

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

a. Biodata

1) Identitas klien

- a) Nama/nama panggilan : An. M
- b) TTL/Usia : 21 Agustus 2019/2 tahun 10 bulan
- c) Jenis kelamin : Perempuan
- d) Agama : Islam
- e) Pendidikan : Belum sekolah
- f) Alamat : Jln. HKSN III
- g) Tanggal masuk : 4 Juli 2022, jam 12:52
- h) Tanggal pengkajian : 4 Juli 2022, jam 16:00
- i) Diagnosa medik : Gastroenteritis akut

2) Identitas orang tua/wali

a) Ayah/wali

- (1) Nama : Tn. I
- (2) Usia : 31 tahun
- (3) Pendidikan : S2
- (4) Pekerjaan/sumber penghasilan : Pedagang sembako/kios
- (5) Agama : Islam
- (6) Alamat : Jln. HKSN III

b) Ibu/wali

- (1) Nama : Ny. M
(2) Usia : 33 tahun
(3) Pendidikan : S1 Farmasi
(4) Pekerjaan/sumber penghasilan : IRT
(5) Agama : Islam
(6) Alamat : Jl. HKSNI III

3) Identitas saudara kandung

No	Nama	Usia	Hubungan	Status kesehatan
Klien belum memiliki saudara kandung/belum memiliki adik				

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama : Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair

Riwayat keluhan utama : Ibu klien mengatakan anaknya BAB cair sejak hari jum'at (± 4 hari yang lalu) dengan frekuensi 7x/hari, disertai ampas dan lendir, serta mual dan muntah setiap diberi makan.

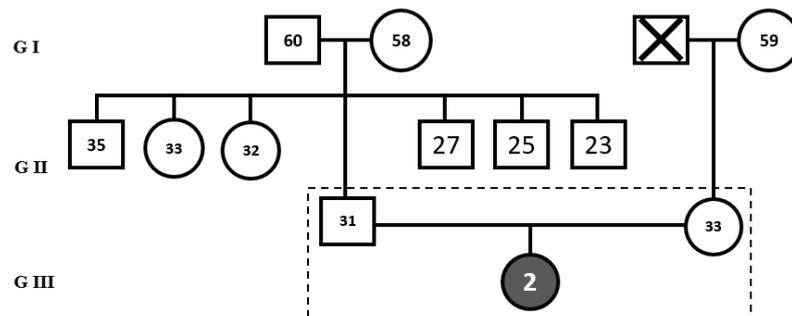
Keluhan pada saat pengkajian : Ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan, masih BAB cair disertai ampas, hari ini sudah BAB 5x, mual dan muntah 1x.

- 2) Riwayat kesehatan lalu (khusus untuk anak usia 0-5 tahun)
- a) Pre natal care
- (1) Keluhan selama hamil yang dirasakan oleh ibu : Ibu klien mengatakan keluhan hanya mual/ngidam saja dimasa awal kehamilan.
- (2) Imunisasi TT : ya. Ibu klien mengatakan sudah menerima imunisasi TT 2 kali.
- b) Natal
- (1) Jenis persalinan : Normal
- (2) Penolong persalinan : Bidan
- (3) Komplikasi yang dialami ibu pada saat melahirkan dan setelah melahirkan : Ibu mengatakan tidak ada komplikasi
- c) Post natal
- (1) Kondisi bayi : Ibu klien mengatakan bayi normal, menangis kencang saat lahir, APGAR : tidak dilakukan pemeriksaan (usia anak 2 tahun 10 bulan)
- (2) Anak pada saat lahir tidak mengalami : Ibu klien mengatakan tidak ada gangguan.
- (Untuk semua usia)
- Klien pernah mengalami penyakit : Ibu klien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami penyakit tertentu
- Pada usia : -
- Diberikan obat oleh : -

- Riwayat kecelakaan : Ibu klien mengatakan klien tidak pernah mengalami kecelakaan.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Genogram



Keterangan :

G I : Generasi I : Kakek dan nenek pasien

G II : Generasi II : Orang tua pasien

G III : Generasi III : Pasien

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

— : Garis pernikahan

| : Garis keturunan

----- : Garis serumah

② : Pasien

Pasien tinggal serumah bersama kedua orang tuanya, tidak ada penyakit menular dalam keluarga pasien, tidak ada penyakit degeneratif dalam keluarga pasien.

c. Riwayat imunisasi (imunisasi lengkap)

No	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Frek	Reaksi setelah pemberian
1	BCG	2 bulan	1 x	Membentuk abses 1-2 bulan
2	DPT (I, II, III)	2 bulan, 3 bulan, 4 bulan	3 x	Tidak ada reaksi abnormal, ibu klien mengatakan hanya sempat demam ringan sekitar 1 hari
3	Polio (I, II, III, IV)	Saat lahir, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan.	4 x	Tidak ada reaksi
4	Campak	Usia 9 bulan	1 x	Demam ringan sebentar, tidak rewel
5	Hepatitis	0 bulan, 2, 3, 4 bulan	4 x	Tidak ada reaksi

d. Riwayat tumbuh kembang

1) Pertumbuhan fisik

- a) Berat badan : 11 kg
- b) Tinggi badan : 91 cm
- c) Waktu tumbuh gigi : 7 bulan tumbuh pertama kali s/d 2 tahun 2 bulan sudah lengkap, belum ada gigi yang tanggal, jumlah gigi sekarang 20 buah.

2) Perkembangan tiap tahap

- a) Berguling : 5 bulan
- b) Duduk : 8 bulan
- c) Merangkak : 8 bulan
- d) Berdiri : 9 bulan

- e) Berjalan : 14 bulan
- f) Senyum kepada orang lain : 5 bulan
- g) Bicara pertama kali : 9 bulan
- h) Berpakaian tanpa bantuan : pasien belum dapat menggunakan pakaian sendiri tanpa bantuan, pasien masih dibantu orangtua saat berpakaian.

a. Riwayat nutrisi

- 1) Pemberian ASI : Ibu klien mengatakan ASI eksklusif diberikan sampai 6 bulan, dan dilanjutkan dengan ASI dengan MPASI sampai 2 tahun 2 bulan
- 2) Pemberian susu formula : ya, diberikan susu formula
 - a) Alasan pemberian : Ibu klien mengatakan karena sudah cukup umur
 - b) Jumlah pemberian : Ibu klien mengatakan anak diberi 4 botol dot susu dengan ukuran 120 ml, atau \pm 480 ml susu/hari.
 - c) Cara pemberian : susu diberikan menggunakan dot susu.

Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Usia	Jenis nutrisi	Lama pemberian
0-6 bulan	ASI	Selama 6 bulan
6-24 bulan	ASI dan MPASI (bubur instan dan kadang buat bubur sendiri)	Selama 18 bulan

24-sekarang	Susu formula, nasi, lauk pauk, biskuit/roti	Sejak 24 bulan hingga sekarang (sudah 10 bulan)
-------------	---	---

b. Riwayat psikososial

- Anak tinggal bersama : ibu pasien mengatakan anak tinggal bersama ibu dan ayahnya (tinggal bersama kedua orangtua)
- Lingkungan berada di : ibu pasien mengatakan lingkungan rumah berada di
- Rumah dekat dengan
- Kamar klien : kamar klien satu ruangan dengan orang tua klien
- Rumah ada tangga : ya, ada
- Hubungan antar anggota keluarga : ibu pasien mengatakan hubungan antar anggota keluarga baik, saling support dan menolong, rukun.
- Pengasuh anak : tidak ada pengasuh anak

c. Riwayat spiritual

- Support sistem dalam keluarga : baik, anggota keluarga saling membantu dan mendoakan
- Kegiatan keagamaan : klien beragama islam, ibu klien mengatakan anaknya belum menjalankan kewajiban, namun dibiasakan untuk ikut ketika orang tua sholat.

d. Aktivitas sehari-hari

1) Nutrisi

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Selera makan	Baik, klien mau makan	Ibu klien mengatakan klien tidak mau makan
Jenis makanan	Nasi dan lauk (sayur, ikan, telur dan sebagainya)	Bubur, biskuit
Porsi makan yang dihabiskan	1/2 (sendok nasi) dengan lauk	Bubur 1 sendok makan
Frekuensi makan	4 x/hari	1x/hari

2) Cairan

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Jenis minuman	Susu formula dan air mineral	Susu formula dan air mineral
Frekuensi minum	4-6 kali	4 kali
Kebutuhan cairan	600 ml	500 ml (cairan infus) + air mineral 20 ml
Cara pemenuhan	Minum susu dengan dot dan minum air mineral langsung dari gelas (per oral)	Melalui infus (intra vena) dan per oral/melalui mulut

3) Eliminasi (BAB/BAK)

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Tempat pembuangan	Langsung di toilet/jamban	Di pampers

Frekuensi (waktu)	1 x/hari	>5x/hari
Konsistensi	Normal, padat tidak keras dan tidak cair	Cair dan berampas
Kesulitan	Tidak ada kesulitan	Tidak kontrol pengeluaran
Obat pencahar	Tidak menggunakan obat pencahar	Tidak menggunakan obat pencahar

4) Istirahat tidur

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Jam tidur - Siang - Malam	10:00-11:00 20:00-06:00	12:30-13:40 22:00-06:00
Pola tidur	Normal	Berubah, terbangun di malam hari 1-2x
Kebiasaan sebelum tidur	Menonton/main Hp, mencuci tangan kaki	Menonton video di handphone
Kesulitan tidur	Tidak ada kesulitan	Ada kesulitan, klien rewel menjelang tidur dan harus digendong-gendong

5) Olahraga

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Program olahraga	Tidak ada program olahraga yang diikuti, hanya aktivitas fisik sehari-hari, seperti bermain	Tidak ada program olahraga yang diikuti, klien <i>bedrest</i>

Jenis dan frekuensi	Tidak mengikuti program olahraga	Tidak mengikuti program olahraga
Kondisi setelah olahraga	Tidak mengikuti program olahraga	Tidak mengikuti program olahraga

6) Personal hygiene

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Mandi - Cara - Frekuensi - Alat mandi	Ya, mandi Mandi dengan air dan sabun 2 x/hari Sabun, air, handuk	Tidak mandi Dilap menggunakan tissue basah 2x/hari (pagi dan malam sebelum tidur) Tissue basah, handuk
Cuci rambut - Frekuensi - Cara	Ya, cuci rambut 1x/hari Keramas	Tidak cuci rambut Tidak dilakukan Tidak dilakukan
Gunting kuku - Frekuensi - Cara	Ya, gunting kuku 2x/minggu Diguntingkan oleh orangtua klien	Tidak, karena kuku masih pendek Belum digunting Belum digunting
Gosok gigi - Frekuensi - Cara	Ya, gosok gigi 2x/hari Dibantu oleh orangtua klien	Belum gosok gigi Belum ada Belum dilakukan

7) Aktivitas/mobilitas fisik

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Kegiatan sehari-hari	Bermain dan melakukan aktivitas fisik lainnya	Istirahat/bedrest sambil main handphone
Pengaturan jadwal harian	Tidak ada jadwal harian tertentu	Tidak ada jadwal harian tertentu
Penggunaan alat bantu aktivitas	Tidak menggunakan alat bantu aktivitas	Tidak menggunakan alat bantu aktivitas
Kesulitan pergerakan tubuh	Tidak ada kesulitan	Pergerakan sedikit terbtas karena ada infus yang terpasang

8) Rekreasi

Kondisi	Sebelum sakit	Setelah sakit
Perasaan saat sekolah	Klien belum sekolah	Klien belum sekolah
Waktu luang	Setelah bangun tidur hingga akan tidur kembali	Setelah bangun tidur hingga akan tidur kembali
Perasaan setelah rekreasi	Klien senang	Klien tidak rekreasi
Waktu senggang keluarga	Setiap hari terutama malam hari	Dimalam hari
Kegiatan hari libur	Bermain dirumah atau berkunjung kerumah keluarga	Tidak ada kegiatan, klien istirahat di ruang rawat

i. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : Klien nampak lemas, terpasang infus NaCl 0,9% 15 tpm ditangan kanan

2) Kesadaran : Composmentis, E6E5V4

3) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah : -

b) Denyut nadi : 120x/menit

c) Suhu : 36,3°C

d) Pernafasan : 24x/menit

4) Antropometri : Berat badan 11 kg, tinggi badan 91 cm, lingkar lengan atas 12 cm, lingkar perut 47 cm.

