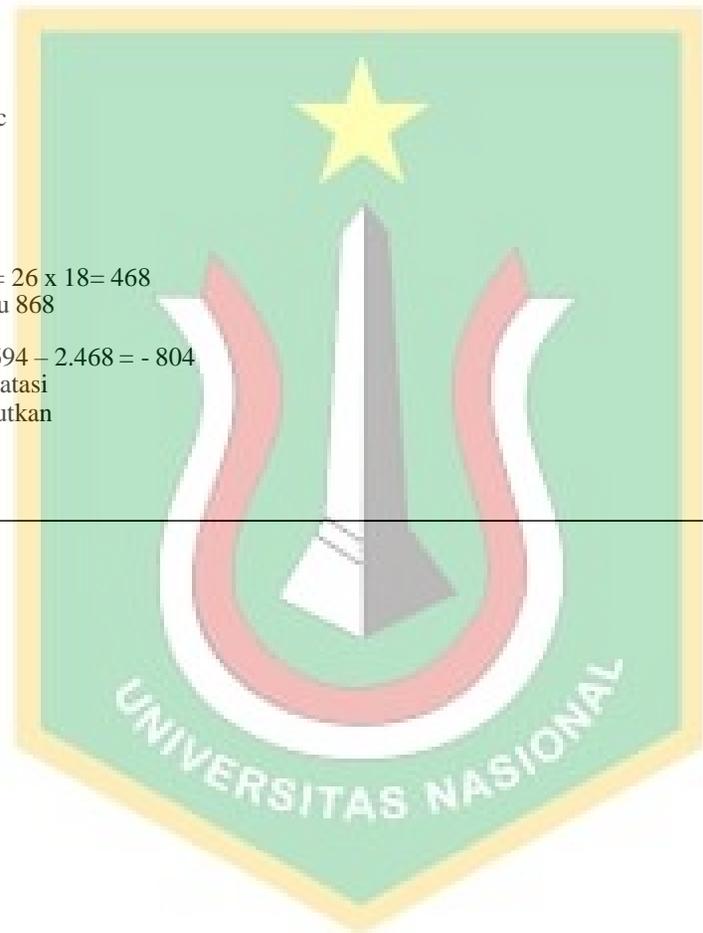
		<p>memungkinkan Kolaborasi Kolaborasi dalam pemberian obat sebelum makan (misalnya pereda nyeri, antiemetik), jika diperlukan Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang diperlukan, jika diperlukan</p>	<p>Hasil: klien di Rumah Sakit tidak melakukan oral hygiene. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Hasil: klien mendapatkan diit dari RumahSakit Edukasi Mengajarkan posisi duduk, jika mampu Hasil: klien sudah tidak lemah Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu Hasil: perawat sudah kolaborasi ke ahli gizi.</p>	
	4	<p><b>Terapi bermain I.10346</b> Observasi Identifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain Monitor respon anak terhadap terapi Monitor tingkat kecemasan anakselama terapi Terapeutik Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, Tanyakan perasaan setelah bermain, Catat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu Edukasi Jelaskan tujuan bermain bagi anakdan orang tua Jelaskan prosedur bermain kepada anak dan/atau orang tua dengan bahasa yang mudah dipahami.</p>	<p><b>Terapi bermain I.10346</b> Observasi Mengidentifikasi ekspresi perasaan anak saat bermain. Hasil: klien masih sudah takut, klien masih mau berbicara dengan perawat dan penulis, klien tampak sudah gelisah. Memonitor respon anak terhadap terapi Hasil: ibu klien mengatakan anak suka bermain lego. Memonitor tingkat kecemasan anak selama terapi, menggunakan <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) Hasil: ibu klien mengatakan An. F menangis dan rewel saat perawat datang sehingga An. F memeluk ibunya dan tidak mau lepas. Ibu klien mengatakan klien masih takut dengan perawat dan penulis. Skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) adalah 3 artinya klien mengalami lebih sedikit kecemasan, Mememani klien untuk mengurangi kecemasan, jika diperlukan dengan hasil ibu klien mengatakan bersedia menemani klien saat melakukan tindakan terapi bermain. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan hasil klien tampak aman dan nyaman saat didekat orang tua, menanyakan perasaan setelah bermain dengan hasilnya klien tampak sudah tidak takut saat didekatkan dengan perawat. Memonitor tanda-tanda Hasil: keadaan umum sedang, nadi 120x/menit,</p>	

			<p>suhu 36.8°C, respirasi 20x/menit, klien tampak menolak dan tidak tenang saat diperiksa tanda-tanda vital.</p> <p>Mencatat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain lego dengan respon subjektif yaitu ibu klien mengatakan An.F masih sedikit takut dan menangis saat didekati perawat dan penulis, respon objektif yaitu klien menangis dan tampak sedikit takut jika didekati penulis didapat skor Faces Anxiety Scale (FAS) 1 artinya klien masih mengalami lebih sedikit kecemasan</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu</p> <p>Hasil ibu klien mengatakan akan menemani klien saat akan dilakukan tindakan invasif, respon objektif ibu klien tampak berada didekat klien.</p>	
--	--	---	---	--

**XV. Evaluasi**

Tgl/jam	Evaluasi	Perawat
20-12-2023/ 1	<p>S :</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair ada ampas 6 kali sehari.</p> <p>Ibu klien mengatakan sering merasakan haus</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya muntah 2 kali sehari dan nafsu makan menurun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance cairan</li> </ul> <p>Intake</p> <p>Infus 1000 cc</p> <p>Minum 400 cc</p> <p>Makan 120 cc</p> <p>Am 8 x 18 = 144 cc</p> <p>= 1.694 cc</p> <p>Output</p> <p>BAB 1200</p> <p>BAK 300</p> <p>Muntah 100</p> <p>IWL 468</p> <p>IWL Kenaikan suhu 868</p> <p>= 2.468 cc</p> <p>Input – output = 1694 – 2.468 = - 804</p> <p>Tampak lemah</p> <p>Mukosa bibir kering</p> <p>Konjungtiva anemis</p> <p>TTV : Nadi 124 x/mnt RR, 27x/mnt suhu 38,8°C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paristaltik usus 20 x/menit</li> <li>- Berat badan sebelum sakit 18,5 kg</li> <li>Berat badan saat sakit 18 kg</li> </ul> <p>A : Hipovolemia belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	Dewi

20-12-2023/ 2	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan An.F diare 6 kali (<math>\pm 1200</math> cc) dengan konsistensi cair, sedikit ampas.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bising usus 20 x/menit</li> <li>Adanya nyeri pada abdomen</li> <li>- Balance cairan</li> </ul> <p>Intake</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Infus 1000 cc</li> <li>Minum 400 cc</li> <li>Makan 120 cc</li> <li>Am <math>8 \times 18 = 144</math> cc</li> <li>= 1.694 cc</li> </ul> <p>Output</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BAB 1200</li> <li>BAK 300</li> <li>Muntah 100</li> <li>IWL <math>(30 - 4) \times 18 = 26 \times 18 = 468</math></li> <li>IWL Kenaikan suhu 868</li> <li>= 2.468 cc</li> <li>Input - output = <math>1694 - 2.468 = - 804</math></li> </ul> <p>A : Diare belum teratasi</p> <p>I : intervensi dilanjutkan</p>	Dewi
---------------	--	------



20-12-2023/ 3	<p>S: Ibu klien mengatakan klien tidak mau makan dan mual muntah 2x</p> <p>O: Biokimia HGB: 10,0 g/dL HCT: 30,4 10<sup>6</sup>uL Clinical sign An. F nampak kurus An. F nampak lemah membrane mukosa pucat penurunan berat badan makanan menghabiskan ¼ porsi makan. A : Defisit Nutrisi belum teratasi I : intervensi dilanjutkan</p>	Dewi
20-12-2023/4	<p>S: Ibu An. F mengatakan selama dirawat anaknya menangis apabila didekati oleh perawat saat akan melakukan tindakan keperawatan Ibu klien mengatakan An. F tidak mau minum obat karena pahit ibu klien mengatakan An. F menangis dan rewel saat perawat datang sehingga An. F memeluk ibunya dan tidak mau lepas Ibu klien mengatakan klien masih takut dengan perawat dan penulis.</p> <p>O: An. F tampak gelisah dan takut dengan penulis dan perawat lainnya frekuensi meningkat menjadi N : 124x/m Skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) adalah 4 yang artinya klien mengalami sedikit kecemasan / kecemasan ringan.</p> <p>A : Ansietas belum teratasi I: intervensi dihentikan</p>	Dewi

