

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA ANAK C
PASIEEN DIARE RUANG RAWAT NGINAP
DI PUSKESMAS PUUWATU
TAHUN 2018**

KARYA TULIS ILMIAH



Diajukan Sebagai Salah Satu
Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Jurusan Keperawatan

OLEH :

ESMI SINAGA
14401 2017 000191

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEPERAWATAN
2018**

HALAMAN PERSETUJUAN
ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA PASIEN DIARE
DI PUSKESMAS PUUWATU
TAHUN 2018

Disusun dan diajukan oleh :

ESMI SINAGA
NIM. 14401 2017 000191

Telah Mendapatkan Persetujuan Tim Pembimbing :

Pembimbing :



Muslimin, L, A.Kep, S.Pd, M.Si

Nip.19560311 198106 1 001

Mengetahui :



Ketua Jurusan Keperawatan

Indriano Hadi, S.Kep., Ns, M.Kes

Nip. 19700330 199503 1 001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapkan Dewa Penguji Poltekkes Depkes Kendari Jurusan Keperawatan pada tanggal Juli 2018.

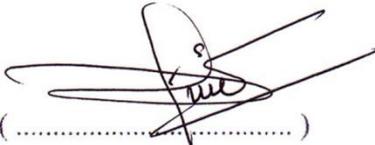
Judul Penelitian : ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA ANAK C
PASIEN DIARE RUANG RAWAT NGINAP
DI PUSKESMAS PUUWATU TAHUN 2018

Nama : ESMI SINAGA

NIM : 14401 2017000 197

Tim Penguji :

1. H. Taamu, A.Kep.,S.pd.,M.Kes

()

2. Hj. Nurjannah,Bsc,Spd,M.Kes

()

3. Asminarsih Z.P,M.Kep,Sp.Kom

()

Mengetahui :



Ketua Jurusan Keperawatan


Indriano Hadi, S.Kep., Ns, M.Kes

Nip. 19700330 199503 1 001

Motto

Manusia tak selamanya benar dan tak selamanya salah, kecuali ia yang selalu mengoreksi diri dan membenarkan kebenaran orang lain atas kekeliruan diri sendiri.

Jangan takut untuk mengambil suatu langkah besar bila memang itu diperlukan. Anda takkan bisa meloncati sebuah jurang dengan dua lompatan kecil.

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

1. Nama : ESMI SINAGA
2. TTL : 6 Desember 1980
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Katolik
5. Suku/Bangsa : Batak / Indonesia
6. Alamat : Jl. Pattimura - Watulondo

B. Pendidikan

1. SD Negeri 2 Puuwatu tamat tahun 1993
2. SLTP Negeri Puuwatu tamat 1996
3. SPK Depkes tamat 1999
4. Poltekkes Kendari Jurusan Keperawatan tahun 2017 -2018

ABSTRAK

ESMI SINAGA (14401 2017000 191) “ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA ANAK C RUANG RAWAT NGINAP PASIEN DIARE DI PUSKESMAS PUUWATU TAHUN 2018” yang dibimbing oleh Bapak **Muslimin L,A,Kep,Spd,M.Si.** penyakit diare masih menjadi masalah kesehatan yang serius sampai saat ini yang ditandai dengan masih sering terjadi kejadian luar biasa (KLB). Diare saat ini masih merupakan masalah kesehatan yang sering terjadi pada masyarakat. Diare juga merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian pada anak di berbagai negara. Diare dapat menyerang semua kelompok usia terutama pada anak. Anak lebih rentan mengalami diare, karena sistem pertahanan tubuh anak belum sempurna. Jumlah kasus diare yang ditangani pada tahun 2016 sebanyak 35.864 kasus atau sebanyak 46,77% dari perkiraan kasus, menurun dibandingkan dengan tahun 2015 sebanyak 41,071 kasus (77,74% dari perkiraan kasus).

Masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana cara perawat melakukan Asuhan Keperawatan pada Anak C Pasien Diare di puskesmas Puuwatu. Tujuan penulis ini adalah agar teridentifikasinya pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Rencana Keperawatan, dan Evaluasi Keperawatan dari Asuhan Keperawatan Anak C Pasien Diare di Puskesmas Puuwatu Kota Kendari. Hasil dari pengkajian dan analisa data terdapat 5 diagnosa yang muncul pada Anak C yaitu Hipertemi yang berhubungan dengan Infeksi, kekurangan volume cairan berhubungan kehilangan cairan aktif, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis. Diare berhubungan dengan proses infeksi, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB.

Adapun saran peneliti kepada pihak Puskesmas Puuwatu lebih menyediakan fasilitas dalam melakukan tindakan keperawatan dalam ruangan khususnya fasilitas yang sangat dibutuhkan oleh pasien diare dehidrasi sedang dan untuk peneliti selanjutnya agar lebih memperhatikan masalah yang di alami pasien khususnya dan mampu bekerja sama dengan baik dengan perawat ruangan agar implementasi keperawatan yang dijalankan dapat terlaksana dengan baik.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan kuasanya sehingga penyusunan karya tulis ini dapat terselesaikan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menempuh ujian akhir program DIII Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kendari tahun 2018 dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan Anak Pada Anak C Pasien Diare Ruang Rawat Nginap di Puskesmas Puuwatu”

Selama penyusunan karya tulis ini tidak sedikit hambatan yang dialami oleh penulis, namun berkat bantuan dan bimbingan yang diberikan oleh pihak pembimbing sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu pada kesempatan ini diperkenankan penulis untuk mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat **Bapak Muslimin L,A.Kep,Spd,M,Si** selaku Pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dan kesempatan serta penuh kesabaran memberikan bimbingan dan petunjuk dalam penyusunan karya tulis ini. Tidak lupa pula penulis haturkan rasa terima kasih kepada:

1. Ibu Askrening, SKM,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari.
2. Bapak Indriono Hadi, S.Kep,Ns,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari.
3. Kepala Puskesmas Puuwatu yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian.
4. Teristimewa penulis ucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada Keluargaku, Ayahku, Ibuku, serta Suamiku yang penuh kesabaran memberikan bantuan, motivasi dan Doa yang tulus kepada penulis selama menjalankan Pendidikan di Politekkes Kendari.
5. Sahabat-sahabat ku seangkatan dan seperjuangan yang tidak bisa kusebutkan satu persatu yang dengan sabar selalu memberikan bantuan dan motivasi kepada penulis, kebersamaan kita selama ini merupakan momen terindah yang pernah ada dalam hidupku terima kasih atas dukungannya selama ini.

Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan dapat memberikan sumbangsih pada bidang Kesehatan khususnya Ilmu Keperawatan.

Kendari, Juli 2018

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	
HALAMAN PENGESAHAN	
MOTTO	
RIWAYAT HIDUP	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	5
C. Manfaat penulisan	5
D. Metode penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Definisi diare	11
B. Anatomi Fisiologi	13
C. Penyebab	14
D. Patofisiologi	17
E. Manifestasi Klinik	21
F. Penanganan / Penata pelaksanaan	23
G. Komplikasi	24
H. Penatalaksanaan	25
I. Pathway	32
J. Konsep asuhan keperawatan diare	33
K. Diaknosa keperawatan	36
L. Interpensi keperawatan	36
BAB III LAPORAN KASUS	
A. Identitas klien	42
B. Pengkajian	43

C. Rumusan masalah	56
D. Perencanaan keperawatan	58
E. Implementasi keperawatan dan evaluasi	61

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	64
B. Diaknosa keperawatan	65
C. Intervensi	65
D. Implementasi	66
E. Evaluasi	66

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	68
B. Saran	69

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Penilaian derajat dehidrasi.....	20
Tabel 2.2	Pemberian oralit	28
Tabel 2.3	Pemberian cairan	29

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Data Pengkajian Pasien Anak C dengan Diare
- Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Data
- Lampiran 3 Surat Rekomendasi dari Poltekes Kendari
- Lampiran 4 Surat Izin Penelitian dari Kepala Puskesmas Puuwatu Kota Kendari
- Lampiran 5 Surat Keterangan telah melakukan Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diare saat ini masih merupakan masalah kesehatan yang sering terjadi pada masyarakat. Diare juga merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian pada anak di berbagai Negara (Widoyon, 2011). Diare dapat menyerang semua kelompok usia terutama pada anak. Anak lebih rentan mengalami diare, karena system pertahanan tubuh anak belum sempurna (Soedjas, 2011).

World Health Organization (WHO) (2012), menyatakan bahwa diare merupakan 10 penyakit penyebab kematian. Tahun 2012 terjadi 1,5 juta kematian akibat diare. Sepanjang tahun 2012, terdapat sekitar 5 juta bayi meninggal pada tahun pertama kematian. Kematian tersebut disebabkan karena pneumonia (18%), komplikasi kelahiran praternum (14%) dan diare (12%).

Hasil RISKESDAS (2013), menyatakan bahwa insiden diare pada anak di Indonesia adalah 6,7%. Lima propinsi dengan insiden diare tertinggi adalah Aceh (10,2%), Papua (9,6%), DKI Jakarta (8,9%), Sulawesi Selatan (8,1%), dan Banten (8,0%). Karakteristik diare balita tertinggi terjadi pada kelompok umur 12-23 bulan (7,6%), laki-laki (5,5%), Perempuan (4,9%).