5) Kepala

Inspeksi

Keadaan rambut dan *hygiene* kepala

a) Warna rambut : hitam

b) Penyebaran : baik, distribusi rambut normal

c) Mudah rontok : rambut tidak mudah rontok

d) Kebersihan rambut: rambut nampak bersih

Palpasi

Benjolan : tidak teraba adanya benjolan

Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan

Tekstur rambut : lembut

6) Muka

Inspeksi

- a) Simetris/tidak : nampak simetris kanan dan kiri
- b) Bentuk wajah : nampak oval
- c) Gerakan abnormal : tidak ada gerakan abnormal
- d) Ekspresi wajah : datar, namun jika sedang berinteraksi ekspresi sesuai

Palpasi : Nyeri tekan/tidak : tidak ada nyeri tekan

7) Mata

Inspeksi

- a) Pelpebra : nampak tidak ada edema dan tidak radang
- b) Sclera : nampak non ikterik
- c) Conjungtiva : nampak non anemis dan tidak radang
- d) Pupil : nampak isokor, pupil kanan kiri sama besar, myosis ketika diberi rangsangan cahaya
- e) Posisi mata : posisi mata normal, nampak simetris
- f) Gerakan bola mata : nampak normal (bisa melihat ke arah adduksi, abduksi, elevasi, depresi)
- g) Penutupan kelopak mata : klien dapat menutup kelopak mata
- h) Keadaan bulu mata : bulu mata nampak bersih
- i) Keadaan visus : klien nampak dapat melihat normal
- j) Penglihatan : tidak kabur, tidak diplopia

Palpasi : Tekanan bola mata : tidak ada nyeri tekan

8) Hidung dan sinus

Inspeksi

- a) Posisi hidung : nampak normal, simetris kanan kiri

- b) Bentuk hidung : normal, tidak ada kelainan
- c) Keadaan septum: normal, nampak terletak ditengah memisahkan bagian kira kanan hidung dengan ukuran sama
- d) Sekret/cairan : nampak tidak ada sekret, cairan/ingus
- e) Data lain : tidak ada polip, tidak ada luka

9) Telinga

Inspeksi

- a) Posisi telinga : nampak normal simetris kanan kiri
- b) Ukuran/bentuk telinga : normal/bentuk *attached lobe*
- c) Aurikel : nampak normal membuka kebelakang
- d) Lubang telinga : nampak normal dan bersih
- e) Pemakaian alat bantu : tidak menggunakan alat bantu

Palpasi : Nyeri tekan/tidak : tidak ada nyeri tekan

Pemeriksaan uji pendengaran

- a) Rinne : normal
- b) Weber : normal
- c) Swabach : normal

Pemeriksaan vestibular : normal

10) Mulut

Inspeksi

- a) Gigi
 - Keadaan gigi : nampak rapih
 - Karang gigi/karies : nampak ada sedikit karang gigi
 - Pemakaian gigi palsu: tidak ada

b) Gusi

Merah/radang/tidak : gusi nampak merah muda, tidak radang

c) Lidah

Kotor/tidak : nampak merah muda, tidak kotor

d) Bibir

- Snianosis/pucat/tidak : bibir nampak merah muda
- Basah/kering/pecah : nampak kering
- Mulut berbau/tidak : mulut berbau
- Kemampuan bicara : klien mampu bicara sesuai tahap usia, pengucapan belum terlalu jelas namun dapat dimengerti

11) Tenggorokan

- a) Warna mukosa : nampak merah muda
- b) Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan
- c) Nyeri menelan : klien nampak menggeleng ketika ditanya (tidak ada nyeri menelan)

12) Leher

Inspeksi : Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Palpasi

- a) Kelenjar tiroid : tidak teraba
- b) Kaku kuduk/tidak : tidak ada kaku kuduk
- c) Kelenjar limfe : tidak ada pembesaran kelenjar limfe

13) Thorax dan pernafasan

- a) Bentuk dada : nampak normal

- b) Irama pernafasan : normal, inspirasi dan ekspirasi dengan frekuensi yang sama
- c) Pengembangan diwaktu pernafasan : nampak pengembangan dada simetris dan sesuai
- d) Tipe pernafasan : eupnoe/normal, 24x/menit

Palpasi

- a) Vokal kremitus : normal, terasa getaran pada punggung
- b) Massa/nyeri : tidak teraba massa, tidak ada nyeri

Auskultasi

- a) Suara nafas bronkovesikuler : suara nafas vesikuler
- b) Suara tambahan : tidak ada suara tambahan

Perkusi : sonor dan pekak

14) Jantung

Palpasi: Ictus cordis : tidak teraba

Perkusi : Pembesaran jantung : tidak ada pembesaran jantung, batasi-batas jantung normal

Auskultasi

- a) BJ I : normal “lup”
- b) BJ II : normal “dup”
- c) BJ III : samar
- d) Bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan

15) Abdomen

Inspeksi

- a) Membuncit : nampak tidak membuncit

b) Ada luka/tidak : nampak tidak ada luka

Palpasi

a) Hepar : tidak ada pembesaran hepar

b) Lien : tidak ada pembesaran limpa

c) Nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi: Peristaltik : 35x/menit (hiperperistaltik)

Perkusi

a) Timpani : pada abdomen kiri

b) Redup : ditemukan bunyi redup pada bagian hepar

16) Genitalia dan anus : normal, tidak ada keluhan

17) Ekstremitas

Ekstremitas atas : nampak terpasang infus pada tangan kanan

a) Motorik

- Pergerakan kanan/kiri : normal

- Pergerakan abnormal : tidak ada pergerakan abnormal

- Kekuatan otot kanan/kiri : 5/5

- Tonus otot kanan/kiri : normal, kontraksi dan relaksasi sesuai gerakan yang dilakukan

- Koordinasi gerak : nampak normal

b) Refleks

- Biceps kanan/kiri : normal

- Triceps kanan/kiri : normal

c) Sensori

- Nyeri : klien merasakan nyeri

- Rangsangan suhu : klien merasakan suhu dingin/panas
- Rasa raba : ada/terasa ketika diberi sentuhan/rabaan