21-12-2023/ 1	<p>S :</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair ada ampas 3 kali sehari.</p> <p>Ibu klien mengatakan sering merasakan haus</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya muntah 1 kali sehari dan nafsu makan menurun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance cairan</li> </ul> <p>Intake</p> <p>Infus 1000 cc</p> <p>Minum 400 cc</p> <p>Makan 120 cc</p> <p>Am 144 cc = 1.664 cc</p> <p>Output</p> <p>BAB 600</p> <p>BAK 600</p> <p>Muntah 50</p> <p>IWL 608 cc</p> <p>Input – output</p> <p>1.664 – 1.858 = -194</p> <p>Tampak lemah</p> <p>Mukosa bibir sedikit lembab</p> <p>Konjungtiva anemis</p> <p>TTV : Nadi 124 x/mnt RR, 24x/mnt suhu 37,5°C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paristaltik usus 20 x/menit</li> <li>- Berat badan sebelum sakit 18,5 kg</li> <li>Berat badan saat sakit 18 kg</li> </ul> <p>A : Hipovolemia teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	Dewi
21-12-2023/ 2	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan An.F diare 3 kali (<math>\pm</math>600 cc) dengan konsistensi cair, sedikit ampas.</li> </ul> <p>O:</p> <p>Bising usus 20 x/menit</p> <p>Adanya nyeri pada abdomen berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance cairan</li> </ul> <p>Intake</p>	Dewi

	<p>           Infus 1000 cc            Minum 400 cc            Makan 120 cc            Am 144 cc = 1.664 cc            Output            BAB 600            BAK 600            Muntah 50            IWL 608 cc            Input – output            1.664 – 1.858 = -194            A : Diare teratasi sebagian            I : intervensi dilanjutkan         </p>	
21-12-2023/ 3	<p>           S:            Ibu klien mengatakan klien tidak mau makan dan mual muntah 1x            O:            Biokimia            HGB: 10,0 g/dL            HCT: 30,4 10<sup>6</sup>uL            Clinical sign            An. F nampak kurus            An. F nampak lemah            membrane mukosa sedikit pucat            penurunan berat badan            makanan menghabiskan ½ porsi makan.            A : Defisit Nutrisi teratasi sebagian            I : intervensi dilanjutkan         </p>	Dewi
21-12-2023/4	<p>           S:            Ibu An. F mengatakan selama dirawat anaknya menangis apabila didekati oleh perawat saat akan melakukan tindakan keperawatan            Ibu klien mengatakan An. F tidak mau minum obat karena pahit            ibu klien mengatakan An. F menangis dan rewel saat perawat datang sehingga An. F memeluk ibunya dan tidak mau lepas            Ibu klien mengatakan klien masih takut dengan perawat dan penulis.         </p>	Dewi

	<p>O: An. F tampak sedikit gelisah dan takut dengan penulis dan perawat lainnya frekuensi meningkat menjadi N : 120x/m Skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale (FAS)</i> adalah 3 yang artinya klien mengalami sedikit kecemasan / kecemasan ringan. A : Ansietas teratasi sebagian I: intervensi dihentikan</p>	
22-12-2023/ 1	<p>S : Ibu klien menyatakan bahwa anaknya memiliki BAB lembek 1 kali sehari. Ibu klien juga menyatakan bahwa An. F sudah tidak merasakan haus dan nafsu makannya membaik. Observasi: - Balance cairan: - Intake: - Infus 1000 cc - Minum 800 cc - Makan 150 cc - AM 144 cc = 2.094 cc - Output: - BAB 200 cc - BAK 800 cc - IWL 468 cc = 1.468 cc - Input – output: 2.094 cc – 1.468 cc = 626 cc - Tampak tidak lemah - Mukosa bibir lembab - Konjungtiva tidak pucat - Turgor kulit elastis - TTV: Nadi 120 kali/menit, RR 24 kali/menit, suhu 36,8oC - Paristaltik usus 20 kali/menit - Berat badan sebelum sakit 18,5 kg, berat badan saat sakit 18 kg A: Hipovolemia teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	Dewi

22-12-2023/ 2	<p>S: - Ibu klien mengatakan An.F sudah tidak diare bab hari ini 1 kali (<math>\pm 200</math> cc) dengan konsistensi lembek.</p> <p>O: Bising usus 18 x/menit Nyeri abdomen sudah tidak dirasakan - Balance cairan Intake Infus 1000 cc Minum 800 cc Makan 150 cc Am 144 cc = 2.094 cc Output BAB 200 BAK 800 IWL 468 = 1.468 cc Input – output 2.094 – 1.468 = 626 A : Diare teratasi I : intervensi dihentikan</p>	Dewi
22-12-2023/ 3	<p>Subjective: Ibu klien menyatakan bahwa nafsu makan anaknya sudah membaik dan tidak mengalami mual atau muntah.</p> <p>O: nadi teraba kuat membran mukosa tidak pucat ibu klien mengatakan pasien suka makan sayur bening dan telur klien makan hanya 1 porsi bb klien sebelum sakit 18 kg sesudah sakit 18 kg, A: Defisit nutri teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	Dewi
22-12-2023/4	<p>S: Ibu klien menyatakan bahwa Anak F sudah tidak menangis atau rewel saat perawat datang. Ibu klien juga mengatakan bahwa anaknya sudah tidak takut dengan perawat dan penulis.</p> <p>O : klien masih sudah tidak takut</p>	

	<p>klien masih sudah mau berbicara dengan perawat dan penulis klien tampak sudah tidak gelisah klien tampak aman dan nyaman saat didekat orang tua, keadaan umum sedang, nadi 120x/menit, suhu 36.5°C, respirasi 24x/menit skor <i>Faces Anxiety Scale (FAS)</i> 1 artinya klien masih mengalami sedikit kecemasan. A : Ansietas teratasi P : Intervensi dihentikan</p>	
--	---	--



Lampiran

Asuhan Keperawatan Klien 2

### FORMAT PENGKAJIAN PADA AN. G

Nama Mahasiswa: Dewi Andini  
Tempat Praktik: RSUD Kota Bogor  
NPM : 224291517128  
Tanggal Pengkajian: 24 Desember 2023

### II. DATA IDENTITAS

#### A. Identitas Klien

Nama klien	:	An. G	Nama Ayah	:	Tn. H
Tanggal Lahir	:	Bogor, 05-02-2019	Usia Ayah	:	35 Tahun
Usia/JK	:	4 tahun 10 bulan 19 hari/♀	Pekerjaan Ayah	:	Karyawan
Nama ibu	:	Ny. L	Pekerjaan Ibu	:	IRT
Usia ibu	:	30 Tahun	Alamat	:	GG.Haji Mawi- Parung

### II. KELUHAN UTAMA :

Ibu klien mengatakan pada An. G BAB 7 kali dan demam.

### III. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Riwayat Pre natal :  
Ibu pasien mengatakan riwayat kehamilan An.G mengalami mual muntah pada saat awal kehamilan dan nyeri perut kencang-kencang ketika usia kehamilan sudah mencapai 8 bulan, nyeri dirasakan sampai usia kehamilan 9 bulan. Nutrisi selama kehamilan makan makanan bergizi dan rutin mengkonsumsi zat besi. ± 7, penambah darah periksa kehamilan di bidan terdekat.
2. Riwayat antenatal :  
An. G lahir di Bidan secara normal, usia kehamilan 38 minggu. BBL : 3200 gr, PB : 49 cm. Apgar skor : 9/10.
3. Riwayat post natal :  
Bayi setelah lahir sehat. Asi lancar keluar. Tidak ada kelainan pada bayi.
4. Riwayat Imunisasi :
  - Hepatitis B (HB-0) polio 0 usia kurang dari 24 jam diberikan saat lahir
  - Polio (OPV) usia 2, 3, 4 bulan diberikan
  - BCG diberikan usia lahir,
  - (DPT-HB-Hib1,2,3) usia 2, 3, 4 bulan diberikan

- Influenza diberikan pada usia 6 bulan, 1, 2, 3 tahun
- Campak, Rubella diberikan pada 18 bulan.

5. Penyakit waktu kecil :

Ibu klien mengatakan selama ini klien hanya berobat jalan ke klinik atau bidan.

6. Riwayat penyakit sekarang :

Ny.L mengatakan bahwa An.G sudah 2 hari mengalami BAB 7 kali sehari dalam bentuk cair, tidak lendir, tidak terdapat darah, mual muntah dan mengeluh demam. Ibu An.G mengatakan anaknya tampak lesu dan kurang semangat. Sehingga pada tanggal 22 Desember 2023 pukul 16.00 WIB keluarga langsung membawa pasien ke IGD RSUD Kota Bogor. Pada saat pasien berada di IGD didapatkan hasil pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum pasien gelisah, tingkat kesadaran *Composmentis* dengan GCS: E4, M6, V5, suhu 38,4°C, pernapasan: 24x/menit, nadi 122x/menit, berat badan 21 kg, tinggi badan 116 cm, pasien mendapatkan terapi infus RL 21 tetes permenit, paracetamol 100mg., L Bio 2, Zinc 2.

7. Riwayat Pembedahan:

Ibu pasien menyatakan bahwa tidak ada riwayat operasi.

8. Riwayat Alergi :

Tidak ada riwayat alergi yang dilaporkan.