Angka morbiditas dan mortalitas akibat penyakit diare pada balita adalah kelompok umur 6-11 bulan yaitu sebesar 21,65% lalu kelompok umur 12-17 bulan sebesar 14,43%, kelompok umur 24-29 bulan sebesar 12,37%, sedangkan proporsi terkecil pada kelompok umur 54-59 bulan yaitu 2,06% (Kemenkes, 2011). Dinas kesehatan Kota Kendari (2014), menyatakan pada tahun 2014 jumlah kasus diare yang datang ke sarana kesehatan sebanyak 12,2% kasus. Jumlah kasus tahun 2014 sedikit menurun dibandingkan kasus tahun 2013 sebesar 25,9%. Penyakit Diare sampai saat ini masih termasuk dalam urutan 10 penyakit terbanyak di kota kendari. Merupakan kecamatan dengan angka kejadian diare tertinggi di kecamatan Puuwatu adalah 4,8%.

Penelitian Marlia (2015), menyatakan bahwa terdapat 99 anak yang mengalami diare di PUSKESMAS PUUWATU pada bulan Februari 2013 laki-laki (5,6%), perempuan (43%), berada pada kelompok umur 12-36 bulan. Penyakit diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan potensial KLB yang sering mengakibatkan kematian, tidak terkecuali di Sulawesi tenggara. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 period prevalence diare di Sulawesi Tenggara sebesar 7,3% dengan insiden diare pada balita sekitar 5%. Jumlah kasus diare yang ditangani pada tahun 2016 sebanyak 35.864 kasus atau sebanyak 46,77% dari perkiraan kasus, menurun dibandingkan dengan tahun 2015 sebanyak 41.071 kasus(77,74% dari perkiraan kasus).

Target penemuan kasus diare pada tahun 2015 adalah 21,4% dari 92,4% penduduk Kec. puuwatu, dengan capaian kasus 49,7% kasus dan semuanya ditangani. Jumlah kasus ini naik dari tahun sebelumnya (41,7% kasus) dan lebih banyak ditemukan pada perempuan (Dinkes, 2016). Cakupan pelayanan diare pada balita Kec. Puuwatu tahun 2015 adalah 48,3% dari 100 % ditargetkan. Laporan macam penyakit dan jumlah penderita rawat di PUSKESMAS PUUWATU tahun 2016 pasien yang terdiagnosa menderita diare sebanyak 109 kasus dan diare berada di urutan kedua penyakit terbanyak dikelompok infeksi saluran pencernaan.

Diare pada bayi dan balita ini dapat disebabkan oleh beberapa factor diantaranya: yaitu infeksi, malabsorpsi, makanan, dan psikologis anak. Infeksi enteral merupakan infeksi dari luar pencernaan, yang menjadi utama penyebab utama diare pada anak. Infeksi enteral disebabkan karena bakteri, virus dan parasite. Sedangkan infeksi perenteral merupakan infeksi dari luar pencernaan seperti otitis media akut (OMA), bronkopneumonia, ensefalitis,. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah 2 tahun (Ngastiyah, 2014).

Wong (2008), mengatakan pengkajian keperawatan terhadap diare dimulai dengan mengamati keadaan umum dan perilaku anak. Pengkajian selanjutnya yang dilakukan pada pasien diare dengan gangguan keseimbangan cairan yaitu pengkajian dehidrasi seperti berkurangnya

keluaran urine, turgor kulit yang jelek, ubun yang cekung. Nursalam (2008), mengatakan dampak yang dapat ditimbulkan jika mengalami gangguan keseimbangan cairan yaitu terjadi hal-hal seperti dehidrasi pada bayi dan balita, hipoglikemia, mengalami gangguan gizi, gangguan sirkulasi, hingga terjadi komplikasi pada anak.

Dampak masalah fisik yang akan terjadi bila diare tidak diobati akan berakibat kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak. Pada balita akan menyebabkan anorexia (kurang nafsu makan) sehingga mengurangi asupan gizi, dan diare dapat mengurangi daya serap usus terhadap sari makanan. Dalam keadaan infeksi, kebutuhan sari makanan pada anak yang mengalami diare akan menyebabkan kekurangan gizi. Jika hal ini berlangsung terus menerus akan menghambat proses tumbuh kembang anak. Sedangkan dampak psikologis terhadap anak-anak antara lain anak akan menjadi rewel, cengeng, sangat tergantung pada orang terdekatnya (Widoyono, 2011).

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien yang menderita diare adalah kekurangan volume cairan dan ketidakseimbangan nutrisi. Peran perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan pada anak yang dirawat dengan diare, diantaranya memantau asupan dan pengeluaran cairan. Anak yang mendapatkan terapi cairan melalui intravena perlu pengawasan untuk asupan cairan, kecepatan tetesan harus diatur untuk memberikan cairan volume yang dikehendaki dalam waktu tertentu dan lokasi pemberian infus harus dijaga (Wong, 2008). Tindakan keperawatan yang harus dilakukan selanjutnya yaitu menimbang berat badan anak secara akurat, mamantau input dan output yang tepat dengan meneruskan pemberian nutrisi per oral dan melakukan pengambilan specimen untuk pemeriksaan laboratorium. Selain dari tindakan keperawatan, orang tua dan keluarga juga ikut memberikan perawatan seperti memberikan perhatian, semangat dan mendampingi anak selama dirawat dirumah sakit (Nursalam, 2008).

Selain dari perawatan anak dirumah sakit, pengetahuan orang tua tentang terjadinya diare sangatlah penting. Hal ini disebabkan karena sebagian ibu belum mengetahui tentang perilaku sehat untuk menjaga

kesehatan keluarga seperti selalu menjaga kebersihan diri dan makanan, menjaga kebersihan lingkungan rumah, memriksakan kondisi kesehatan ketika terdapat gejala suatu penyakit ke puskesmas, menjaga pola istirahat serta menyempatkan untuk berekreasi guna menghilangkan stres yang dapat memicu penyakit (Subakti, 2015).

Survey awal yang dilakukan peneliti pada tanggal 25 juni 2018 didapatkan 3 orang anak dengan kasus diare di Puskesmas Puuwatu dengan diagnosa keperawatan utama pada anak yaitu dengan kekurangan volume cairan. Dari hasil pengamatan, perawat sudah melakukan pengkajian yang meliputi identitas anak dan orang tua, alamat, riwayat kesehatan, dan pemeriksaan fisik dan diagnostic. Perawat sudah melakukan tindakan pemasangan infus, NGT untuk memenuhi kebutuhan cairan pada pasien dan perawat memantau kondisi pasien pada saat overran, pemberian obat, dan saat mengganti infus pasien, berdasarkan latar belakang diatas, peneliti melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Anak Pada Anak “C” dengan diare diruang perawatan Anak di Puskesmas Puuwatu Tahun 2018”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan “Asuhan Keperawatan Anak Pada Anak “C” dengan diare diruang perawatan Anak di Puskesmas Puuwatu Tahun 2018”.

2. Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum tersebut didapatkan tujuan khusus dari penelitian kasus ini adalah :

- a. Teridentifikasinya pengkajian pada anak dengan kasus diare di ruang perawatan Anak di Puskesmas Puuwatu Tahun 2018
- b. Teridentifikasinya diagnosis keperawatan pada Anak dengan kasus diare di ruang perawatan Anak di Puskesmas Puuwatu Tahun 2018
- c. Teridentifikasinya rencana keperawatan pada anak dengan kasus diare di ruang perawatan Anak di Puskesmas Puuwatu Tahun 2018
- d. Teridentifikasinya tindakan keperawatan pada anak dengan kasus diare di ruang perawatan Anak di Puskesmas Puuwatu Tahun 2018
- e. Teridentifikasinya evaluasi keperawatan pada Anak dengan kasus diare di ruang perawatan Anak di Puskesmas Puuwatu Tahun 2018

C. Manfaat Penulisan

1. Pengembang Keilmuan

a. Penulis

Dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan anak pada anak dengan diare.

b. Bagi Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari

Diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan perbandingan oleh mahasiswa prodi D III Keperawatan Kendari untuk penelitian selanjutnya.

2. Institusi Pelayanan

a. Institusi Pendidikan Poltekes Kemenkes Kendari

Hasil penelitian yang diperoleh diharapkan dapat memberikan kontribusi laporan kasus bagi pengembangan praktik keperawatan. Diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran untuk pengembangan ilmu dalam penelitian lebih lanjut dengan metode dan tempat yang berbeda untuk penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit Diare.

b. Institusi Puskesmas Puuwatu

Diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dalam meningkatkan penerapan asuhan keperawatan anak pada anak dengan diare.

D. Metode Penulisan

1. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif dengan pendekatan studi kasus. Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Notoatmojo, 2010). Hasil yang diharapkan oleh peneliti adalah melihat penerapan asuhan keperawatan anak pada anak dengan diare di ruang perawatan Anak di Puskesmas Puuwatu Tahun 2018.

2. Tempat Dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini akan dilakukan di ruang Perawatan Anak pada tanggal 25 Juni Tahun 2018. Waktu penerapan asuhan keperawatan ini dimulai dari pembuatan karya tulis ilmiah pada bulan Juni sampai Juli 2018.

3. Subjek Penelitian

Partisipan dalam penelitian ini adalah 1 orang yang memiliki kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

- a. Pasien anak yang berumur > 8 bulan
- b. Pasien dengan masalah diare tidak disertai dengan penyakit lainnya
- c. Pasien yang dirawat di ruang perawatan Anak puskesmas Puuwatu tahun 2018
- d. Pasien anak dengan diare yang di rawat minimal 5 hari perawatan

2. Kriteria Eksklusif

- a. Pasien anak yang mengalami diare dengan komplikasi penyakit lainnya seperti HIV, Sindrom Nefrotik, DHF, Broncopeumonia.

4. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari stetoskop, thermometer, timbangan, pen light, dan tongue spatel, meteran. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi social, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, dan program pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medic, data, masalah, dan etiologi.
3. Format diagnosis keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medic, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.