Ekstremitas bawah

a) Motorik

- Gaya berjalan : nampak normal
- Kekuatan otot kanan/kiri : 5/5
- Tonus otot kanan/kiri : normal

b) Refleks

- KPR kanan/kiri : ekstensi/ekstensi
- APR kanan/kiri : plantar fleksi/ plantar fleksi
- Babinsky kanan/kiri : negatif/negatif

c) Sensori

- Nyeri : klien merasakan nyer bila diberi rangsangan
- Rangsangan suhu : klien merasakan dingin dan panas
- Rasa raba : klien merasakan raba/sentuhan perawat

18) Status neurologis

Saraf-saraf cranial

- a) Nervus I (olfactorius) : penghidu : baik, bisa mencium bau
- b) Nervus II (opticus) : penglihatan : ketajaman penglihatan baik, lapang pandang baik, melihat warna dengan baik
- c) Nervus III, IV, VI (oculomotoris, trochlearis, abducens)

- Kontriksi pupil : pupil berkontraksi sesuai rangsangan cahaya
- Gerakan kelopak mata : nampak normal
- Pergerakan bola mata : nampak baik, pergerakan keatas, ke bawah
- Pergerakan mata ke arah bawah dan dalam : nampak baik, klien bisa menggerakkan mata kearah bawah dan dalam

d) Nervus V (Trigeminus)

- Sensibilitas/sensori : normal, dapat menggerakkan leher
- Refleks dagu : dapat membuka mulut/rahang
- Refleks cornea : berkedip ketika diberi rangsangan

e) Nervus VII (facialis)

- Gerakan mimik : sesuai, mampu tersenyum, mampu mengernyitkan dahi
- Pengecapan 2/3 lidah bagian depan : baik

f) Nervus VIII (acusticus)

Fungsi pendengaran : baik, klien mampu mendengar dengan jelas

g) Nervus IX dan X (Glosopharingeus dan Vagus)

- Refleks menelan : normal
- Refleks muntah : normal
- Pengecapan 1/3 lidah bagian belakang : baik
- Suara : normal

h) Nervus XI (Assesorius)

- Memalingkan kepala ke kiri dan kanan : klien mampu memalingkan kepala ke kiri dan kanan
- Mengangkat bahu : klien mampu mengangkat bahu

i) Nervus XII (Hypoglossus)

Deviasi lidah : klien menjulurkan lidah dan tidak ada deviasi kearah tertentu

Tanda-tanda perangsangan otak

- a) Kaku kuduk : negatif, tidak kaku kuduk
- b) Kernig sign : negatif, tidak ada tanda kernig
- c) Refleks brudzinski : negatif
- d) Refleks lasegu : tidak ada

j. Pemeriksaan tingkat perkembangan

Dengan menggunakan DDST

- 1) Motorik kasar : klien mampu berjalan mundur, berlari, melompat, melempar bola
- 2) Motorik halus : klien dapat menyusun benda secara vertikal, mampu membuka lembar buku
- 3) Bahasa : klien mampu menggunakan beberapa kata secara teratur, walaupun pengucapannya belum terlalu jelas namun dapat dimengerti.
- 4) Personal sosial : klien nampak ingin segera mengambil handphone ketika sedang digunakan dan mengatakan “sini mau nonton”, tidak mau berbagi terlalu lama

k. Tes diagnostik

Hasil pemeriksaan laboratorium An.M

Nama pasien : An.M Tgl Pemeriksaan : 4/7/2022
 No. RM : 047584 Jam Pemeriksaan : 13:29

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Ket
WBC	5,6	x10...UL	4,0-12	
Lymp#	1,5	x10...UL	0,8-4,0	
Midh#	0,4	x10...UL	0,1-1,2	
Grand#	3,7	x10...UL	2,0-7,0	
Lymp%	27,6	%	20,0-40,0	
Midh%	7,3	%	3,0-14,0	
Grand%	65,1	%	50,0-70,0	
HGB	11,9	g/dL	11-16	
RBC	4,40	x10...UL	4,20-5,50	
HCT	34,1	%	37,0-43,0	L
MCV	77,6	fL	80,0-100,0	L
MCH	27,0	Pg	27,0-34,0	
MCHC	34,8	g/dL	32,0-36,0	
RDW-CV	13,6	%	11,0-16,0	
RDWW-SD	37,2	fL	35,0-56,0	
PLT	288	x10...UL	150-400	
MPV	8,6	fL	6,5-12	
PDW	14,6		9,0-17,0	
PCT	0,247	%	0,108-0,282	
Swab antigen	Negative		Negative	

l. Terapi saat ini (ditulis dengan rinci)

Senin, 4 Juli 2022

- | | | |
|------------------------|-------------|-----------|
| 1) Infus NaCl 0,9% | 15 tpm | intravena |
| 2) Injeksi ondancetron | 2 mg/12 jam | intravena |
| 3) L-Bio | 2x1 | per oral |
| 4) Zink syrup | 1x1 | per oral |

m. Status nutrisi berdasarkan Indeks Massa Tubuh/Umur (IMT/U)

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB (m}^2\text{)}} = \frac{11 \text{ kg}}{(9.1) \text{ m} \times (9.1) \text{ m}} = \frac{11}{82.81} = 13.3 \text{ kg/m}^2$$

Hasil perhitungan diatas menunjukkan bahwa IMT An.M adalah 13,3 kg/m², dan diketahui umur An. M adalah 2 tahun 10 bulan atau 34 bulan. Berdasarkan tabel Standar IMT/U anak perempuan umur 0-60 bulan, maka An.M berada pada ambang Z-score -2 SD, yang artinya kategori statusnya adalah gizi baik (normal).