9. Komsumsi Obat :

- Cairan infus intravena ditangan kanan RL 500 ml / 21 tpm
- L Bio 2x 1 sachet peroral,
- Zinc 1 x 20 mg,
- Syrup paracetamol 3 x 200 mg, jika panas
- Cefotaxime 1 x 500 mg

10. Riwayat kecelakaan :

Tidak ada riwayat kecelakaan.

#### IV. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Riwayat penyakit yang diturunkan :

Ibu pasien menyatakan bahwa tidak ada riwayat penyakit turun-temurun seperti diabetes melitus dari pihak nenek dari ibu pasien.

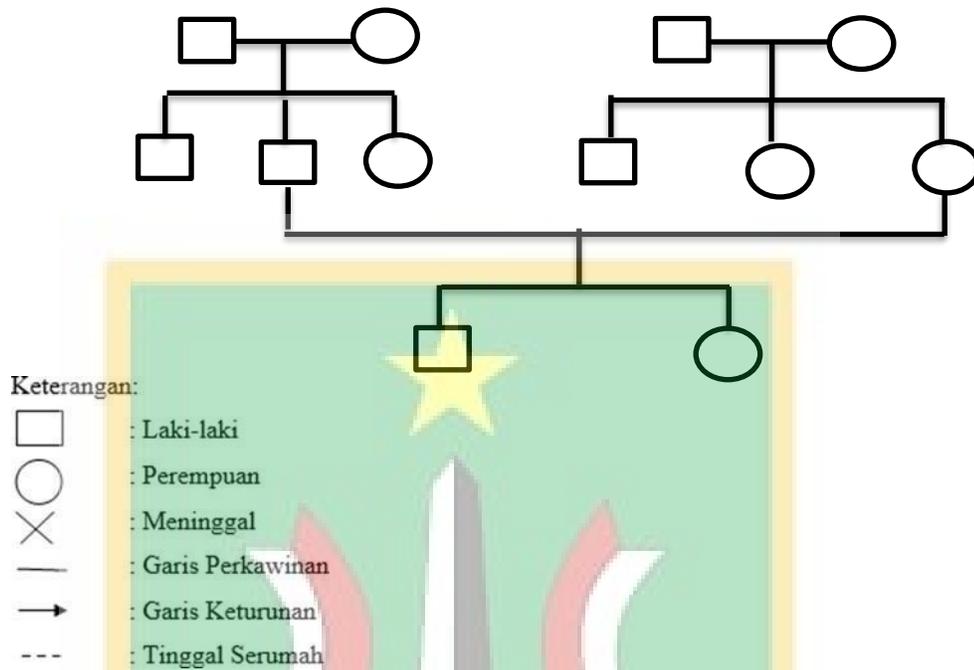
2. Riwayat penyakit saudara sekandung :

Tidak ada riwayat penyakit

3. Pola asuh orang tua :

Ibu klien mengatakan yang mengasuh anak di rumah diasuh oleh ibu dan ayah, tidak diasuh oleh pengasuh.

4. Genogram ( 3 generasi ) (Gambar) :



**V RIWAYAT SOSIAL**

1. Yang mengasuh : Ibu klien mengatakan bahwa orang yang mengasuh anak di rumah sebenarnya diasuh oleh orang tua, bukan diasuh oleh pengasuh
2. Hubungan dengan orang tua : Ibu klien mengatakan bahwa anak-anaknya sangat baik dan penurut kepada orang tua
3. Pembawaan secara umum : Ibu kooperatif dalam menjawab pertanyaan saat pengkajian.
4. Lingkungan rumah : Ibu klien menyatakan rumahnya nyaman, akses air bersih, ventilasi udara baik. Ibu klien mengatakan suaminya memiliki kebiasaan suka merokok.

**VI. RIWAYAT KEBUTUHAN DASAR**

1. Makanan yang disukai : mie dan telur  
Makanan yang tidak disukai :  
Pola makan sebelum sakit : sayuran, lauk pauk  
Pola makan setelah sakit : porsi makan ¼ makan hanya sedikit, tidak nafsu makan = ± 120 cc  
Minuman yang disukai : -  
Pola minum sebelum sakit : 1500 cc ( air putih, susu dan teh)  
Pola minum setelah sakit : Ibu klien mengatakan sering merasakan haus air putih ± 600 cc
2. Mandi secara mandiri : ibu klien mengatakan klien sudah bisa mandisendiri

Pola mandi :  
 Sebelum sakit : An. G mandi 2x sehari dipagi dan sore hari  
 saat sakit : An. G mandi di lap menggunakan waslap hangat  
 Pola mencuci rambut :  
 Sebelum sakit : An. G setiap mandi selalu di cuci rambutnya  
 saat sakit : An. G saat dirawat di rs tidak mandi mencuci rambut karna terpasang alat-alat  
 Pola gosok gigi : tidak dilakukan karena belum tumbuh gigi

Pola memotong kuku : pemotongan kuku dilakukan ± 2 minggu sekali  
 Pola membersihkan telinga: membersihkan telinga setiap habis mandi

3. Pola eliminasi fekal :

Sebelum sakit: Buang air besar maksimal 200 cc kotoran lunak berwarna kuning per hari.

Saat sakit : mengatakan BAB 7x/hari = ± 1400 cc

Karakteristik feses :

Sebelum sakit : BAB cair berwarna kuning

Saat sakit : feses cair berwarna kuning kecoklatan, ada ampas

Pola eliminasi urine

Sebelum sakit : BAK ± 3 kali/hari, jumlah urine ± 200 cc

Saat sakit : BAK ± 7 kali/hari jumlah urine ± 400 cc

Karakteristik urine : urine berwarna kuning pekat.

4. Pola istirahat-tidur

Sebelum sakit, ibu pasien mengatakan bahwa ia tidur sekitar 7-8 jam pada malam hari. Ia juga biasa tidur siang mulai pukul 10.00 hingga 13.00 WIB.

Saat sakit : ibu pasien mengatakan An. G tidur jam 21.00 WIB ± 4-6 jam tidur di malam hari terbangun tengah malam, lalu tidur lagi tidur siang. jam 13.00-14.30 WIB

5. Aktifitas bermain : Ibu klien mengatakan klien sering bermain mainan bersama temansebayanya.

**VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI**

1. Diagnosa Medis : Diare

2. Tindakan operasi : Tidak ada riwayat operasi

3. Status nutrisi : Minum ± 600 cc. BB 21 kg, TB 116 cm

4. Status cairan : Cairan yang masuk air putih, susu dan teh

5. Obat-obatan :

Cairan infus intravena ditangan kanan RL 500 ml / 21 tpm, L Bio 2, Zinc 2

Cefotaxime 1 x 500 mg, Syrup paracetamol jika panas

6. Aktifitas :

An. G tampak semua aktifitas dibantu oleh ayah dan ibunya.

7. Tindakan keperawatan :Terapi bermain lego

Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi rutin			
HGB	9.7 *	g/dL	10.7 - 14.7

RBC	4.85	10 <sup>6</sup> /μL	3.60 - 5.70
HCT	30.7*	%	31.0 – 43.0
MCV	76.0	fL	72.0 – 102.0
MCH	28.0	Pg	23.0 – 31.0
MCHC	32.0	g/dL	26.0 – 34.0
RDW-SD	36.6	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	12.6	%	11.5 – 14.5
WBC	9.98	10 <sup>3</sup> μL	5.50 – 17.50
Hitungan jenis			
NEUT %	64.3*	%	17.0 – 60.0
LYMPH %	28.2	%	20.0 – 70.0
BASO %	0.1	%	0.0 – 0.1
MONO %	9.0	%	1.0 – 11.0
EOS %	0.5*	%	1.0 – 5.0
NEUT#	5.8	10 <sup>3</sup> μL	1.5 – 7.0
LYMPH#	2.7	10 <sup>3</sup> μL	1.0 – 3.7
BASO#	0.0	10 <sup>3</sup> μL	0.0 – 0.1
MONO#	0.9*	10 <sup>3</sup> μL	0.0 – 0.7
EOS#	0.1	10 <sup>3</sup> μL	0.0 – 0.4
PLT	469	10 <sup>3</sup> μL	217 – 553
PDW	7.2*	fL	9.0 – 17.0
MPV	6.8*	fL	9.0 – 13.0

### 9. Data Tambahan :

Pemeriksaan feses lengkap 23 desember 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Makroskopik			
Warna	Coklat		
Bau	Khas		
Konsistensi	Cair		
Lendir	Negatif		Negatif
Darah	Negatif		Negatif
Mikroskopik			
Leukosit	0-1	/LPB	Negatif
Eritrosit	Negatif	/LPB	Negatif
Epitel	Negatif	/LPB	Negatif
Lemak	(+) positif		2-7
Amoeba	Negatif		Negatif
Telur cacing	Negatif		Negatif
Sel ragi	Negatif		Negatif
Crystal	Negatif		Negatif
Lain-lain			

## Pemeriksaan elektrolit

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Elektrolit (Na, K, Cl)			
Natrium (Na)	130*	Mmol/L	136-145
Kalium (K)	3.7	Mmol/L	3.5-5.1
Chloride (Cl)	108	Mmol/L	94-110