4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medic, diagnose keperawatan, intervensi NIC dan NOC.
 5. Format implementasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medic, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
 6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medic, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.
5. Cara Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menggunakan multi sumber bukti (triangulasi) artinya teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti akan menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak (Sugiyono, 2014).

1. Observasi

Dalam observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien, seperti keadaan umum pasien dan keadaan pasien, selain itu juga mengobservasi tanda-tanda terjadinya dehidrasi seperti anak lesu, rasa haus pada anak, turgor kulit abdomen, mata cekung, bibir, mukosa mulut, lidah kering dan respon tubuh terhadap tindakan apa yang telah dilakukan.

2. Pengukuran

Pengukuran yaitu melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metoda mengukur dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti melakukan pengukuran suhu, mengukur tanda-tanda vital, menimbang berat badan.

3. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui Tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Wawancara digunakan untuk mengumpulkan data pengkajian seperti, identitas, riwayat kesehatan (riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga), dan *activity daily living*.

4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumentasi biasa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dalam penelitian ini menggunakan dukumen dari puskesmas puuwatu untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan yaitu data laboratorium pemeriksaan pH, pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan tinja, pemeriksaan elektrolit, pemeriksaan kadar natrium serum, pemeriksaan urin dan pemeriksaan klinis lainnya.

6. Jenis – jenis Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari responden dan keluarga berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan anak.

Data primer dari penelitian tersebut didapatkandari hasil wawancara observasi langsung dan pemeriksaan fisik langsung pada responden. Data primer yang diperoleh masing-masing akan dijelaskan sebagai berikut:

- a. Hasil wawancara sesuai dengan format pengkajian asuhan keperawatan yang telah disediakan sebelumnya meliputi: identitas pasien dan orang tua, riwayat kesehatan, riwayat imunisasi dan perkembangan, kebiasaan sehari-hari
- b. Hasil observasi langsung berupa: pasien malas minum, pasien tampak letargis, pasien tampak mengalami penurunan kesadaran, pasien tampak cengeng, rewel dan lain-lain

c. Hasil pemeriksaan fisik berupa: keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik *head to toe*

2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan status pasien diruang perawatan Anak Puskesmas puuwatu Tahun 2018. Informasi yang diperoleh berupa data tambahan atau penunjang dalam merumuskan diagnose keperawatan. Data yang diperoleh biasanya berupa: data penunjang dari laboratorium, terapi pengobatan yang diberikan dokter.

7. Rencana Analisis

Rencana analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah menganalisa semua temuan pada tahapan proses dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada anak dengan diare. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnose, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan anak dengan diare. Analisa yang dilakukan adalah untuk menentukan apakah ada persamaan antara teori yang ada dengan kondisi pasien diruangan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diare

1. Definisi Diare

1. Pengertian.

Nursalam (2008), mengatakan diare pada dasarnya adalah frekuensi buang air besar yang lebih sering dari biasanya dengan konsistensi yang lebih encer. Diare merupakan gangguan buang air besar atau BAB ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja cair, dapat disertai dengan darah atau lendir (Risksedas, 2013).

Diare yaitu penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feses. Seseorang dikatakan menderita bila feses berair dari biasanya, dan bila buang air besar lebih dari tiga kali, atau buang air besar yang berair tetapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam (Dinkes, 2016).

WHO (2009), mengatakan diare adalah suatu keadaan buang air besar (BAB) dengan konsistensi lembek hingga cair dan frekuensi lebih dari tiga kali sehari. Diare akut berlangsung selama 3-7 hari, sedangkan diare persisten terjadi selama kurang lebih 14 hari.

2. Klasifikasi Diare.

Pedoman dari laboratorium/ UPF Ilmu Kesehatan Anak, Universitas Airlangga dalam Nursalam (2008), diare dapat dikelompokkan menjadi:

- a. Diare akut, yaitu diare yang terjadi mendadak dan berlangsung paling lama 3-5 hari.
- b. Diare yang berkepanjangan bila diare berlangsung lebih dari 7 hari.
- c. Diare kronik bila diare berlangsung lebih dari 14 hari. Diare kronik bukan suatu kesatuan penyakit, melainkan suatu sindrom yang penyebab dan patogenesisnya

multikompleks. Mengingat banyaknya kemungkinan penyakit yang dapat mengakibatkan diare kronik dan banyak pemeriksaan yang harus dikerjakan maka dibuat tinjauan pustaka ini untuk dapat melakukan pemeriksaan lebih terarah.

Sedangkan menurut Wong (2008), diare dapat diklasifikasikan, sebagai berikut:

a. Diare akut

Merupakan penyebab utama keadaan sakit pada balita. Diare akut didefinisikan sebagai peningkatan atau perubahan frekuensi defekasi yang sering disebabkan oleh agens infeksius dalam traktus Gastroenteritis Infeksiosa (GI). Keadaan ini dapat menyertai infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) atau infeksi saluran kemih (ISK). Diare akut biasanya sembuh sendiri (lamanya sakit kurang dari 14 hari) dan akan mereda tanpa terapi yang spesifik jika dehidrasi tidak terjadi.

b. Diare kronis

Didefinisikan sebagai keadaan meningkatnya frekuensi defekasi atau kandungan air dalam feses dengan lamanya (durasi) sakit lebih dari 14 hari. Kerap kali diare kronis terjadi karena keadaan kronis seperti sindrom malabsorpsi, penyakit inflamasi usus, defisiensi kekebalan, alergi makanan, intoleransi laktosa atau diare nonspesifik yang kronis, atau sebagai akibat dari penatalaksanaan diare akut yang tidak memadai.

c. Diare intraktabel

Yaitu diare membandel pada bayi yang merupakan sindrom pada bayi dalam usia minggu pertama dan lebih lama dari 2 minggu tanpa ditemukannya dari mikroorganisme patogen sebagai penyebabnya dan bersifat resisten atau membandel terhadap terapi.

Penyebabnya yang paling sering adalah diare infeksius akut yang tidak ditangani secara memadai.

d. Diare kronis nonspesifik

Diare ini juga dikenal dengan istilah kolon iritabel pada anak atau diare toddler, merupakan penyebab diare kronis yang sering dijumpai pada anak-anak yang berusia 6 hingga 54 minggu. Feses pada anak lembek dan sering disertai dengan partikel makanan yang tidak dicerna, dan lamanya diare lebih dari 2 minggu. Anak-anak yang menderita diare kronis nonspesifik ini akan tumbuh secara normal dan tidak terdapat gejala malnutrisi, tidak ada daerah dalam fesesnya serta tidak tampak infeksi enteric.

2. Anatomi Fisiologi Sistem

1. Respon Tubuh

a. Sistem integument

Anak yang mengalami diare dengan dehidrasi ringan hingga berat turgor kulit biasanya kembali sangat lambat. Karena tidak adekuatnya kebutuhan cairan dan elektrolit pada jaringan tubuh anak sehingga kelembapan kulit pun menjadi berkurang.

b. Sistem Respirasi

Kehilangan air dan elektrolit pada anak diare mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa yang menyebabkan pH turun karena akumulasi asam nonvolatile. Terjadilah hiperventilasi yang akan menurunkan pCO₂ menyebabkan pernapasan jadi cepat, dan dalam (pernapasan kusmaul).

c. Sistem Pencernaan

Anak yang diare biasanya mengalami gangguan pada nutrisi, yang disebabkan oleh kerusakan mukosa usus dimana usus tidak dapat menyerap makanan. Anak akan tampak lesu, malas makan, dan letargi. Nutrisi yang

tidak dapat diserap mengakibatkan anak bisa mengalami gangguan gizi yang bisa menyebabkan terjadinya penurunan berat badan dan menurunnya daya tahan tubuh sehingga proses penyembuhan akan lama.

d. Sistem Muskuloskeletal

Kekurangan kadar natrium dan kalium plasma pada anak yang diare dapat menyebabkan nyeri otot, kelemahan otot, kram dan detak jantung sangat lambat.

e. Sistem Sirkulasi

Akibat dari diare dapat terjadi gangguan pada system sirkulasi darah menyebabkan darah melemah, tekanan darah rendah, kulit pucat, akral dingin yang mengakibatkan terjadinya syok hipovolemik.

f. Sistem Otak

Syok hipovolemik dapat menyebabkan aliran darah dan oksigen berkurang. Hal ini bisa menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran dan bila tidak segera ditolong dapat mengakibatkan kematian.

g. Sistem Eliminasi

Warna tinja anak yang mengalami diare makin lama berubah kehijauan karena bercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya akan lecet karena sering defesaki dan tinja makin asam sebagai akibat makin banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus selama diare.

3. Penyebab

1. Etiologi

Ngastiyah (2014), mengatakan diare dapat disebabkan oleh berbagai infeksi, selain penyebab lain seperti malabsorpsi. Diare sebenarnya merupakan salah satu gejala dari penyakit pada system gastrointestinal atau penyakit lain diluar saluran pencernaan. Tetapi sekarang lebih dikenal dengan “penyakit diare”, karena dengan sebutan penyakit diare akan mempercepat

tindakan penanggulangannya. Penyakit diare terutama pada bayi perlu mendapatkan tindakan secepatnya karena dapat membawa bencana bisa terlambat.

Faktor penyebab diare, antara lain :

a. Factor Infeksi

1). Infeksi enteral : infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi enteral sebagai berikut :

- a) Infeksi bakteri : Vibrio, E.Coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas, dan sebagainya.
- b) Infeksi virus : Enterovirus (virus ECHO, Coxsackie, Polomyelitis) Adeno-virus, Rotavirus, Astovirus, dan lain-lain.
- c) Infeksi parasite : cacing (Ascaris, Trichuris, Oxyuris, Strongyloides); protozoa (Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Trichomonas homini); jamur (Candida albicans).