DATA FOKUS

Nama pasien : An.M Diagnosa Medis : Gastroenteris Akut
No. RM : 047584 Ruangan : Mina 6

Tabel 1 Data fokus

No	Data Subjektif	Data Objektif
1	<ul style="list-style-type: none">- Ibu klien mengatakan klien BAB sudah 5x/hari, dengan feses cair dan berampas- Ibu klien mengatakan klien muntah 1x- Ibu klien mengatakan klien susah makan, ketika masuk makanan akan muntah	<ul style="list-style-type: none">- Klien nampak defekasi 1x saat pengkajian berlangsung dengan feses cair disertai ampas, warna feses kehitaman- TTV : N : 120 x/menit, S:36°C, RR: 24x/menit, SpO2 ; 99%- Hasil pemeriksaan fisik : CRT 1 detik, turgor kulit kembali <1 detik, bibir nampak kering, peristaltik usus 35x/menit (hiperperistaltik)- Klien diare- Hasil pemeriksaan laboratorium : HCT 34,1 % dan MCV 77,6 fL (rendah)- Klien nampak menolak ketika disuap- BB sebelum sakit 12 kg, BB setelah sakit 11 Kg, TB 91 cm, LILA 12 cm, LP 47 cm

ANALISA DATA

Nama pasien : An.M Diagnosa Medis : Gastroenteris Akut
 No. RM : 047584 Ruangan : Mina 6

Tabel 2 Analisa data

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah kep.
1	Data subjektif : - Ibu klien mengatakan klien BAB sudah 5x/hari, dengan feses cair dan berampas Data Objektif : - Klien nampak defekasi 1x saat pengkajian berlangsung dengan feses cair disertai ampas, warna feses kehitaman - TTV : N : 120 x/menit, S:36°C, RR: 24x/menit, SpO2 ; 99% - Hasil pemeriksaan fisik : CRT 1 detik, turgor kulit kembali <1 detik, bibir nampak kering, peristaltik usus 35x/menit (hiperperistaltik)	Bakteri ↓ Masuk saluran cerna ↓ Reaksi inflamasi ↓ Peningkatan sekresi cairan ↓ Isi rongga usus meningkat ↓ Diare	Diare
2	Data subjektif : - Ibu klien mengatakan klien muntah 1x - Ibu klien mengatakan klien susah makan, ketika masuk makanan akan muntah	Diare ↓ Hiperperistaltik usus	Risiko defisit nutrisi

<p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien diare - TTV : N : 120 x/menit, S:36°C, RR: 24x/menit, SpO2 ; 99% - Hasil pemeriksaan laboratorium : HCT 34,1 % dan MCV 77,6 fL (rendah) - Klien nampak menolak ketika disuap - BB sebelum sakit 12 kg, BB setelah sakit 11 Kg, TB 91 cm, LILA 12 cm, LP 47 cm 	<p>↓</p> <p>Malabsorpsi nutrien</p> <p>↓</p> <p>Output meningkat (BAB5x/hari, muntah 1x)</p> <p>↓</p> <p>Tidak nafsu makan</p> <p>↓</p> <p>Asupan nutrisi tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Risiko defisit nutrisi</p>	
--	--	--

2. Diagnosa keperawatan

Tabel 3 Diagnosa keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (berdasarkan prioritas masalah)	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi	Paraf dan nama jelas perawat
1	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal dibuktikan dengan defekasi	4/7/2022	6/7/2022	

	5x/hari, feses cair disertai ampas, frekuensi usus 35x/menit			Rahmah Prahesti
2	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan keidakmampuan mengabsorbsi nutrien, keengganan untuk makan	4/7/2022	6/7/2022	Rahmah Prahesti

3. Perencanaan keperawatan

Tabel 4 Perencanaan keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Rencana tindakan	
		Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
1	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal dibuktikan dengan defekasi 5x/hari, feses cair disertai ampas, urgency, peristaltik usus 35x/menit.	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Konsistensi feses dari memburuk menjadi membaik 2) Frekuensi defekasi dari memburuk menjadi membaik 	<p>Manajemen diare</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab diare 2) Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Berikan asupan cairan oral (mis. larutan gula garam, oralit) 4) Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap <p>Kolaborasi</p>

			6) Kolaborasi pemberian obat
2	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1) Porsi makan yang dihabiskan dari menurun menjadi meningkat 2) Frekuensi makan dari memburuk menjadi membaik 3) Nafsu makan dari memburuk menjadi membaik	Manajemen nutrisi Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 3) Monitor asupan makan Terapeutik 4) Berikan makanan tinggi kalori dan protein 5) Berikan suplemen makanan jika perlu Edukasi 6) Anjurkan duduk jika mampu Kolaborasi 7) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. antiemetik), jika perlu 8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl/ Jam	Impelementasi keperawatan	Jam	Evaluasi keperawatan
1. Diare	Senin, 4/7/2022 16:10 16:45 16:15	<p>Manajemen diare</p> <p>Observasi</p> <p>1) Mengidentifikasi penyebab diare Hasil : ibu klien mengatakan kurang tau penyebab diare, karena diare tiba-tiba</p> <p>2) Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : nampak warna feses coklat gelap, ±10 ml, sejak subuh hingga saat ini sudah 6x BAB, konsistensi cair dengan sedikit ampas</p> <p>Terapeutik</p> <p>3) Memberikan asupan cairan oral (mis. larutan gula garam, oralit)</p>	20:00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. M masih BAB cair, sejak tadi sudah BAB 3 kali <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien minta cebok setiap feses keluar/merasakan BAB - Klien nampak lemas dan rewel - Klien nampak BAB 3 kali sejak 4 jam yang lalu, konsistensi cair dengan ampas, warna feses coklat

	16:20	<p>Hasil : peneliti memberi cairan berupa air mineral, habis ±60 ml</p> <p>4) Memberikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat)</p> <p>Hasil : terpasang cairan NaCl 0,9% pada tangan kanan, sudah masuk 200 ml, peneliti memperbaiki aliran infus yang terhenti dan mengatur kembali tetesan infus sesuai program terapi yaitu 15 tpm</p> <p>Edukasi</p>		<p>gelap, jumlahnya ±10-20 ml setiap BAB</p> <p>- Ibu klien nampak mengganti popok klien</p> <p>A : Diare, masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 2, 4, 5, 6 dilanjutkan</p>
	16:23	<p>5) Mengajarkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>Hasil : peneliti menganjurkan kepada ibu klien dan nenek klien untuk memberi klien makan dengan porsi sedikit tapi sering secara bertahap (1 sendok bubur/30 menit, selama 4 jam /selama jam makan pagi) kemudian selanjutnya menyuap klien dengan menu makan siang yaitu nasi padat, sayur dan ikan (1 sendok/30 menit, selama 4 jam/selama jam makan siang) sesuai dengan kemauan/<i>mood</i> klien</p>		