## VIII PEMERIKSAAN FISIK

(gunakan inspeksi, palpasi, perkusi & auskultasi untuk memeriksa persistem dengan arah head to toe)

- Keadaan Umum : Sedang  
GCS : 15 (E4 V6 M5)  
Tingkat kesadaran : Composmentis  
TB : 116 cm  
BB : 21 kg  
S : 38.4°C  
RR : 24x/menit  
N : 122x/menit
- Kepala : normocephal, LK : 48 cm  
Rambut : lurus bewarna hitam, pendek,  
Telinga : telinga bersih, tidak terdapat serumen, simetris antara kanan dan kiri  
Mata : mata simetris, gerakan bola (+), conjungtiva anemis, tidak terdapat kelainan kornea, sclera anikterik, pupil isokor.  
Hidung : hidung tampak simetris, tidak ada polip.  
Membran mukosa mulut : membran mukosa tampak kering, rongga mulut : lidah terlihat kotor,
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening di leher, dan tiroid tidak teraba. didapatkan leher simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis.  
Kesimetrisan leher : leher tampak simetris tidak ada pembengkakan kelenjar di leher
- Dada  
Inspeksi: Dada memiliki bentuk simetris, tidak terlihat penggunaan otot bantu pernapasan.  
Palpasi: Tidak ada keluhan nyeri saat ditekan.  
Perkusi: Perkusi menghasilkan suara sonor/normal di kedua paru-paru.  
Auskultasi: Suara napas vesikuler terdengar jelas.
- Abdomen  
Inspeksi : Klien tampak lemah, bentuk bibir simetris, warna bibir pucat, tidak ada luka pada daerah bibir, tidak ada stomatitis, gusi merah muda, tidak ada lesi dan tidak ada pembengkakan, gigi tampak caries,

permukaan halus dan tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran tonsil, uvula bergerak bebas, bentuk abdomen datar, tidak ada pembesaran hati dan limpa, tidak ada lesi.

Palpasi: Tidak teraba adanya benjolan pada perut, namun terdapat keluhan nyeri tekan pada abdomen. Tidak terdapat tanda-tanda distensi, dan perut terasa lembek dengan perubahan lambat setelah cubitan kulit.

Perkusi: Perkusi menunjukkan bunyi redup di seluruh abdomen, termasuk pada area hati.

Auskultasi: Frekuensi bising usus adalah 20 kali per menit, dan terdengar suara tympani.

#### 6. Ekstrimitas

Ekstremitas atas CRT < 3 detik, kuku tampak bersih, tidak ada fraktur, tangan aktif bergerak, tidak menggunakan alat bantu gerak, kekuatan otot otot 4/5

Ekstremitas bawah bentuk kaki tampak normal, kuku tampak bersih, tidak ada fraktur, akral teraba hangat, kaki aktif bergerak, tidak menggunakan alat bantu gerak, kekuatan otot otot 5/5

#### 7. Genetalia

Genetalia tampak bersih, tidak mengalami kelainan pada alat kelamin, BAK normal, tidak ada kelainan pada anus.

### IX. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Psiko sosial :  
Hubungan anak dan ibu baik. Anak tampak nyaman dan tenang jika didekat ibunya.
2. Psiko seksual : -
3. Kognitif :  
Anak mampu mengenali orang tua ibu dan ayahnya. Anak dapat bermain.
4. Personal sosial :  
ibu klien mengatakan klien sudah mengambil makanan sendiri, mengosok gigi tanpa bantuan, bermain kartu bersama temannya, klien sudah bisa berpakaian tanpa bantuan.
5. Motorik halus :  
ibu klien mengatakan An.G sudah bisa memilih garis yang lebih panjang, membuat contoh bintang, membuat contoh gambar bulat, klien dapat menggambarkan orang tiga bagian, ibu klien mengatakan klien suka bermain lego dan dibuatnya menara.
6. Motorik kasar :  
ibu klien mengatakan An.G sudah bisa mengetahui 3 kata sifat, mengartikan kata, menyebutkan 4 warna, mengartikan 4 kata depan, bicara semua dimengerti, mengetahui 4 kegiatan, bisa menyebutkan kegunaan 3 benda, bisa menghitung kubus.

### X. Respon Anak Terhadap Hositalisasi

Ibu klien mengatakan pasien rewel dan sering menangis, pasien tampak

takut terlihat An.G memeluk ibunya ketika ada perawat keruangan, pasien tampak gelisah hanya terdiam, sulit berkonsentrasi ketika diajak bermain. Skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran *Faces Anxiety Scale* (FAS) adalah 3 yang artinya pasien mengalami lebih sedikit kecemasan, pasien tampak gelisah dengan nadi 122 x/menit, dan respirasi 24x/menit.

### XI. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
<p>Ds : Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair 7 kali sehari ada ampas sedikit setiap kali bab Ibu klien mengatakan sering merasakan haus Do : - Balance cairan Intake Infus 1000 cc Minum 600 cc Makan 100 cc Am 168 cc = 1.868 cc Output BAB 1400 BAK 400 IWL 866 = 2.666 cc Input – output = 1868 – 2.666 = - 798 Tampak lemah Nadi teraba lemah Mukosa bibir kering Konjungtiva anemis TTV : Nadi 122 x/mnt RR, 24x/mnt suhu 38,4°C - Berat badan sebelum sakit 21,5 kg Berat bada saat sakit 21 kg</p>	<p>Kehilangan cairan aktif.</p>	<p>Hipovolemia</p>
<p>DS: - Ibu klien mengatakan An. G diare 7 kali dengan konsistensi cair, sedikit ampas setiap kali buang BAB DO: Bising usus 20 x/menit Diare 7x (±1400 cc) Tampak lemas HGB: 9,7 g/dL HCT: 30,7 10<sup>6</sup>uL</p>	<p>Inflamasi gastrointestinal</p>	<p>Diare</p>
<p>DS: Ibu klien mengatakan anaknya nafsu makan menurun DO: An. G nampak kurus An. G nampak lemah membrane mukosa pucat penurunan berat badan diare 7 x/hari</p>	<p>faktor psikologis (keenganan untuk makan)</p>	<p>Defisit nutrisi</p>

makanan menghabiskan ¼ porsi makan.		
<p>DS: Ibu klien mengatakan pasien rewel dan sering menangis, pasien tampak takut, terlihat An.G memeluk ibunya ketika ada perawat Keruangan</p> <p>DO: pasien tampak gelisah hanya terdiam, sulit berkonsentrasi ketika diajak bermain. Skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) adalah 3 yang artinya pasien mengalami lebih sedikit kecemasan, pasien tampak gelisah dengan nadi 122 x/menit, dan respirasi 24x/menit.</p>	Krisis Situasional.	Ansietas

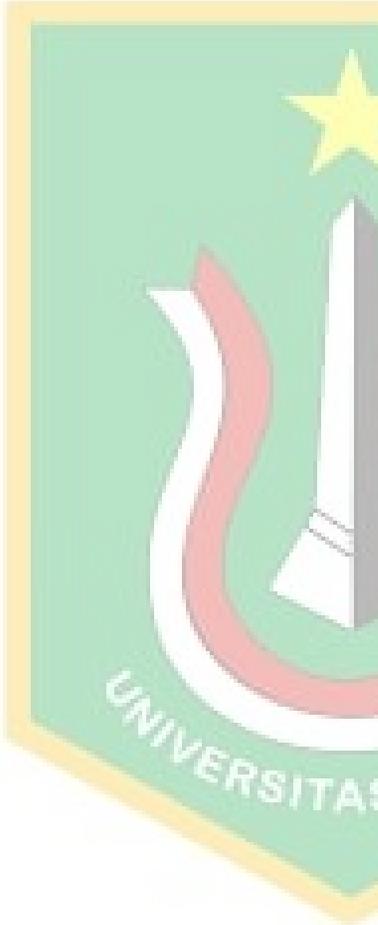
## XII. Diagnosa Keperawatan

1. Diare b.d inflamasi gastrointestinal
2. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif
3. Defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keinginan untuk makan)
4. Ansietas b.d krisis situasional



### XIII. Rencana keperawatan

Tgl/jam	No DP	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	TTD
24/12/2023	1	<p><b>SLKI status cairan L.03028</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan terpenuhi .kriteria hasil: Kekuatan nadi membaik Output cairan meningkat Membran mukosa lembab meningkat Konsentrasi urine menurun Perasaan lemah menurun Frekuensi nadi membaik Tekanan darah membaik Turgor kulit membaik</p>	<p><b>Manajemen Hipovolemia</b> <b>Observasi:</b> Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) Monitor intake dan output cairan Terapeutik Hitung kebutuhan cairan Berikan posisi modified trendelenburg Berikan asupan cairan oral Edukasi Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, Nacl 0,4%) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate) Kolaborasi pemberian produk darah</p>	Dewi
24/12/2023	2	<p><b>SLKI eliminasi fekal</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan diare menurun, frekuesnsi dan bentuk feses yang normal.kriteria hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat Nyeri abdomen menurun</p>	<p><b>manajemen diare (I.03101)</b> <b>Observasi</b> Identifikasi Riwayat pemberian makanan Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, kepacatan pada bayi) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun,</p>	