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

b. Factor malabsorpsi

1). Malabsorpsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltose, dan sukrosa); monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Pada bayi dan anak terpenting dan tersering (intoleransi laktosa).

2). Malabsorpsi lemak.

3). Malabsorpsi protein.

c. Faktor makanan, makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

d. Faktor psikologis, rasa takut dan cemas, (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar). Selain kuman,

ada beberapa perilaku yang dapat meningkatkan resiko terjadinya diare, yaitu :

- a. Tidak memberikan ASI secara penuh untuk 4-6 bulan pertama dari kehidupan
- b. Menggunakan botol susu
- c. Menyimpan makanan masak pada suhu kamar
- d. Air minum tercemar dengan bakteri tinja
- e. Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja, atau sebelum menjajajah makanan.

Menurut Wong (2008), penyebab infeksi dari diare akut yaitu :

1. Agens virus

- a. Rotavirus, masa inkubasi 1-3 hari. Anak akan mengalami demam (38°C atau lebih tinggi), mual atau Vomitus, nyeri abdomen, disertai infeksi saluran pernafasan atas dan diare dapat berlangsung lebih dari 1 minggu. Biasanya terjadi pada bayi usia 6-12 bulan, sedangkan pada anak terjadi di usia lebih dari 3 tahun.
- b. Mikroorganisme, masa inkubasi 1-3 hari. Anak akan demam, nafsu makan terganggu, malaise. Sumber infeksi bisa didapat dari air minum, air ditempat rekreasi (air kolam renang, dll), makanan. Dapat menjangkit segala usia dan dapat sembuh sendiri dalam waktu 2-3 hari.

2. Agens bakteri

- a. Escherichia coli, masa inkubasinya bervariasi tergantung pada strainnya. Biasanya anak akan mengalami distensi abdomen, demam, vomitus, BAB berupa cairan berwarna hijau dengan darah atau mucus bersifat menyembur. Dapat ditularkan antar individu, disebabkan karena daging yang kurang matang, pemberian ASI tidak eksklusif.
- b. Kelompok salmonella (nontifoid), masa inkubasi 6-72 jam untuk gastroenteritis. Gejalanya bervariasi, anak bisa mengalami

nausea atau vomitus, nyeri abdomen, demam, BAB kadang berdarah dan ada lendir, peristaltic hiperaktif, nyeri tekan ringan pada abdomen, sakit kepala, kejang. Dapat disebabkan oleh makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh binatang seperti kucing, burung dan lainnya.

3. Keracunan Makanan

- a. *Staphylococcus*, masa inkubasi 4-6 jam. Dapat menyebabkan kram yang hebat pada abdomen, syok. Disebabkan oleh makanan yang kurang matang atau makanan yang disimpan dilemari es seperti pudding, mayones, makanan yang berlapis krim.
- b. *Clostridium perfringens*, masa inkubasi 8-24 jam. Dimana anak akan mengalami nyeri epigastrium yang bersifat kram dengan intensitas yang sedang dan berat. Penularan bisa lewat produk makanan komersial yang paling sering adalah daging dan unggas.
- c. *Clostridium botulinum*, masa inkubasi 12-26 jam. Anak akan mengalami nausea, vomitus, mulut kering, dan disfagia. Ditularkan lewat makanan yang terkontaminasi. Intensitasnya bervariasi mulai dari gejala ringan hingga yang dapat menimbulkan kematian dengan cepat dalam waktu beberapa jam.

4. Patofisiologi

Hidayat (2008), mengatakan proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan factor diantaranya :

a. Factor infeksi

1). Virus

Penyebab tersering diare pada anak adalah disebabkan infeksi *rotavirus*. Setelah terpapar dengan agen tertentu, virus akan masuk ke dalam tubuh bersama dengan makanan dan minuman yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian melekat sel-sel mukosa usus, akibatnya sel mukosa usus menjadi rusak yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Sel-sel mukosa

yang rusak akan digantikan oleh sel enterosit baru yang berbentuk kuboid atau sel *epitel* gepeng yang belum matang sehingga fungsi sel-sel ini masih belum bagus. Hal ini menyebabkan *vili-vili* usus halus mengalami *atrofi* dan tidak dapat menyerap cairan dan makanan dengan baik. Selanjutnya, terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorbs cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri virus akan menyebabkan system transport aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat.

2). Bakteri

Bakteri pada keadaan tertentu menjadi invasif dan menyerbu ke dalam mukosa, terjadi perbanyakan diri sambil membentuk toksin. Enterotoksin ini dapat diresorpsi ke dalam darah dan menimbulkan gejala hebat seperti demam tinggi, nyeri kepala, dan kejang-kejang. Selain itu, mukosa usus, yang telah dirusak mengakibatkan mencret berdarah berlendir. Penyebab utama pembentukan enterotoksin ialah bakteri *Shigella* sp, *E.colli*. diare ini bersifat self-limiting dalam waktu kurang lebih lima hari tanpa pengobatan, setelah sel-sel yang rusak diganti dengan sel-sel mukosa yang baru (Wijoyo, 2013).

b. Factor malabsorpsi,

1). Gangguan Osmotik

Cairan dan makanan yang tidak dapat diserap akan terkumpul di usus halus dan akan meningkatkan tekanan osmotik usus Akibatnya akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat. Gangguan osmotik meningkatkan menyebabkan terjadinya pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus. Hal ini menyebabkan terjadinya *hiperperistaltik* usus. Cairan dan makanan yang tidak diserap tadi akan didorong keluar melalui anus dan terjadilah diare (Nursalam, 2008).

2). Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus (Nursalam, 2008).

3). Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaiknya bisa peristaltic usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare pula. Akibat dari.

Gejala muntah dapat timbul sebelum atau sesudah diare dan dapat di sebabkan karena lambung turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit, serta mengalami gangguan asam basa dapat menyebabkan dehidrasi, asidosis metabolik dan hypokalemia, hypovolemia. Gejala dari dehidrasi yang tampak yaitu berat badan turun, turgor kembali sangat lambat, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, mucosa bibir kering.

Dehidrasi merupakan keadaan yang paling berbahaya karena dapat menyebabkan hypovolemia, kolaps kardiovaskuler dan kematian bila tidak diobati dengan tepat. Dehidrasi yang terjadi menurut tonisitas plasma dapat berupa dehidrasi isotonik. Dehidrasi hipertonik (hipernatremik) atau dehidrasi hipotonik. menurut derajat dehidrasinya bisa tanpa dehidrasi, dehidrasi ringan, dehidrasi sedang atau dehidrasi berat (juffrie, 2010). Untuk mengetahui keadaan dehidrasi dapat dilakukan penilaian sebagai berikut:

Tabel 2.1
Penilaian Derajat Dehidrasi

Penilaian	Tanpa Dehidrasi	Dehidrasi Ringan/Sedang	Dehidrasi Berat
1.Lihat:			
Keadaan Umum	Baik,sadar	Gelisah,rewel	Lesu,lunglai atau sadar.
	Normal		Sangat cekung dan kering.
Mata	Tidak Ada	Cekung	Ada
Air Mata Mulut Dan Lidah Dan Rasa Haus	Basah	Tidak ada	Sangat kering
	Minum Biasa	Kering	Malas minum atau tidak
	Tidak haus	Haus,ingin	Makan.
		Minum banyak	
2.Periksa:			
Turgor kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	
	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi ringan/sedang,criteria	Kembali sangat lambat. Dehidrasi berat,kriteria bila
3.Hasil pemeriksaan		Bila ada 1 Tanda 1 atau lebih tanda lain.	Ditambah 1 Atau lebih tanda lain
4.Terapi	Rencana terapi	Rencana terapi	Rencana terapi
	A	B	C

Tanda-tanda yang juga dapat diperiksa: timbang berat badan, ubun-ubun besar, urine, nadi dan pernafasan atau tekana darah. *Sumber: depkes buku ajar diare dalam (Nursalam, 2008).*

5. Manifestasi Klinik

1. Mula-mula anak/bayi cengeng gelisah, suhu tubuh mungkin meningkat, nafsu makan berkurang.
2. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, kadang disertai wial dan wiata.
3. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur empedu.
4. Anus dan sekitarnya lecet karena seringnya difekasi dan tinja menjadi lebih asam akibat banyaknya asam laktat.
5. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelas (elistitas kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung membran mukosa kering dan disertai penurunan berat badan.
6. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan respirasi cepat tekan darah turun, denyut jantung cepat, pasien sangat lemas, kesadaran menurun (apati, samnolen, sopora komatus) sebagai akibat hipovolemik.
7. Diuresis berkurang (oliguria sampai anuria).
8. Bila terjadi asidosis metabolik klien akan tampak pucat dan pernafasan cepat dan dalam. (Kusmaul).

- Pemeriksaan diagnostik
 - Pemeriksaan tinja
- Makroskopis dan mikroskopis
- PH dan kadar gula dalam tinja
- Bila perlu diadakan uji bakteri

1. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah, dengan menentukan PH dan cadangan alkali dan analisa gas darah.
2. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
3. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Kalsium dan Posfat.

- Komplikasi

1. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik atau hipertonik).
2. Renjatan hipovolemik.
3. Hipokalemia (dengan gejala mekorismus, hiptoni otot, lemah, bradikardi, perubahan pada elektro kardiogram).
4. Hipoglikemia.
5. Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktase karena kerusakan vili mukosa, usus halus.
6. Kejang terutama pada dehidrasi hipertonik.
7. Malnutrisi energi, protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan.