		Kolaborasi 6) Berkolaborasi memberikan obat Hasil : An.M telah diberi obat L-Bio 1 gr per oral di IGD. Peneliti memonitor riwayat pemberiannya.		
2. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan keidakmampuan mengabsorbir nutrisi	Senin, 4/7/2022 16: 45 16:00 16:25	Manajemen nutrisi Observasi 1) Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : peneliti melakukan pengukuran status gizi berdasarkan IMT/U, hasilnya IMT 13,3 kg/m ² umur 34 bulan, Z-score -2 SD artinya An.M memiliki kategori gizi normal. 2) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Hasil : peneliti memonitor hasil pemeriksaan lab dengan temuan hasil abnormal yaitu HCT 34,1 % dan MCV 77,6 fL (rendah/dibawah rentang normal) 3) Monitor asupan makan Hasil : ibu klien mengatakan anaknya sejak masuk rumah sakit, baru makan ½ sendok bubur Terapeutik	20:00	S : - Ibu klien mengatakan anaknya masih susah makan, sejak tadi hanya makan biskuit gabing 1 buah, klien masih mual-mual ketika disuap O : - Klien nampak malas makan - Frekuensi makan <3 kali/8 jam (kurang) - Porsi makan yang dihabiskan <1/4 porsi (kurang)

	14:15	4) Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : Peneliti membujuk pasien untuk makan, dan mencoba menyuapi klien dengan makanan yang disediakan oleh ahli gizi yaitu nasi, sayur kentang wortel dan ikan, namun pasien belum mau makan		A : Risiko defisit nutrisi/masalah belum teratasi
	12:58	5) Memberikan suplemen makanan, jika perlu Hasil : perawat ruangan telah memberikan suplemen zink sirup 1 cth/5 ml. Peneliti memonitor jadwal pemberian. Edukasi		P : intervensi 3,4,5,7 dilanjutkan
	14:10	6) Menganjurkan duduk, jika pasien mampu Hasil : peneliti menjelaskan kepada ibu agar An.M duduk jika makan, untuk mencegah mual Kolaborasi		
	12:55	7) Berkolaborasi memberikan medikasi sebelum makan (mis. antiemetik), jika perlu		

	17:46	<p>Hasil : injeksi ondancetron 2 mg telah diberikan oleh perawat IGD. Peneliti memonitor jadwal dan reaksi pemberian obat terhadap klien</p> <p>8) Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p> <p>Hasil : peneliti menanyakan jumlah kalori yang dibutuhkan An.M yaitu 1000 kkal/hari dengan jenis nutrient karbohidrat, protein, mineral, vitamin. Jenis makanan yang diberikan yaitu nasi bubur tim 1 mangkok, ½ telur rebus dipagi hari, dan makanan padat berupa nasi, sayur, ikan disore hari.</p>		
1. Diare	Selasa, 5/7/2022 08:10	<p>Manajemen diare</p> <p>Observasi</p> <p>2) Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p>	14:20	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An.M BABnya sudah berkurang, BAB berupa air dengan ampas, sebanyak 3 kali

	08:15	<p>Hasil : klien BAB, saat diperiksa pada popok terdapat dengan konsistensi seperti air keruh disertai sedikit ampas, 1 kali, ± 5ml</p>		<p>sejak malam (tadi malam 1 kali tadi siang 2 kali)</p>
		<p>Terapeutik</p> <p>4) Memberikan cairan intravena</p>		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien membaik, tidak rewel - Klien nampak BAB 2 kali saat monitoring/observasi
	08:16	<p>Hasil : terpasang cairan NaCl 0,9% pada tangan kanan, peneliti memonitor kembali tetesan infus sesuai program terapi yaitu 15 tpm, sudah masuk 300 ml</p>		<p>A : Diare/masalah belum teratasi</p>
		<p>Edukasi</p> <p>5) Mengajarkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>Hasil : peneliti menganjurkan kepada ibu klien dan nenek klien untuk memberi klien makan dengan porsi sedikit tapi sering secara bertahap (1 sendok atau lebih bubur/30 menit, selama 4 jam /selama jam makan pagi) sesuai dengan kemauan/<i>mood</i> klien</p>		<p>P : intervensi 2,4,5,6 dilanjutkan</p>
	08: 00	<p>Kolaborasi</p> <p>6) Berkolaborasi memberikan obat</p>		

		Hasil : Peneliti menyiapkan L-Bio 1 gr pada klien dengan mencampurnya pada ± 15 ml air mineral kemudian diberikan pada keluarga klien untuk diminumkan.		
2. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan keidakmampuan mengabsorbir nutrisi	Selasa, 5/7/2022 08:45 08:48 08:50	Manajemen nutrisi Observasi 3) Monitor asupan makan Hasil : nenek klien mengatakan klien baru makan ½ sendok makan bubur. Terapeutik 4) Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : Peneliti menyuapi pasien dengan makanan yang disediakan oleh ahli gizi yaitu bubur nasi dan telur rebus, pasien mau makan dan habis 1 sendok bubur dan 1/4 telur rebus 5) Memberikan suplemen makanan, jika perlu Hasil : peneliti memberikan zink 1 cth/5 ml pada klien.	14:20	S : - Ibu klien mengatakan anaknya masih malas makan, tapi sudah mendingan siang ini sudah makan 2 sendok bubur+ ½ telur rebus dan 1 biskuit (gabing), sudah tidak mual dan muntah O : - Selama memonitor ±8 jam klien nampak mau makan/membuka mulut beberapa kali ketika disuap

	12:00	<p>Kolaborasi</p> <p>7) Berkolaborasi memberikan medikasi sebelum makan (mis. antiemetik), jika perlu</p> <p>Hasil : injeksi ondancetron 2 mg telah diberikan oleh perawat ruangan. Peneliti memonitor jadwal dan reaksi pemberian obat terhadap klien.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi makan >3 kali, dengan porsi yang dihabiskan sedikit (masih kurang) - Tidak mual muntah <p>A : Risiko defisit nutrisi/ masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 3 dan 5 dilanjutkan</p>
1.Diare	<p>Rabu, 6/7/2022</p> <p>14:00</p> <p>14:15</p>	<p>Manajemen diare</p> <p>Observasi</p> <p>2) Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil : klien belum BAB saat observasi, ibu klien mengatakan tadi malam BAB air dan ampas 1 kali, hanya sedikit</p> <p>Terapeutik</p> <p>4) Memberikan cairan intravena</p>	21:00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. M sudah tidak BAB - Ibu klien mengatakan memahami tentang penyakit gastroenteritis akut dan cara pencegahan serta penanganannya <p>O :</p>