		<p>Konsistensi feses membaik          Frekuensi feses membaik          Peristaltik usus membaik</p> 	<p>turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)          Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal          Monitor jumlah dan pengeluaran diare          Monitor keamanan penyiapan makanan  <b>Terapeutik</b>          Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte)          Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu          Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit          Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu  <b>Edukasi</b>          Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap          Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa  <b>Kolaborasi</b>          Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)          Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine)          Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: atapugit, smektit, kaolin-pektin)  <b>Pemantauan Cairan (I.03101)</b>  <b>Observasi</b>          Monitor frekuensi dan kekuatan nadi          Monitor frekuensi napas          Monitor tekanan darah          Monitor berat badan          Monitor waktu pengisian kapiler          Monitor elastisitas atau turgor kulit          Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin          Monitor intake dan output cairan          Terapeutik          Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien</p>	
--	--	---	---	--

			Edukasi Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Dokumentasikan hasil pemantauan	
24/12/2023	3	<b>SLKI status nutrisi</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi.kriteria hasil: Porsi makan dihabiskan meningkat Diare menurun Berat badan membaik Frekuensi makan membaik Nafsu makan membaik Bising usus membaik Indeks massa tubuh IMT membaik	<b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b> Observasi Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien Monitor asupan makanan Monitor berat badan Terapeutik Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Berikan suplemen makanan, jika perlu Edukasi Ajarkan posisi duduk, jika mampu Kolaborasi Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	
24/12/2023	4	<b>SLKI tingkat ansietas</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kecemasan klien menurun. kriteria hasil: Perilaku gelisah menurun Perilaku tegang menurun Konsentrasi membaik Pola tidur membaik Frekuensi nadi membaik Tekanan darah membaik Kontak mata membaik	<b>Terapi bermain I.10346</b> Observasi Identifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain Monitor respon anak terhadap terapi Monitor tingkat kecemasan anak selama terapi Terapeutik Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, Tanyakan perasaan setelah bermain, Catat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika	

		Pola berkemih membaik	perlu Edukasi Jelaskan tujuan bermain bagi anak dan orang tua Jelaskan prosedur bermain kepada anak dan/atau orang tua dengan bahasa yang mudah dipahami.	
--	--	-----------------------	---	--

#### XIV. Implementasi

Tgl/jam	No. DX	Tindakan	Evaluasi	TTD
24/12/2023	1	<p><b>Manajemen Hipovolemia</b>  <b>Observasi:</b>  Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)  Monitor intake dan output cairan  Terapeutik  Hitung kebutuhan cairan  Berikan posisi modified trendelenburg Berikan asupan cairan oral  Edukasi Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral  Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak  Kolaborasi  Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL)</p>	<p><b>Manajemen hipovolemia</b>  <b>Observasi:</b>  Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)  Hasil: nadi 122x/menit, nadi teraba lemah, turgor kulit kering, membran mukosa pucat, klien merasa haus, tampak lemah.  Monitor intake dan output cairan  - Balance cairan  Intake  Infus 1000 cc  Minum 600 cc  Makan 100 cc  Am 168 cc = 1.868 cc  Output  BAB 1400  BAK 400  IWL 866 = 2.666 cc  Input – output = 1868 – 2.666 = - 798  Terapeutik  Memberikan asupan cairan oral  Hasil: minum air putih susu 600cc  Edukasi  Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p>	

			<p>Hasil: ibu klien tampak memahami Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian cairan iv isotons (mis. Nacl, rl)</p> <p>Hasil: rl 500/ 21 tpm/12 jam</p>	
24/12/2023	2	<p><b>Manajement diare (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Identifikasi Riwayat pemberian makanan</p> <p>Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, keputihan pada bayi)</p> <p>Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</p> <p>Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)</p> <p>Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte)</p> <p>Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu</p> <p>Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</p> <p>Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p>	<p>Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan</p> <p>Identifikasi gejala invaginasi (mis:tangisan keras, keputihan pada bayi)</p> <p>Hasil: mukosa bibir pucat, tampak menanggis. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</p> <p>Hasil: konsistensi feses cair, ibu klien mengatakan klien sudah 6x/hari bab</p> <p>Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)</p> <p>Hasil: Nadi 122x/menit, nadi teraba lemah, mukosa kulit kering,</p> <p>Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan kulit daerah perianal terlihat kemerahan.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Memberikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte)</p> <p>Hasil: ibu klien belum memberikan obat oralait pada pasien hanya obat yang diberikan dari Rumah Sakit.</p> <p>Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>Hasil: klient makan ¼ porsi</p> <p>Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung</p>	

		<p>Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa</p> <p><b>Kolaborasi</b>  Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)  Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine)  Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: atapugit, smektit, kaolin-pektin)</p> <p><b>Pemantauan Cairan (I.03101)</b>  <b>Observasi</b>  Monitor frekuensi dan kekuatan nadi  Monitor frekuensi napas  Monitor tekanan darah  Monitor berat badan  Monitor waktu pengisian kapiler  Monitor elastisitas atau turgor kulit  Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin  Monitor intake dan output cairan</p> <p><b>Terapeutik</b>  Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien  Edukasi  Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan  Dokumentasikan hasil pemantauan</p>	<p>laktosa</p> <p>Hasil: klien mendapatkan diit gizi</p> <p><b>Kolaborasi</b>  Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)</p> <p>Hasil:  Cairan infus intravena ditangan kanan RL 500 ml / 21 tpm  L Bio 2x 1 sachet peroral  Zinc 1 x 20 mg  Syrup paracetamol 3 x 200 mg, jika panas.</p> <p><b>Pemantauan Cairan (I.03101)</b>  <b>Observasi</b>  Memonitor berat badan  Hasil: BB 21kg  Memonitor waktu pengisian kapiler  Hasil &lt;3detik  Memonitor elastisitas atau turgor kulit  Hasil turgor kulit kering  Memonitor intake dan output cairan  Hasil:  - Balance cairan  Intake  Infus 1000 cc  Minum 600 cc  Makan 100 cc  Am 168 cc = 1.868 cc  Output  BAB 1400  BAK 400  IWL 866 = 2.666 cc  Input – output = 1868 – 2.666 = - 798</p>	
	3	<p><b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b>  <b>Observasi</b>  Identifikasi alergi dan intoleransi</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (i.03119)</b>  <b>Observasi</b>  Mengidentifikasi alergi dan intoleransi</p>	

		<p>makanan</p> <p>Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>Monitor asupan makanan</p> <p>Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>	<p>makanan</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan tidak ada alergi makanan, obat-obatan, debu dll</p> <p>Mengidentifikasi makanan yang disukai</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan klien suka makan sayur dan lauk pauk.</p> <p>Memonitor asupan makanan</p> <p>Hasil: klien makan hanya ¼ porsi</p> <p>Memonitor berat badan</p> <p>Hasil: bb klien sebelum sakit 21 kg sesudah sakit 21 kg</p> <p>Terapeutik</p> <p>Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>Hasil: klien di Rumah Sakit tidak melakukan oral hygiene.</p> <p>Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Hasil: klien mendapatkan diit dari Rumah Sakit</p> <p>Edukasi</p> <p>Mengajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>Hasil: klien terlihat lemah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>Hasil: perawat sudah kolaborasi ke ahli gizi.</p>	
	4	<p><b>Terapi bermain I.10346</b></p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain</p> <p>Monitor respon anak terhadap terapi</p> <p>Monitor tingkat kecemasan anak selama terapi</p> <p>Terapeutik</p> <p>Ciptakan lingkungan yang aman</p>	<p><b>Terapi bermain I.10346</b></p> <p>mengidentifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain dengan hasil ibu klien mengatakan pasien rewel dan sering menangis, pasien tampak takut An.G memeluk ibunya ketika ada perawat keruangan. Ibu klien mengatakan klien selalu memeluk ibunya seperti berlindung apabila ada perawat yang datang. Data objektif yang didapatkan yaitu An.G tampak gelisah hanya terdiam, sulit</p>	