- Derajat dehidrasi

Menurut banyaknya cairan yang hilang, derajat dehidrasi dapat dibagi berdasarkan:

- Kehilangan berat badan
- Tidak ada dehidrasi, bila terjadi penurunan berat badan 2,5%.
- Dehidrasi ringan bila terjadi penurunan berat badan 2,5-5%.
- Dehidrasi berat bila terjadi penurunan berat badan 5-10%

6. Pemeriksaan Penunjang

A. Test Diagnostik

1. Pemeriksaan tinja
 - a.) Markoskopik dan mikroskopik
 - b.) Ph dan kadar gula tinja
 - c.) Biakan dan resistensi feces (color)
2. Analisa gas dada apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (pernafasan kusmaoul)
3. Pemeriksaan kadar ureum kreatif untuk mengetahui faal ginjal
4. Pemeriksaa elektrolitterutama kadar Na,K,Kalsium dan fosfat

B. Penanganan/penatalaksanaan

1. Pembenaan cairan

Pembenaan cairan pada pasien diare dengan memperhatikan darajat dehidrasinya dengan keadaan umum.
2. Dietetik

Pembenaan makanan dan minum khusus pada klien dengan tujuan penyembuhan dan menjaga kesehatan.Adapun hal yang perlu diperhatikan adalah:

 - a. Memberikan ASI
 - b. Memberikan bahan makanan yang mengandung kalori protein,vitamin,mineral dan makanan yang bersih.
3. Obat-obatan
 - a. Obat anti sekresi
 - b. Obat anti sparmolitik
 - c. Anti biotic

7. Komplikasi

Menurut Suharyono dalam (Nursalamm, 2008), komplikasi yang dapat terjadi dari diare akut maupun kronis, yaitu:

1. kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi)

Kondisi ini dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (Asidosis metabolic), karena:

- a. kehilangan natrium bicarbonate bersama tinja.
- b. walaupun susu diteruskan, sering diberikan dengan pencernaan dalam waktu yang terlalu lama.
- c. makanan diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik adanya hiperperstaltik.

2. Gangguan sirkulasi

Sebagai akibat diare dengan atau tanpa disertai muntah, maka dapat terjadi gangguan sirkulasi darah berupa renjatan natau syok hipovolemik. Akibat perfusi jaringan berkurang dan terjadinya hipoksia, asidosis bertambah berta sehingga dapat mengakibatkan perdarahan di dalam otak, kesadaran menurun, dan bila tidak segera ditolong maka penderita meninggal.

3. Hiponatremia

Anak dengan diare hanya minum air putih atau cairan yang hanya mengandung sedikit garam, dapat terjadi hiponatremi ($\text{Na} < 130 \text{ mol/L}$). Hiponatremi sering terjadi pada anak dengan Shigellosis dan pada anak malnutrisi berat dengan oedema. Oralit aman dan efektif untuk terapi dari hamper semua anak dengan hiponatremi. Bila tidak berhasil, koreksi Na dilakukan berasama dengan koreksi cairan rehidrasi yaitu: memakai Ringer Laktat atau Normal (Juffrie, 2010).

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

1). Dehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan. Empat hal penting yang perlu diperhatikan.

a). Jenis cairan

(1) Oral : Pedialyte atau oralit, Ricelyte

(2) Parenteral : NaCl, Isotonic, infuse

b). Jumlah cairan

Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan cairan yang dikeluarkan.

c). Jalan masuk atau cairan pemberian

(1) Cairan per oral, pada pasien dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berisikan NaCl dan NaHCO_3 , KCL, dan glukosa.

(2) Cairan parenteral, pada umumnya cairan Ringer Laktat (RL) selalu tersedia di fasilitas kesehatan dimana saja. Mengenai beberapa banyak cairan yang diberikan tergantung dari berat ringan dehidrasi, yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

d). Jadwal pemberian cairan

Diberikan 2 jam pertama, selanjutnya dilakukan penilaian kembali status hidrasi untuk menghitung kebutuhan cairan.

(1) Identifikasi penyebab diare

(2) Terapi sistemik seperti pemberian obat anti diare, obat anti motilitas dan sekresi usus, antimetik.

2). Pengobatan dietetic

Untuk anak dibawah 1 tahun dan anak diatas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg jenis makanan :

(a) Susus (ASI atau susu formula yang mengandung laktosa rendah dan asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM. Almiron atau sejenis lainnya).

- (b) Makan setengah padat (bubur) atau makan padat (nasi tim), bila anak tidak mau minum susu karena dirumah tidak biasa.
- (c) Susu khusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan misalnya susus yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh (Ngastiyah, 2014).

b. Penatalaksanaan keperawatan

1). Bila dehidrasi masih ringan

Berikan minum sebanyak-banyaknya, 1 gelas setiap kali setelah pasien defekasi. Cairan mengandung elektrolit, seperti oralit. Bila tidak ada oralit dapat diberikan larutan garam dan 1 gelas air matang yang agak dingin dilarutkan dalam satu sendok teh gula pasir dan 1 jumput garam dapur.

Jika anak terus muntah tidak mau minum sama sekali perlu diberikan melalui sonde. Bila cairan per oral tidak dapat dilakukan, dipasang infuse dengan cairan Ringer Laktat (RL) atau cairan lain (atas persetujuan dokter). Yang penting diperhatikan adalah apakah tetesan berjalan lancar terutama pada jam-jam pertama karena diperlukan untuk mengatasi dehidrasi.

2). Pada dehidrasi berat

Selama 4 jam pertama tetesan lebih cepat. untuk mengetahui kebutuhan sesuai dengan yang diperhitungkan, jumlah cairan yang masuk tubuh dapat dihitung dengan cara:

- (a) Jumlah tetesan per menit dikali 60, dibagi 15/20 (sesuai set infuse yang dipakai). Berikan tanda batas cairan pada botol infuse waktu memantaunya.
- (b) Perhatikan tanda vital : denyut nadi, pernapasan, suhu.
- (c) Perhatikan frekuensi buang air besar anak apakah masih sering, encer atau sudah berubah konsistensinya.
- (d) Berikan minum teh atau oralit 1-2 sendok jam untuk mencegah bibir dan selaput lendir mulut kering.
- (e) Jika dehidrasi telah terjadi, infus dihentikan, pasien diberikan makan lunak atau secara realimentasi.

Penanganan diare lainnya yaitu dengan rencana terapi A, B, dan C sebagai berikut:

1. Rencana terapi A

Penanganan diare rumah, dengan menjelaskan pada ibu tentang 4 aturan perawatan di rumah :

a. Beri cairan tambahan

1). Jelaskan pada ibu, untuk

- a). Beri ASI lebih sering dan lebih lama pada setiap kali pemberian.
- b). Jika anak memperoleh ASI Eksklusif, berikan oralit atau air matang sebagai tambahan.
- c). Jika anak tidak memperoleh ASI Eksklusif, berikan 1 atau lebih cairan berikut ini : oralit, cairan makanan (kuah sayur, air tajin). Atau air matang.

Anak harus diberi larutan oralit di rumah jika:

- a). Anak telah diobati dengan Rencana Terapi B atau C dalam kunjungan ini.
 - b). Anak tidak dapat kembali ke klinik jika diareanya bertambah parah.
- 2). Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit. Beri ibu 6 bungkus oralit (200 ml) untuk digunakan di rumah. Tunjukkan kepada ibu beberapa banyak oralit atau cairan lain yang harus diberikan setiap kali anak berak:

- a). Sampai umur 1 tahun : 50 sampai 100 ml setiap kali berak.
- b). Umur 1 sampai 5 tahun : 100 sampai 200 ml setiap kali berak.

Katakan kepada ibu:

- a). Agar meminum sedikit-sedikit tapi sering dari mangkuk / cairan / gelas.
- b). Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian lanjutkan lagi lebih lambat.
- c). Lanjutkan pemberian cairan tambahan sampai diare berhenti.

b. Beri tablet Zinc selama 10 hari.

c. Lanjutkan pemberian makanan

d. Kapan harus kembali konseling bagi ibu.

2. Rencana terapi B

Penanganan dehidrasi ringan/sedang dengan oralit. Berikan oralit di klinik sesuai yang dianjurkan selama periode 3 jam.

Tabel 2.2

Pemberian Oralit

Umur	≤4 bulan	4 - ≤ 12 bulan	1 - < 2 tahun	2 - < 5 tahun
Berat	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12- 19 kg
Jumlah	200 -400	400-700	700 - 900	900-1400

Sumber : MTBS, 2011.

- a). Tentukan jumlah oralit untuk 3 jam pertama
 - (1) Jika anak menginginkan, boleh diberikan lebih banyak dari pedoman diatas.
 - (2) untuk anak berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusui, berikan juga 100-200 ml air matang selama periode ini.
- b). Tunjukkan cara memberikan larutan oralit
 - (1) Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir/gelas
 - (2) Jika anak muntah, tunggu 10 menit . Kemudian berikan lagi lebih lambat.
 - (3) Lanjutkan ASI selama anak mau
- c). Berikan tablet Zinc selama 10 hari berturut-turut
 - (1) Umur <6 bulan : 10 mg/hari
 - (2) Umur ≥6 bulan : 20 mg/hari
- d). Setelah 3 jam
 - (1) Ulangi penilaian dan klasifikasi kembali derajat dehidrasinya.
 - (2) Pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.
 - (3) Mulai memberi makan anak.
- e). Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan selesai
 - (1) Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit di rumah
 - (2) Tunjukkan beberapa banyak oralit yang harus diberikan dirumah untuk menyelesaikan 3 jam pengobatan.
 - (3) Beri oralit yang cukup untuk dehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi

(4) Jelas 4 aturan perawatan diare dirumah (lihat rencana terapi A).