	19:30	<p>Hasil : terpasang cairan ringer laktat pada tangan kanan, peneliti memonitor kembali tetesan infus sesuai program terapi yaitu 15 tpm, sudah masuk 100 ml</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Mengajarkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien membaik, anak nampak tidak rewel dan sedang menonton handphone, ketika diajak berinteraksi klien nampak tersenyum dan tertawa
	18:00	<p>Hasil : peneliti melakukan penyuluhan kesehatan atau dalam tingkat keluarga disebut konseling kesehatan dengan judul “kenali gastroenteritis akut dan cara pencegahan serta penanganannya”</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6) Berkolaborasi memberikan obat</p> <p>Hasil :</p> <p>Peneliti melayani L-Bio 1 gr pada klien, dilarutkan pada air minum, klien mau meminum obat</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Saat kunjungan ±8 jam klien sudah tidak BAB, popok kering - Ibu klien dapat menjawab pertanyaan saat post test <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
2. Risiko defisit nutrisi	Rabu, 6/7/2022 14:35	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <p>3) Monitor asupan makan</p>	21:00	S :

<p>dibuktikan dengan keidakmampuan mengabsorbir nutrisi</p>	<p>18:00</p>	<p>Hasil : nenek klien mengatakan klien sudah makan 2 sendok bubur dan ½ telur rebus.</p> <p>Terapeutik</p> <p>5) Memberikan suplemen makanan, jika perlu Hasil : klien telah diberi zink 5 ml oleh perawat ruangan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya mau makan walaupun sedikit-sedikit ±8x, siang ini sudah makan 2 sendok bubur dan ½ telur rebus, 2 sendok nasi, dan biskuit (gabing) 3 buah. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien membaik, klien nampak mau makan ketika disuap/nafsu makan meningkat - Frekuensi makan >3 kali - Porsi makan bertambah <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
---	--------------	---	---

B. Pembahasan

Pembahasan dalam penelitian ini sesuai dengan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Pembahasan dilakukan sehingga dapat diketahui adanya kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dalam kasus nyata. Selain itu, dapat diketahui juga faktor penghambat dan pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada An. M dengan diagnosa medis gastroenteritis akut.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan secara sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (I. M. Sari, 2019). Berdasarkan tinjauan teori, data yang diperoleh pada pasien gastroenteritis akut adalah adanya gejala diare dengan atau tanpa disertai muntah, dan sering kali disertai peningkatan suhu tubuh, yang berlangsung selama kurang dari 14 hari (Usman, 2019). Diare adalah suatu keadaan dimana terjadi pola perubahan BAB lebih dari biasanya (>3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja lebih encer atau berair dengan atau tanpa darah dan tanpa lendir (Aditama & Dwi, 2021). Anak dengan gastroenteritis akut akan mengalami anoreksia (kurang nafsu makan) yang dapat mengurangi asupan gizi pasien, serta kurangnya daya serap usus terhadap nutrisi/zat gizi (Yuniarti, 2018).

Peneliti melakukan pengkajian dengan melakukan pendekatan kepada klien, keluarga dan tenaga kesehatan. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi

dokumentasi pada buku status pasien, baik catatan perawatan maupun catatan medis.

Pengkajian dilakukan oleh peneliti pada An. M dengan diagnosa medis gastroenteritis akut. An.M diantar oleh kedua orang tuanya ke RSUD Aliyah 2 Kota Kendari pada tanggal 4 Juli, jam 12:52. Pengkajian dilakukan pada hari yang sama jam 16:00 di Ruang Mina 6. Klien berjenis kelamin perempuan, usia 2 tahun 10 bulan, beragama islam, alamat Jl. HKSN III Kota Kendari. Selaku penanggungjawab klien adalah ibu klien yaitu Ny. M berusia 33 tahun, bekerja sebagai ibu rumah tangga. Peneliti memperoleh data riwayat kesehatan pasien yaitu ibu klien mengatakan anaknya BAB cair sejak hari jum'at (± 4 hari yang lalu) dengan frekuensi 7x/hari, disertai ampas dan lendir, serta mual dan muntah setiap diberi makan. Pada saat pengkajian, ditemukan data ibu klien mengatakan anaknya/klien masih BAB cair disertai ampas, hari ini sudah BAB 5x, mual dan muntah 1x dan klien tidak mau makan, setiap kali diberi makan mual.

Data objektif yang diperoleh yaitu berdasarkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital, denyut nadi klien 120x/menit, suhu 36,3°C, pernafasan 24x/menit, dan SpO₂ 99%. Berdasarkan pemeriksaan antropometri ditemukan bahwa tinggi badan 91 cm, berat badan 11 kg, IMT/U : 13,3 kg/m² dengan *Z-score* -2 SD yang berarti status gizi pasien termasuk dalam kategori gizi baik (normal). Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik diperoleh data *Capillary Refill Time (CRT)* 1 detik, turgor kulit <1 detik, frekuensi usus 35x/menit. Sedangkan untuk hasil pemeriksaan laboratorium diperoleh adanya data abnormal yaitu HCT (Hematokrit) 34,1 % dan MCV (*Mean*

Corpus Volume) 77,6 fL, dimana hasil tersebut dinyatakan rendah atau dibawah nilai normal. Klien nampak lemas dan rewel apalagi dimalam hari.

Adanya perbedaan antara teori dan laporan kasus disebabkan karena tiap manusia memiliki respon yang berbeda terhadap suatu penyakit, dan data yang diperoleh peneliti juga merupakan data awal, sehingga data yang ada pada teori belum tentu ada pada kasus.

2. Diagnosa keperawatan

Pasien gastroenteritis akut dapat mengalami diare dan risiko defisit nutrisi disebabkan oleh adanya masalah pada gastrointestinal yang mempengaruhi intake makanan, pencernaan, dan absorpsi (Aditama & Dwi, 2021).