	<p>dan nyaman, Tanyakan perasaan setelah bermain,          Catat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain          Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu          Edukasi          Jelaskan tujuan bermain bagi anak dan orang tua          Jelaskan prosedur bermain kepada anak dan/atau orang tua dengan bahasa yang mudah dipahami.</p>	<p>berkonsentrasi ketika diajak bermain, Memonitor respon anak terhadap terapi, dengan hasil ibu klien mengatakan anak suka bermain lego saat dirumah,          Respon anak terhadap terapi bermain lego dengan hasil ibu klien mengatakan anaknya bersedia diberikan terapi bermain lego dan akan menemani klien saat diberikan terapi bermain lego,          Memonitor tingkat kecemasan anak selama terapi menggunakan <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) dengan hasil subyektif, ibu klien mengatakan An. G menangis dan rewel saat perawat datang sehingga An. G memeluk ibunya dan tidak mau lepas. Ibu klien mengatakan klien tampak takut dengan perawat dan penulis. Data objektif yang didapatkan yaitu skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) adalah 3 yang artinya pasien mengalami sedikit kecemasan, menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika diperlukan dengan hasil ibu klien mengatakan bersedia menemani klien saat melakukan tindakan terapi bermain, Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan hasil klien tampak aman dan nyaman saat didekat orang tua,          Menanyakan perasaan setelah bermain, hasilnya klien tampak takut saat didekatkan dengan perawat,          Memonitor tanda-tanda vital, dengan respon subjektif ibu pasien mengatakan bersedia anaknya dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapat data objektif yaitu keadaan umum sedang, nadi 122x/menit, suhu 38,4°C, respirasi 24x/menit, klien tampak menolak dan tidak tenang saat diperiksa tanda-tanda vital, mencatat kembali tingkat kecemasan anak</p>	
--	---	--	--

			<p>setelah bermain dengan hasil lego dengan respon subjektif ibu klien mengatakan An. G masih takut dan menangis saat didekati perawat dan penulis, respon objektif klien menangis dan tampak takut jika didekati penulis didapat skor <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) 3 artinya klien masih mengalami sedikit kecemasan.</p> <p>Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu dengan hasil ibu klien mengatakan akan menemani klien saat akan dilakukan tindakan invasif, respon objektif ibu klien tampak berada didekat pasien. menjelaskan tujuan bermain bagi anak dan orang tua, menjelaskan prosedur bermain kepada anak dan/atau orang tua dengan bahasa yang mudah dipahami.</p>	
25/12/2023	1	<p><b>Manajemen Hipovolemia</b>  <b>Observasi:</b>  Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)  Monitor intake dan output cairan  Terapeutik  Hitung kebutuhan cairan  Berikan posisi modified trendelenburg Berikan asupan cairan oral  Edukasi Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral  Anjurkan menghindari perubahan</p>	<p><b>Manajemen hipovolemia</b>  <b>Observasi:</b>  Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)  Hasil: nadi 120x/menit, nadi teraba kuat, turgor kulit sedikit lembab, membran mukosa sedikit pucat, klien merasa haus, tampak lemah.  Monitor intake dan output cairan  -- Balance cairan  Intake  Infus 1000 cc  Minum 600 cc  Makan 150 cc  Am 8 x 21 = 168 cc = 1.868 cc  Output</p>	

		posisi mendadak Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL)	BAB 600 BAK 900 $IWL\ 546 = 2.046\ cc$ $Input - output = -178$ $1868 - 2.046 =$ Terapeutik Memberikan asupan cairan oral Hasil: minum air putih susu 600cc, makan 100cc Edukasi Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral Hasil: ibu klien tampak memahami Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan iv isotons (mis. Nacl, rl) Hasil: rl 500/ 21 tpm/12 jam	
25/12/2023	2	<b>Manajement diare (I.03101)</b> <b>Observasi</b> Identifikasi Riwayat pemberian makanan Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, keputihan pada bayi) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun) Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal <b>Terapeutik</b> Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit,	Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan Identifikasi gejala invaginasi (mis:tangisan keras, keputihan pada bayi) Hasil: mukosa bibir pucat, tampak menanggis. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Hasil: warna kuning, konsistensi feses cair, ibu klien mengatakan klien sudah 3x/hari bab 600 cc) BAK 900cc Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba kuat, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun) Hasil: Nadi 120x/menit, teraba lemah, mukosa kulit sedikit lembab, Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal Hasil: ibu klien mengatakan kulit daerah perianal terlihat kemerahan. <b>Terapeutik</b>	

	<p>Pedialyte, renalyte) Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu <b>Edukasi</b> Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat) Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine) Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: atapugit, smektit, kaolin-pektin) <b>Pemantauan Cairan (I.03101)</b> <b>Observasi</b> Monitor frekuensi dan kekuatan nadi Monitor frekuensi napas Monitor tekanan darah Monitor berat badan Monitor waktu pengisian kapiler Monitor elastisitas atau turgor kulit Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin</p>	<p>Memberikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte) Hasil: ibu klien memberikan obat yang diberikan dari Rumah Sakit. Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap <b>Edukasi</b> Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap Hasil: klient makan ½ porsi Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa Hasil: klien mendapatkan diit gizi <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat) Hasil: Cairan infus intravena ditangan kanan RL 500 ml / 21 tpm L Bio 2x 1 sachet peroral Zinc 1 x 20 mg Syrup paracetamol 3 x 200 mg, jika panas. <b>Pemantauan Cairan (I.03101)</b> <b>Observasi</b> Memonitor berat badan Hasil: BB 21 kg Memonitor waktu pengisian kapiler Hasil &lt;3detik Memonitor elastisitas atau turgor kulit Hasil turgor kulit kering Memonitor intake dan output cairan Hasil: -- Balance cairan Intake Infus 1000 cc Minum 600 cc Makan 150 cc</p>	
--	---	---	--

		<p>Monitor intake dan output cairan Terapeutik</p> <p>Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>Dokumentasikan hasil pemantauan</p>	<p>Am <math>8 \times 21 = 168 \text{ cc} = 1.868 \text{ cc}</math></p> <p>Output</p> <p>BAB 600</p> <p>BAK 900</p> <p>IWL <math>546 = 2.046 \text{ cc}</math></p> <p>Input – output = -178</p>	
	3	<p><b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b></p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>Monitor asupan makanan</p> <p>Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi</p> <p>Ajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (i.03119)</b></p> <p>Observasi</p> <p>Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan tidak ada alergi makanan, obat-obatan, debu dll</p> <p>Mengidentifikasi makanan yang disukai</p> <p>Hasil: ibu klien mengatakan klien suka makan sayur bening dan telur.</p> <p>Memonitor asupan makanan</p> <p>Hasil: klien makan hanya <math>\frac{1}{2}</math> porsi</p> <p>Memonitor berat badan</p> <p>Hasil: bb klien sebelum sakit 21,5kg sesudah sakit 21 kg</p> <p>Terapeutik</p> <p>Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>Hasil: klien di Rumah Sakit tidak melakukan oral hygiene.</p> <p>Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Hasil: klien mendapatkan diit dari Rumah Sakit.</p> <p>Edukasi</p> <p>Mengajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>Hasil: klien terlihat lemah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang</p>	

			dibutuhkan, jika perlu Hasil: perawat sudah kolaborasi ke ahli gizi.	
	4	<p><b>Terapi bermain I.10346</b>  Observasi  Identifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain  Monitor respon anak terhadap terapi  Monitor tingkat kecemasan anak selama terapi  Terapeutik  Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, Tanyakan perasaan setelah bermain,  Catat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain  Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu  Edukasi  Jelaskan tujuan bermain bagi anak dan orang tua  Jelaskan prosedur bermain kepada anak dan/atau orang tua dengan bahasa yang mudah dipahami.</p>	<p><b>Terapi bermain I.10346</b>  Observasi  Mengidentifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain dengan hasil ibu klien mengatakan pasien rewel dan sering menangis, pasien tampak takut An.G memeluk ibunya ketika ada perawat keruangan. Ibu klien mengatakan klien masih selalu memeluk ibunya seperti berlindung apabila ada perawat yang datang. Data objektif yang didapatkan yaitu An,G tampak gelisah hanya terdiam, sulit berkonsentrasi ketika diajak bermain,  Memonitor respon anak terhadap terapi bermain lego dengan hasil ibu klien mengatakan anaknya bersedia diberikan terapi bermain lego dan akan menemani klien saat diberikan terapi bermain lego,  Memonitor tingkat kecemasan anak selama terapi menggunakan <i>Face Anxiety Scale</i> (FAS) dengan hasil subyektif, ibu klien mengatakan An. G menangis dan rewel saat perawat datang sehingga An. G memeluk ibunya dan tidak mau lepas. Ibu klien mengatakan klien tampak takut dengan perawat dan penulis. Data objektif yang didapatkan yaitu skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) 3 artinya pasien mengalami lebih sedikit kecemasan,  Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika diperlukan dengan hasil ibu klien mengatakan bersedia menemani klien saat melakukan tindakan terapi bermain,  Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan hasil klien tampak aman dan</p>	

			<p>nyaman saat didekat orang tua, menanyakan perasaan setelah bermain, hasilnya klien tampak takut saat didekatkan dengan perawat, Memonitor tanda-tanda vital, dengan hasil data objektif keadaan umum sedang, nadi 120x/menit, suhu 36.6°C, respirasi 22x/menit, klien tampak sedikit menolak dan sedikit tenang saat diperiksa tanda-tanda vital, Mencatat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain, lego dengan respon subjektif ibu klien mengatakan An.G masih sedikit takut saat didekati perawat dan penulis, respon objektif klien tampak menangis dan tampak masih sedikit takut jika didekati penulis didapat skor <i>Face Anxiety Scale (FAS)</i> 2 artinya klien masih mengalami lebih sedikit kecemasan, Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu dengan hasil ibu klien mengatakan akan menemani klien saat akan dilakukan tindakan invasif, respon objektif ibu klien tampak berada didekat pasien.</p>	
26/12/2023	1	<p><b>Manajemen Hipovolemia</b>  <b>Observasi:</b>  Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)  Monitor intake dan output cairan  Terapeutik  Hitung kebutuhan cairan  Berikan posisi modified trendelenburg Berikan asupan</p>	<p><b>Manajemen hipovolemia</b>  <b>Observasi:</b>  Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)  Hasil: nadi 120x/menit, nadi teraba kuat, turgor kulit lembab, membran mukosa tidak pucat, tampak segeran.  Monitor intake dan output cairan  - Balance cairan  Intake  Infus 1000 cc  Minum 800 cc</p>	