3. Rencana terapi C

Penanganan dehidrasi berat dengan cepat, yaitu dengan :

- a. Memberikan cairan intravena secepatnya. Jika anak bisa minum, beri oralit melalui mulut sementara infuse dipersiapkan. Beri ml/kg cairan Ringer Laktat atau jika tersedia, gunakan cairan NaCl yang dibagi sebagai berikut

Tabel 2.3

Pemberian Cairan

	Pemberian	Pemberian
Umur	Pertama 30 mg ml/kg selama	Berikut 70 mg ml/kg selama
Bayi (dibawah umur 12 bulan)	1 jam*	5 Jam
Anak (12 bulan sampai 5 tahun)	30 menit*	2 Jam

- ulangi sekali lagi jika denyut nadi sangatlah lemah atau tidak teraba

Sumber :MTBS, 2011

- b. Periksa kembali anak setiap 15-30 menit. Jika nadi belum teraba, beri tetesan lebih cepat.
- c. Beri oralit (kira-kira 5 m/kg/jam) segera setelah anak mau minum: biasanya sesudah 3-4 jam (bayi) atau 1-2 jam (anak) dan beri juga tablet Zinc.
- d. Periksa kembali bayi sesudah 6 jam atau anak sesudah 3 jam. Klasifikasi dehidrasi dan pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.
- e. Rujuk segera untuk pengobatan intravena, jika tidak ada fasilitas untuk pemebrian cairan intravena terdekat (dalam 30 menit).

- f. Jika anak bisa minum, bekali ibu larutan oralit dan tunjukkan cara meminumkan pada anaknya sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan menuju klinik.
 - g. Jika perawat sudah terlatih menggunakan pipa orogastik untuk rehidrasi, mulailah melakukan rehidrasi dengan oralit melalui pipa nasogastrik atau mulut: beri 20 ml/kg/jam selama 6 jam (total 120 ml/kg).
 - h. Periksa kembali anak setiap 1-2 jam:
 - (1) Jika anak muntah terus atau perut makin kembung, beri cairan lebih lambat.
 - (2) Jika setelah 3 jam keadaan hidrasi tidak membaik, rujuk anak untuk pengobatan intravena.
 - i. Sesudah 6 jam, periksa kembali anak. Klasifikasi dehidrasi. Kemudian tentukan rencana terapi sesuai (A, B, atau C) untuk melanjutkan pengobatan.
4. Pemberian tablet Zinc untuk semua penderita diare
- a. Pastikan semua anak yang menderita diare mendapatkan tablet Zinc sesuai dosis dan waktu yang telah ditentukan.
 - b. Dosis tablet Zinc (1 tablet – 20 mg). berikan dosis tunggal selama 10 hari
 - 1). Umur < 6 bulan : . tablet
 - 2). Umur \geq 6 bulan : 1 tablet
 - c. Cara pemberian tablet Zinc
 - 1). Larutan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut) 30 detik), segera berikan kepada anak.
 - 2). Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet Zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.
 - 3). Ingatkan ibu untuk memberikan tablet Zinc setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti, karena Zinc selain member pengobatan juga dapat memberikan perlindungan terhadap diare selama 2-3 bulan ke depan.

5. Pemberian Probiotik Pada Penderita Diare

Probiotik merupakan mikroorganisme hidup yang diberikan sebagai suplemen makanan yang memberikan pengaruh menguntungkan pada penderita dengan memperbaiki keseimbangan mikroorganisme usus, akan terjadi peningkatan kolonisasi bakteri probiotik di dalam lumen.

Saluran cerna. Probiotik dapat meningkatkan produksi musin mukosa usus sehingga meningkatkan respons imun alami (*innate immunity*). Probiotik menghasilkan ion hidrogen yang menurunkan pH usus dengan memproduksi asam laktat sehingga menghambat pertumbuhan bakteri pathogen.

Probiotik saat ini banyak digunakan sebagai salah satu terapi suportif diare akut. Hal ini berdasarkan perannya dalam menjaga keseimbangan flora usus normal yang mendasari terjadinya diare. Probiotik aman dan efektif dalam mencegah dan mengobati diare akut pada anak (Yonata, 2016).

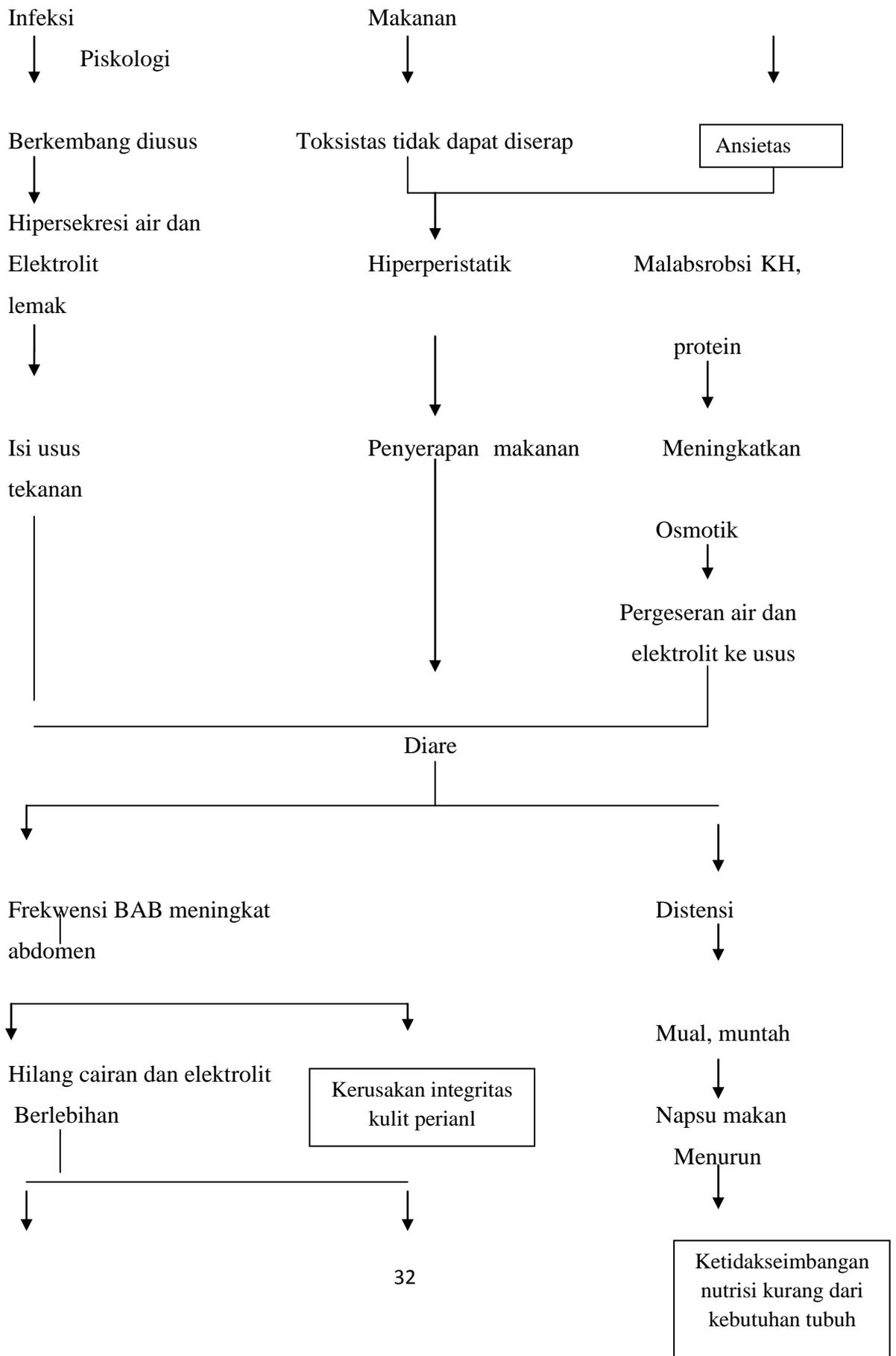
6. Kebutuhan nutrisi

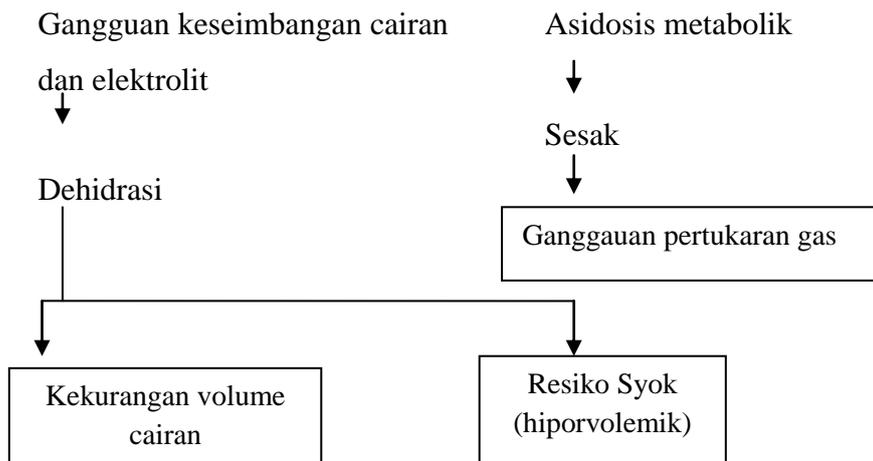
Pasien yang menderita diare biasanya juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisinya menjadi kurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika, pasien mengalami

Muntah-muntah atau diare lama, keadaan ini menyebabkan makin menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat timbul komplikasi.