Data yang diperoleh dari tahap pengkajian, ditemukan 2 diagnosa utama yang ditegakkan oleh peneliti pada pasien An. M yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal dibuktikan dengan defekasi 5x/hari, feses cair disertai ampas, frekuensi usus 35x/menit dan risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien, keengganan untuk makan. Berdasarkan uraian tersebut maka tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasari pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luara (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan, peneliti memilih 2 label intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah

keperawatan. Untuk diagnosa keperawatan diare intervensinya yaitu manajemen diare dengan tindakan antara lain (1) Identifikasi penyebab diare (2) Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, (3) Berikan asupan cairan oral, (4) Berikan cairan intravena, (5) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap dan (6) kolaborasi pemberian obat. Luaran keperawatan yang diharapkan yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil konsistensi feses dan frekuensi defekasi membaik.

Sedangkan untuk diagnosa risiko defisit nutrisi peneliti melakukan intervensi manajemen nutrisi dengan tindakan berupa (1) Identifikasi status nutrisi, (2) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, (3) Monitor asupan makan, (4) Berikan makanan tinggi kalori dan protein, (5) Berikan suplemen makanan jika perlu (6) Anjurkan duduk jika mampu, (7) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. antiemetik), jika perlu dan (8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan. Luaran keperawatan yang hendak dicapai yaitu setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam status nutrisi membaik dengan kriteria hasil terjadi peningkatan porsi makan yang dihabiskan, frekuensi makan dan nafsu makan.

Tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan laporan kasus terkait intervensi keperawatan untuk diagnosa diare dan risiko defisit nutrisi.

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap implementasi peneliti melaksanakan intervensi keperawatan yang telah dirumuskan sebelumnya untuk mencapai tujuan atau luaran keperawatan. Saat pelaksanaan tindakan, penulis menyesuaikan kondisi pasien, sarana dan prasarana yang ada di ruang perawatan, serta bekerjasama dengan pasien dan keluarga. Implementasi dilaksanakan selama 3 hari yaitu tanggal 4 sampai 6 Juli 2022, dengan tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Manajemen diare sebagai intervensi diagnosa diare

Peneliti mengidentifikasi penyebab diare, memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja dengan hasil nampak feses coklat gelap, ± 10 ml, sejak subuh hingga saat ini sudah 6x BAB, konsistensi cair dengan sedikit ampas, memberikan asupan cairan berupa air mineral, habis ± 60 ml, memberikan cairan intravena 1000 ml NaCl 0,9% dan 500 ml ringer laktat, mengajurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap berupa 1 sendok bubur/30 menit, selama 4 jam /selama jam makan pagi kemudian selanjutnya menyuap klien dengan menu makan siang yaitu nasi padat, sayur dan ikan (1 sendok/30 menit, selama 4 jam/selama jam makan siang) sesuai dengan kemauan/*mood* klien diselingi dengan makanan tambahan seperti biskuit, dan berkolaborasi memberikan obat L-Bio 1 gr per oral 2x1.

b. Manajemen nutrisi sebagai intervensi diagnosa risiko defisit nutrisi

Peneliti mengidentifikasi status nutrisi klien hasilnya IMT 13,3 kg/m² umur 34 bulan, Z-score -2 SD artinya An.M memiliki kategori gizi

normal, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, hasilnya HCT 34,1 % dan MCV 77,6 fL (rendah/dibawah rentang normal), memonitor asupan makan dimana klien sejak masuk rumah sakit baru makan ½ sendok bubur, memberikan makanan tinggi kalori dan protein dengan cara membujuk pasien untuk makan, dan mencoba menyuapi klien dengan makanan yang disediakan oleh ahli gizi yaitu bubur nasi dan telur rebus saat sarapan serta nasi, sayur kentang wortel dan ikan saat makan siang, memberikan suplemen makanan zink sirup 1 cth/5 ml, menganjurkan duduk jika makan, untuk mencegah mual dan memonitor pemberian injeksi ondancetron 2 mg/12 jam, serta berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menanyakan jumlah kalori yang dibutuhkan An.M yaitu 1000 kkal/hari dengan jenis nutrient karbohidrat, protein, mineral, vitamin. Jenis makanan yang diberikan yaitu nasi bubur tim 1 mangkok, ½ telur rebus dipagi hari, dan makanan padat berupa nasi, sayur, ikan disore hari.

Rencana tindakan telah dilaksanakan dan selama pelaksanaan asuhan keperawatan, pasien dan orangtua pasien cukup kooperatif. Pemberian intervensi manajemen diare dan manajemen nutrisi didasarkan pada penelitian yang dilakukan sebelumnya yang menyatakan bahwa intervensi manajemen diare dan manajemen nutrisi selama 4 hari dapat mengatasi masalah diare dan risiko defisit nutrisi (Paramita, 2017).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 6 juli jam 21:00 mengacu pada luaran keperawatan yang ingin dicapai, diuraikan sebagai berikut.

Diare teratasi dibuktikan dengan ibu klien mengatakan An. M sudah tidak BAB, keadaan umum pasien membaik, anak nampak tidak rewel dan sedang menonton handphone, ketika diajak berinteraksi klien nampak tersenyum dan tertawa, saat kunjungan ± 8 jam klien sudah tidak BAB, popok kering, sehingga intervensi dihentikan

Risiko defisit nutrisi teratasi dibuktikan dengan ibu klien mengatakan anaknya mau makan walaupun sedikit-sedikit $\pm 8x$, siang ini sudah makan 2 sendok bubur dan $\frac{1}{2}$ telur rebus, 2 sendok nasi, dan biskuit (gabing) 3 buah, keadaan umum pasien membaik, klien nampak mau makan ketika disuap/nafsu makan meningkat, frekuensi makan >3 kali dan porsi makan bertambah, sehingga intervensi dihentikan.

C. Keterbatasan studi kasus

Keterbatasan studi kasus yang dilakukan selama 3 hari di Ruang Mina 6 RSUD Aliyah 2 Kota Kendari yaitu penulis tidak dapat mengontrol pasien selama 24 jam, serta adanya kesibukan orang tua klien dalam pekerjaan sehingga saat kunjungan hanya ada nenek klien, yang mengharuskan peneliti untuk menghubungi ibu klien terlebih dahulu menggunakan telepon sebelum kunjungan.