		<p>cairan oral  Edukasi Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral  Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak  Kolaborasi  Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL)</p>	<p>Makan 150 cc  Am 168 cc = 2.118 cc  Output  BAB 200  BAK 800  IWL 546 = 1.546 cc  Input – output  2.118 – 1.568 = 572  Terapeutik  Memberikan asupan cairan oral  Hasil: minum air putih susu 800cc  Edukasi  Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral  Hasil: ibu klien tampak memahami  Kolaborasi  Kolaborasi pemberian cairan iv isotons (mis. Nacl, rl)  Hasil: rl 500/ 21 tpm/12 jam</p>	
26/12/2023	2	<p><b>Manajemnt diare (I.03101)</b>  <b>Observasi</b>  Identifikasi Riwayat pemberian makanan  Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, keputatan pada bayi)  Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses  Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)  Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal  <b>Terapeutik</b></p>	<p>Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan  Identifikasi gejala invaginasi (mis:tangisan keras, keputatan pada bayi)  Hasil: mukosa bibir tidak pucat, tampak sudah tidak menanggis.  Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses  Hasil: warna kuning, konsistensi feses lembek, ibu klien mengatakan klien sudah 1x/hari bab  Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba kuat, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)  Hasil: Nadi 120x/menit, teraba kuat, mukosa kulit lembab,  Memonitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal  Hasil: ibu klien mengatakan kulit daerah</p>	

	<p>Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte)</p> <p>Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu</p> <p>Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</p> <p>Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)</p> <p>Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine)</p> <p>Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: atapugit, smektit, kaolin-pektin)</p> <p><b>Pemantauan Cairan (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>Monitor frekuensi napas</p> <p>Monitor tekanan darah</p> <p>Monitor berat badan</p> <p>Monitor waktu pengisian kapiler</p> <p>Monitor elastisitas atau turgor kulit</p>	<p>perianal sudah tidak terlihat kemerahan.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Memberikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte)</p> <p>Hasil: ibu klien memberikan obat yang diberikan dari Rumah Sakit.</p> <p>Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>Hasil: klient makan 1 porsi</p> <p>Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa</p> <p>Hasil: klien mendapatkan diit gizi</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)</p> <p>Hasil:</p> <p>Cairan infus intravena ditangan kanan RL 500 ml / 21 tpm</p> <p>L Bio 2x 1 sachet peroral</p> <p>Zinc 1 x 20 mg</p> <p>metronidazole syrup 3 x 200 mg</p> <p>Syrup paracetamol 3 x 200 mg, jika panas.</p> <p><b>Pemantauan Cairan (I.03101)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Memonitor berat badan</p> <p>Hasil: BB 18kg</p> <p>Memonitor waktu pengisian kapiler</p> <p>Hasil &lt;3detik</p> <p>Memonitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>Hasil turgor kulit lembab</p> <p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <p>- Balance cairan</p> <p>Intake</p>	
--	--	--	--

		<p>Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin  Monitor intake dan output cairan  Terapeutik  Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien  Edukasi  Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan  Dokumentasikan hasil pemantauan</p>	<p>Infus 1000 cc  Minum 800 cc  Makan 150 cc  Am 168 cc = 2.118 cc  Output  BAB 200  BAK 800  IWL 546 = 1.546 cc  Input – output  2.118 – 1.568 = 572</p>	
	3	<p><b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b>  Observasi  Identifikasi alergi dan intoleransi makanan  Identifikasi makanan yang disukai  Monitor asupan makanan  Monitor berat badan  Terapeutik  Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu  Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi  Edukasi  Ajarkan posisi duduk, jika mampu  Kolaborasi  Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu  Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>	<p><b>Manajemen nutrisi (i.03119)</b>  Observasi  Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan  Hasil: ibu klien mengatakan tidak ada alergi makanan, obat-obatan, debu dll  Mengidentifikasi makanan yang disukai  Hasil: ibu klien mengatakan klien suka makan sayur bening dan telur.  Memonitor asupan makanan  Hasil: klien makan hanya 1 porsi  Memonitor berat badan  Hasil: bb klien sebelum sakit 21,5kg sesudah sakit 21 kg  Terapeutik  Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu  Hasil: klien di Rumah Sakit tidak melakukan oral hygiene.  Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi  Hasil: klien mendapatkan diit dari Rumah Sakit  Edukasi  Mengajarkan posisi duduk, jika mampu  Hasil: klien sudah tidak lemah  Kolaborasi</p>	

			<p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>Hasil: perawat sudah kolaborasi ke ahli gizi.</p>	
	4	<p><b>Terapi bermain I.10346</b></p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain</p> <p>Monitor respon anak terhadap terapi</p> <p>Monitor tingkat kecemasan anak selama terapi</p> <p>Terapeutik</p> <p>Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, Tanyakan perasaan setelah bermain,</p> <p>Catat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain</p> <p>Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan tujuan bermain bagi anak dan orang tua</p> <p>Jelaskan prosedur bermain kepada anak dan/atau orang tua dengan bahasa yang mudah dipahami.</p>	<p><b>Terapi bermain I.10346</b></p> <p>Observasi</p> <p>Mengidentifikasi perasaan anak yang diungkapkan selama bermain dengan hasil ibu klien mengatakan pasien rewel dan jarang menangis, pasien tampak sedikit takut An.G memeluk ibunya ketika ada perawat keruangan. Ibu klien mengatakan klien sudah tidak selalu memeluk ibunya Data objektif yang didapatkan yaitu An.G tampak sedikit gelisah hanya mulai berinteraksi dengan penulis sudah mulai berkonsentrasi ketika diajak bermain,</p> <p>Memonitor respon anak terhadap terapi bermain lego dengan hasil ibu klien mengatakan anaknya bersedia diberikan terapi bermain lego dan akan menemani klien saat diberikan terapi bermain lego,</p> <p>Memonitor tingkat kecemasan anak selama terapi menggunakan <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) dengan hasil subyektif ibu klien mengatakan An.G masih sedikit takut dan menangis saat didekati perawat dan penulis, respon objektif klien tampak menangis dan tampak masih sedikit takut jika didekati penulis didapat skor <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) 2 artinya klien masih mengalami lebih sedikit kecemasan, menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika diperlukan dengan hasil ibu klien mengatakan bersedia menemani klien saat melakukan tindakan terapi bermain, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan hasil klien tampak aman dan nyaman saat didekat orang tua, menanyakan</p>	

			<p>perasaan setelah bermain, hasilnya klien tampak takut saat didekatkan dengan perawat, memonitor tanda-tanda vital, dengan hasil data objektif yaitu keadaan umum sedang, nadi 118 x/menit, suhu 36,8<sup>o</sup>C, respirasi 22x/menit, klien tampak tenang saat diperiksa tanda-tanda vitalnya, mencatat kembali tingkat kecemasan anak setelah bermain lego dengan respon subjektif yaitu ibu klien mengatakan An. G masih takut dan menangis saat didekati perawat dan penulis, respon objektif yaitu klien sudah tidak menangis dan sudah tidak takut dan terlihat tenang, gelisah sudah menurun jika didekati penulis didapat skor <i>Facec Anxiety Scale</i> (FAS) 1 artinya klien masih mengalami lebih sedikit kecemasan, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu dengan hasil ibu klien mengatakan akan menemani klien saat akan dilakukan tindakan invasif, respon objektif yaitu ibu klien tampak berada didekat pasien.</p>	
--	--	---	---	--

**XV. Evaluasi**

Tgl/jam	Evaluasi	Perawat
24-12-2023/ 1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair ada ampas 7 kali sehari.</li> <li>Ibu klien mengatakan sering merasakan haus</li> <li>Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Balance cairan</li> <li>Intake</li> <li>Infus 1000 cc</li> <li>Minum 600 cc</li> <li>Makan 100 cc</li> <li>Am 168 cc = 1.868 cc</li> <li>Output</li> <li>BAB 1400</li> <li>BAK 400</li> <li>IWL 866 = 2.666 cc</li> <li>Input – output = 1868 – 2.666 = - 798</li> <li>Tampak lemah</li> <li>Mukosa bibir kering</li> <li>Konjungtiva pucat</li> <li>TTV : Nadi 122 x/mnt RR, 24x/mnt suhu 38,4°C</li> <li>- Paristaltik usus 20 x/menit</li> <li>- Berat badan sebelum sakit 21,5 kg</li> <li>Berat badan saat sakit 21 kg</li> <li>A : Hipovolemia belum teratasi</li> <li>P: intervensi dilanjutkan</li> </ul>	Dewi
24-12-2023/ 2	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan An.G diare 7 kali (±1400 cc) dengankonsistensi cair, sedikit ampas.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bising usus 20 x/menit</li> <li>Adanya nyeri pada abdomen</li> <li>- Balance cairan</li> </ul>	Dewi