Pada pasien yang menderita malabsorpsi pemberian jenis makan yang menyebabkan malabsorpsi harus dihindarkan. Pemberian makanan harus mempertimbangkan umur berat badan dan kemampuan anak menerimanya. Pada umumnya anak umur 1 tahun sudah bisa makan makanan biasa, di anjurkan makan bubur tanpa sayuran pada saat masih diare, dan minum teh. besoknya jika kondisinya telah membaik boleh diberi wortel, daging yang tidak berlemak (Nagstiyah, 2014).

9. Pathway





B. Konsep Asuhan keperawatan Diare pada Anak

Konsep dasar keperawatan anak meliputi:

1. Pengkajian
 - a. Identitas klien
 - b. Identitas orang tua
 - c. Identitas saudara kandung
2. Keluhan utama
3. Riwayat kesehatan
 - a. Riwayat kesehatan sekarang
 - b. Riwayat kesehatan masa lalu
(Khusus anak usia 0-5 tahun)
 1. Pre natal care
 2. Natal
 3. Post natal
 - c. Riwayat kesehatan keluarga
4. Riwayat imunisasi
5. Riwayat tumbuh kembang
 - a. Pertumbuhan fisik
 - b. Perkembangan tiap tahap

6. Riwayat nutrisi
 - a. Pemberian ASI
 - b. Pemberian susu formula
 - c. Pola perubahan nutrisi tiap tahapan usai sampai nutrisi saat ini
7. Riwayat psychososial
 - a. Tempat tinggal
 - b. Lingkungan rumah
 - c. Apakah rumah dekat sekolah dan ada tempat bermain
 - d. Hubungan antara anggota keluarga
 - e. Pengasuh anak
8. Riwayat spritual
 - a. Support system dalam keluarga
 - b. Kegiatan keagamaan
9. Reaksi hipotalisasi
 - a. Pemahaman keluarga tentang sakit dan rawat inap
 - b. Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap
10. Aktivitas sehari-hari
 - a. Nutrisi sebelum sakit dan saat sakit
 - b. Cairan sebelum sakit dan saat sakit
 - c. Eliminasi
 1. BAB, sebelum sakit dan saat sakit
 2. BAK, sebelum sakit dan saat sakit
 - d. Istirahat / tidur, sebelum sesudah sakit dan saat sakit
 - e. Olahraga
 - f. Personal hygiene, sebelum sesudah sakit dan saat sakit
 - g. Aktivitas / mobilitas fisik
11. Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan umum klien
 - b. Tanda-tanda vital
 - c. Antropometri
 - d. Sistem pernapasan
 - e. Sistem kardiovaskuler
 - f. Sistem pencernaan

- g. Sistem indra
 - 1. Mata
 - 2. Hidung
 - 3. Telinga
 - h. Sistem saraf
 - 1. Fungsi cerebra
 - 2. Fungsi cranial : nervus 1 sampai nervus 12
 - 3. Fungsi motorik
 - 4. Fungsi sensori
 - 5. Reflex bisep
 - i. Sistem muskulo skeletal
Kepala, vertebra, pelvis, lutut, kaki dan tangan
 - j. Sistem integument
Rambut, kulit, kuku
 - k. Sistem endokrin
Kelenjar thyroid dan eksresi urine
 - l. Sistem perkemihan
 - m. Sistem reproduksi
 - n. Sistem imunisasi
Riwayat alergi
12. Pemeriksaan tingkat perkembangan
- a. 0 – 6
Dengan menggunakan DSST
 - a. Motorik dasar
 - b. Motorik halus
 - c. Bahasa
 - d. Personal sosial
 - b. 6 tahun keatas
 - a. Perkembangan kongnitif
 - b. Perkembangan psikoseksual
 - c. Perkembangan psicososial

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada penderita diare adalah :

1. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolar – kapiler
2. Diare b/d proses infeksi, inflamasi usus
3. Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif
4. Kerusakan integritas kulit b/d ekspresi / BAB sering
5. Tidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh penurunan intake makanan
6. Resiko syok (hipovolemia) b/d kehilangan cairan dan elektrolit

D. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah gambaran atau tindakan yang akan dilakukan untuk memecahkan masalah keperawatan yang dihadapi pasien. Adapun rencana keperawatan yang sesuai dengan penyakit diare pada anak adalah sebagai berikut :

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1.	Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolar-kapiler	Setelah diberikan tindakan keperawatan pasien dapat mempertahankan pertukaran gas yang kuat NOC : <ul style="list-style-type: none">- Respiratory Status : Gas Exchange- Respiratory Status : Ventilation- Vital Sign Status	NIC : <ul style="list-style-type: none">- Airway Management- Buka jalan nafas, gunakan tehnik chin lift atau jawthrust bila perlu- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi- Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan- Pasang mayo bila perlu- Lakukan fisioterapi dada jika perlu

		<p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat. - Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan. - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips). - Tanda-tanda vital dalam rentang normal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan suction pada mayo - Berikan pelembab udara - Respiratory Monitoring <ul style="list-style-type: none"> - Monitor rata-rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi - Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavital dan intercostal - Monitor pola nafas: bradipnea, takipnea, kusmaul, viperpentilasi, cheyne stokes, biot. - Catat lokasi trakhea.
2	Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Diare pada pasien teratasi.</p> <p style="text-align: center;">NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bowel elimination - Fluid balance - Hydration - Electrolyte and acid base balance 	<p style="text-align: center;">NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diarhae Menagement <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal - Ajarkan pasien untuk menggunakan obat anti diare - Evaluasi intake makanan yang masuk - Identifikasi faktor penyebab dari diare

		<p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feses berbentuk, BAB sehari sekali tiga kali - Menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi - Tidak mengalami diare - Menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan - Mempertahankan turgor kulit 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala diare - Observasi turgor kulit secara rutin - Ukur diare/keluaran BAB - Hubungi dokter jika ada kenaikan bising usus - Monitor persiapan makanan yang aman
3.	Kekurangan volume cairan b/d kehilangan cairan aktif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien tidak kekurangan cairan</p> <p style="text-align: center;">NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluid balance - Hydration - Nutritional Status : Food and fluid intake <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB , BJ urine normal, HT normal - Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal 	<p style="text-align: center;">NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluid management - Timbang popok/pembalut jika diperlukan - Pertahankan catatan intake dan output yang akurat - Monitor status hidrasi (kelembaban membran mucosa, nadi adekuat, tekanan darah, artostatik), jika diperlukan - Monitor vital sign - Monitor status nutrisi

		<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mucosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor memasukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian - Dorong masukan oral - Berikan penggantian nesogatrik sesuai output - Dorong keluarga untuk membantu pasien makan - Kolaborasi dengan dokter
4	Kerusakan integritas kulit b/d ekskresi/BAB sering	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi</p> <p style="text-align: center;">NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tissue Integrity : Skin and mucous membranes - Hemodyalis akses <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) - Tidak ada luka/lesi pada kulit - Perfusi jaringan baik 	<p style="text-align: center;">NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pressure management <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar - Hindari kerutan pada tempat tidur - Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering - Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali - Monitor kulit akan adanya kemerahan. - Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan

		<ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaqikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang - Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status nutrisi pasien - Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat
5	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan intake makanan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nutrisi pasien terpenuhi</p> <p style="text-align: center;">NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutritional Status : - Nutritional Status : food and fluid intake - Nutritional Status : nutrient intake - Weight control <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal sesuai tinggi badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 	<p style="text-align: center;">NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrition management - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Berikan supstansi gula - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

		<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	
6	Resiko syok (Hipovolemi) b/d kehilangan cairan elektrolit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi syok pada pasien</p> <p style="text-align: center;">NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syok Prevention - Syok Management <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi dalam batas yang diharapkan - Irama jantung dalam batas yang diharapkan - Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan - Irama pernafasan dalam batas yang diharapkan - Natrium serum dbn - Kalium serum dbn - Magnesium serum dbn - PH darah serum dbn 	<p style="text-align: center;">NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syok Prevention <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda inadekuat oksigenasi jaringan - Monitor suhu dan pernafasan - Monitor input dan output - Pantau nilai laboraturim : HB, HT, AGD, dan Elektrolit - Syok Management <ul style="list-style-type: none"> - Monitor fungsi neurologis - Monitor fungsi renal - Monitor tekanan nadi - Monitor status cairan, input output - Catat gas darah arteri dan O²

BAB III

LAPORAN KASUS

A. Identitas Klien

1. Biodata

1. Nama / Nama Panggilan : An. C
2. Tempat Tanggal Lahir / Usia : Kolaka , 09 Februari 2017
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Pendidikan : -
6. Alamat : Puuwatu
7. Tanggal Masuk : 24 juni 2018
8. Tanggal Pengkajian : 25 juni 2018
9. Diagnosa Medis : Diare

2. Identitas Orang Tua

1. Ayah

- a. Nama / Nama Panggilan : Tn. M
- b. Usia : 26 Tahun
- c. Pendidikan : SMA
- d. Pekerjaan : Wiraswasta
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Puuwatu

2. Ibu

- a. Nama / Nama Panggilan : Ny. J
- b. Usia : 23 Tahun
- c. Pendidikan : SMA
- d. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Puuwatu

3. Identitas Saudara Kandung

Kalian tidak mempunyai saudara

B. Pengkajian

1. Keluhan Utama

BAB 3× sehari Encer

2. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien dibawa ke puskesmas dengan keluhan BAB encer yang dialami sejak 5 hari yang lalu sebelum masuk ke puskesmas, di selingi muntah - muntah 2 kali sejak 5 hari sebelum masuk ke puskesmas hilang timbul. Pasien rewel (+) riwayat batuk pilek (-) riwayat minum susu formula (-)

b) Riwayat Kesehatan Lalu

(Khusus untuk usia 0-5 tahun)

1. Prenatal Care

(a) Pemeriksaan kehamilan

An. C merupakan anak ibu- 1 (pertama) selama hamil ibu klien melakukan pemeriksaan rutin ke bidan kurang lebih 6 × (kali).