	<p>Intake          Infus 1000 cc          Minum 600 cc          Makan 100 cc          Am 168 cc = 1.868 cc          Output          BAB 1400          BAK 400          IWL 866 = 2.666 cc          Input – output = 1868 – 2.666 = - 798          A : Diare belum teratasi          I : intervensi dilanjutkan</p>	
24-12-2023/ 3	<p>S:          Ibu klien mengatakan klien tidak nafsu makan          O:          Biokimia          HGB: 9.7g/dL          HCT: 30.7 10<sup>6</sup>uL          An. G nampak kurus          An. G nampak lemah          membrane mukosa pucat          penurunan berat badan          makanan menghabiskan ¼ porsi makan.          A : Defisit Nutrisi belum teratasi          I : intervensi dilanjutkan</p>	Dewi



24-12-2023/4	<p>S: ibu klien mengatakan pasien rewel dan sering menangis, pasien tampak takut terlihat An.G memeluk ibunya ketika ada perawat keruangan. Ibu klien mengatakan klien selalu memeluk ibunya seperti berlindung apabila ada perawat yang datang. ibu klien mengatakan setelah dilakukan terapi permainan lego klien masih tampak takut dan gelisah.</p> <p>O: An.G tampak gelisah hanya terdiam sulit berkonsentrasi ketika diajak bermain frekuensi nadi 122x/menit, suhu 38,4°C respirasi 24x/menit skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale (FAS)</i> adalah 3 yang artinya pasien mengalami lebih sedikit kecemasan A: ansietas belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan.</p>	Dewi
25-12-2023/ 1	<p>S :</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair ada ampas 3 kali sehari. Ibu klien mengatakan sering merasakan haus Ibu klien mengatakan nafsu makan menurun</p> <p>O :</p> <p>-- Balance cairan Intake Infus 1000 cc Minum 600 cc Makan 150 cc Am 8 x 21 = 168 cc = 1.868 cc Output BAB 600 BAK 900 IWL 546 = 2.046 cc Input – output = -178 Tampak lemah Mukosa bibir sedikit lembab Konjungtiva pucat Turgor kulit kurang elastis TTV : Nadi 120 x/mnt RR, 24x/mnt suhu 36,6°C - Paristaltik usus 20 x/menit - Berat badan sebelum sakit 21,5 kg</p>	Dewi

	<p>Berat badan saat sakit 21 kg  A : Hipovolemia teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan</p>	
25-12-2023/ 2	<p>S:  - Ibu klien mengatakan An.G diare 3 kali (<math>\pm 600</math> cc) dengan konsistensi cair, sedikit ampas.</p> <p>O:  Bising usus 20 x/menit  Adanya nyeri pada abdomen sedikit menurun skala nyeri 2  -- Balance cairan  Intake  Infus 1000 cc  Minum 600 cc  Makan 150 cc  Am 8 x 21 = 168 cc = 1.868 cc  Output  BAB 600  BAK 900  IWL 546 = 2.046 cc  Input – output = 1.868 – 2.046 = -178  A : Diare teratasi sebagian  I : intervensi dilanjutkan</p>	Dewi
25-12-2023/ 3	<p>S:  Ibu klien mengatakan nafsu makan menurun, klien hanya makan sedikit sedikit.</p> <p>O:  An. G nampak kurus  An. G Gnampak lemah  membrane mukosa sedikit pucat  penurunan berat badan  makanan menghabiskan <math>\frac{1}{2}</math> porsi makan.  A : Defisit Nutrisi teratasi sebagian  I : intervensi dilanjutkan</p>	Dewi

25-12-2023/4	<p>S: ibu klien mengatakan pasien sudah berkurang rewel dan menangis, pasien tampak sedikit takut terlihat An.G memeluk ibunya ketika ada perawat keruangan.</p> <p>O: An.G tampak sedikit gelisah hanya terdiam sulit berkonsentrasi ketika diajak bermain</p> <p>frekuensi nadi 120x/menit, suhu 36.6°C, respirasi 22x/menit</p> <p>skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) 2 artinya pasien mengalami lebih sedikit kecemasan.</p> <p>A: ansietas teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p>	Dewi
26-12-2023/ 1	<p>S :</p> <p>Ibu klien mengatakan anaknya BAB lembek 1 kali sehari.</p> <p>Ibu klien mengatakan nafsu makan membaik</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance cairan</li> </ul> <p>Intake</p> <p>Infus 1000 cc</p> <p>Minum 800 cc</p> <p>Makan 150 cc</p> <p>Am 168 cc = 2.118 cc</p> <p>Output</p> <p>BAB 200</p> <p>BAK 800</p> <p>IWL 546 = 1.546 cc</p> <p>Input – output = 2.118 – 1.546 = 572</p> <p>Tampak tidak lemah</p> <p>Mukosa bibir lembab</p> <p>Konjungtiva tidak pucat</p> <p>TTV : Nadi 120 x/mnt RR, 22x/mnt suhu 36,8°C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paristaltik usus 18 x/menit</li> <li>- Berat badan sebelum sakit 21,5 kg</li> </ul> <p>Berat badan saat sakit 21 kg</p> <p>A : Hipovolemia teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	Dewi

26-12-2023/ 2	<p>S: - Ibu klien mengatakan An.G sudah tidak diare bab hari ini 1 kali (<math>\pm 200</math> cc) dengan konsistensi lembek.</p> <p>O: Bising usus 18 x/menit Adanya nyeri pada abdomen sudah tidak dirasakan - Balance cairan Intake Infus 1000 cc Minum 800 cc Makan 150 cc Am 168 cc = 2.118 cc Output BAB 200 BAK 800 IWL 546 = 1.546 cc Input – output 2.118 – 1.546 = 572 A : Diare teratasi I : intervensi dihentikan</p>	Dewi
26-12-2023/ 3	<p>S: Ibu klien mengatakan nafsu makan sekarang sudah membaik.</p> <p>O: nadi teraba kuat membran mukosa tidak pucat ibu klien mengatakan pasien suka makan sayur bening dan telur klien makan hanya 1 porsi bb klien sebelum sakit 21 kg sesudah sakit 21 kg, A: Defisit nutri teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	Dewi
26-12-2023/4	<p>S: ibu klien mengatakan pasien sudah tidak rewel dan menangis, pasien tampak sudah tidak takut terlihat</p> <p>O: An.G sudah tidak gelisah Klien mau berbincang dengan peneliti, Anak tampak sudah bisa berkonsentrasi ketika diajak bermain frekuensi nadi 118 x/menit, suhu 36,8°C, respirasi 20x/menit.</p>	

	<p>Skor kecemasan yang didapatkan berdasarkan pengukuran <i>Faces Anxiety Scale</i> (FAS) adalah 1 artinya pasien mengalami lebih sedikit kecemasan. A : masalah ansietas teratasi P : intervensi dihentikan.</p>	
--	---	--



## DOKUMENTASI

**An. F**



**An.G**



Lampiran 8  
Hasil uji Turnitin

---

KIAN BAB 1 - 5

---

ORIGINALITY REPORT

---

<b>17</b> %	<b>16</b> %	<b>4</b> %	<b>5</b> %
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

---

PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b>Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan</b> Student Paper	<b>2</b> %
<b>2</b>	<b>repository.poltekkes-kaltim.ac.id</b> Internet Source	<b>1</b> %
<b>3</b>	<b>eprints.ukh.ac.id</b> Internet Source	<b>1</b> %
<b>4</b>	<b>nafatimahpustaka.org</b> Internet Source	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>journal-mandiracendikia.com</b> Internet Source	<b>1</b> %
<b>6</b>	<b>ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id</b> Internet Source	<b>1</b> %
<b>7</b>	<b>ejournal.poltekkes-smg.ac.id</b> Internet Source	<b>&lt;1</b> %
<b>8</b>	<b>repository.stikes-bhm.ac.id</b> Internet Source	<b>&lt;1</b> %
<b>9</b>	<b>jurnal.akperkesdam-padang.ac.id</b> Internet Source	<b>&lt;1</b> %

---

Lampiran 9

BIODATA PENULIS

Nama Mahasiswa : Dewi Andini

Tempat Tanggal Lahir : Tangerang, 02 Juni 1998

Alamat : Kp. Caringin RT 002/RW 008 Desa Ragajaya  
Kec. Bojonggede Kab. Bogor

No. Hp : 08159575414

Email : dewiandini343@gmail.com

Pendidikan :

2021	: S1 Keperawatan	Universitas Binawan
2024	: Profesi Ners	Universitas Nasional