(b) Keluhan selama hamil

Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah sakit, obat yang diminum ibu selama hamil yaitu tablet penambah darah dari bidan.

(c) Riwayat yang membahayakan kehamilan

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi dan penyakit DM.

(d) Kenaikan berat badan selama hamil

Ibu klien mengatakan selama kehamilan berat badan naik ± 10 kg.

(e) Imunisasi TT.

Ibu mengatakan melakukan imunisasi TT 2 × selama kehamilan. Pada usia kehamilan 4 bulan mendapatkan TT 1 (Pertama), TT 2 (dua) pada kehamilan 5 bulan.

(f) Golongan darah

Orang tua mengatakan tidak mengetahui golongan darahnya.

2. Natal

(a) Tempat melahirkan di RSUD Abu Nawas Kota kendari

(b) Lama dan jenis persalinan

Ibu mengatakan persalinannya lama. Sehingga dilakukan dengan cara operasi caesar

(c) Penolong persalinan

Ibu mengatakan persalinan di tolong oleh dokter

(d) Cara untuk memudahkan persalinaan

Dengan cara caesar

(e) Komplikasi waktu lahir

Tidak ada komplikasi pada saat anak lahir.

3. Post Natal

(a) Kondisi bayi

BB lahir : 2700 gram

PB lahir : 49 cm

(b) Penyakit saat lahir

Ibu mengatakan pada saat lahir An. C tidak mempunyai penyakit.

(c) Problem menyusui

Ibu megatakan tidak ada masalah saat menyusui .

(d) Penyakit yang pernah di alami

Sebelum klien dirawat tidak pernah mengalami penyakit yang berat dan hanya pernah mengalami panas / demam.

(e) Kesehatan yang dialami

Ibu mengatakan An.C tidak pernah mengalami jatuh atau kecelakaan.

(f) Riwayat operasi

Ibu megatakan An.C tidak pernah di lakukan tindakan operasi.

(g) Riwayat alergi

(h) Ibu megatakan An.C tidak mempunyai riwayat alergi.

(i) Riwayat pengobatan

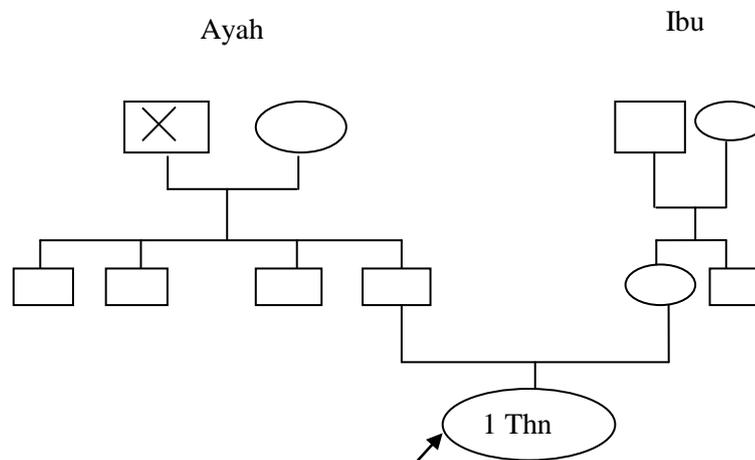
- (j) Ibu klien mengatakan saat An.C sakit atau demam sebelum dibawa ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan.
- (k) Perkembangan anak di banding saudara-saudaranya
- (l) An.A tidak mempunyai saudara, anak pertama dari Tn. M dan Ny. J

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

(a) Penyakit anggota keluarga

Keluarga An.C tidak ada yang mengalami penyakit yang menular seperti TB dan Hipertensi.

(b) Genogram



Keterangan:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Laki-laki meninggal
-  : Hubungan Pernikahan
-  : Hubungan saudara
- : Serumah
-  : Pasien

3. Riwayat Imunisasi

No	Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Reaksi Setelah Pemberian
1.	BCG	Pada usia 6 bulan	Membentuk abses 1-2 bulan
2.	DPT (I, II, III, 1V)	Usia 3,4,5 bulan	Demam 1 hari
3.	Polio (I, II, III, 1V)	Usia 3,4,5 bulan	Tidak ada reaksi
4.	Campak	-	-
5.	Hepatitis	Usia 0 bulan	Tidak ada reaksi

4. Riwayat Tumbuh Kembang

a) Pertumbuhan Fisik

- (1) Berat badan : 6300 gram
- (2) Tinggi badan : 60 cm
- (3) Waktu tumbuh gigi : An. C belum tumbuh gigi

b) Perkembangan tiap Tahap

Usia anak saat :

- (1) Berguling : An. C berguling saat 4 bulan
- (2) Duduk : An. C belum duduk
- (3) Merangkak : An. C merangkak pada usia 7 bulan.
- (4) Berdiri : An. C sudah berdiri
- (5) Berjalan : An. C belum berjalan
- (6) Senyum kepada orang lain pertama kali : Usia 5 bulan
- (7) Bicara pertama kali : An. C belum bicara
- (8) Berpakaian tanpa bantuan : An. C belum dapat berpakaian tanpa bantuan

5. Riwayat Nutrisi

a) Pemberian ASI

- (1) Pertama kali disusui : An. C Pertama kali disusui umur 2 minggu
- (2) Cara pemberian : Menyusui

- (3) Lama pemberian : Saat ini An. C masih disusui oleh ibunya
- b) Pemberian Susu Formula
Ibu mengatakan anaknya tidak diberikan susu formula.
- c) Pola Perubahan Nutrisi Setiap Tahun Usia Sampai Nutrisi Saat Ini
Pada usia 0-4 bulan jenis nutrisi yang diberikan adalah ASI dan lama pemberian 6 bulan. Pada usia 4 -12 jenis nutrisi yang diberikan yaitu bubur saring ditambahkan telur. Sedangkan pada saat ini jenis nutrisi belum diketahui dan lama pemberian belum diketahui.

6. Riwayat Pasien Sosial

- (a) Tempat tinggal
An. C diasuh oleh kedua orang tuanya dan tinggal dirumah yang sama.
- (b) Lingkungan rumah
Hubungan anggota keluarga baik
- (c) Apakah rumah dekat sekolah dan ada tempat bermain
Rumah tempat tinggal An. C jauh dari sekolah dan tidak ada tempat bermain.
- (d) Rumah tidak ada tangga biasa
Ibu mengatakan rumah tempat tinggal tidak mempunyai tangga
- (e) Hubungan antara anggota keluarga
Hubungan dalam keluarga baik
- (f) Pengasuh anak
An. C diasuh oleh kedua orang tuanya

7. Riwayat Spritual

- (a) Suportn system dalam keluarga
Dalam keluarga mereka saling mendukung dalam mengambil keputusan.
- (b) Kegiatan keagamaan
Dalam kegiatan keagamaan keluarga selalu melakukan bersama-sama

8. Reaksi Hispotalisasi

a) Pemahaman Keluarga Tentang Sakit dan Rawat Inap

(1) Ibu membawah anaknya ke puskesmas

Saat An. C sakit ibu langsung membawah An. C ke puskesmas.

(2) Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak

Dokter menjelaskan kondisi, diagnosa dan rencana pengobatan yang akan dilakukan oleh medis atau perawat.

(3) Orang tua nampak cemas dan khawatir

Ibu merasa cemas dengan kondisi anaknya.

(4) Orang tua selalu berkunjung ke puskesmas

Bila anak demam ibu berkunjung ke puskesmas.

(5) Ibu klien yang menemani atau tinggal dengan klien pada saat ini

b) Pemahaman Anak Tentang Sakit Dan Rawat Inap

Anak belum paham karena masih dibawah umur, hanya saja ibu mengatakan An. C saat melihat perawat anaknya selalu menagis.

9. Aktivitas Sehari-hari

a) Nutrisi

No.	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat sakit
1.	Selera makan	Selera makan sangat baik	Selera makan tidak ada / menurun
2.	Menu makan	Bubur	Makanan hanya ASI
3.	Frekwensi makan	Makanan 3× sehari dengan 1 porsi bubur dihabiskan	An. C tidak mau makan
4.	Makan pantangan	-	-
5.	Makanan yang disukai	-	-
6.	Perubahan pola makanan	-	-

7.	Cara makan	An. C disuap oleh ibunya	Tidak mau makan
8.	Ritual saat makan	-	-

b) Cairan

No.	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1.	Jenis minuman	ASI + air putih	ASI + air putih
2.	Frekwensi minuman	An. C minum kurang lebih 7-12 kali sehari	An. C minum \pm 7-9 kali perhari
3.	Kebutuhan garam	-	-
4.	Cara Pemenuhan	-	-

c) Eliminasi

No.	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
BAB			
1.	Tempat pembuangan	Dipampers	Dipampers
2.	Frekwensi (waktu)	1 \times sehari	3 \times sehari
3.	Konsistensi	Padat, lembek	Cair + ampas
4.	Kesulitan	Tidak ada kesulitan	-
5.	Obat pencegah	Tidak ada	Tidak ada
BAK			
6.	Frekwensi	3 \times atau 4 \times sehari	> 3 \times sehari

7.	Volume	1000 cc	1000 cc
8.	Warna atau kejernian	Jernih Kekuningan	Kuning pekat (warna teh pekat)

d) Istirahat Tidur

No.	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1.	Jam tidur - Siang - Malam	Tidak teratur 19.00 wita	Terganggu tidak teratur Tidak teratur
2.	Pola Tidur	Sebelum tidur An. C selalu	Tidak ada kenyamanan
3.	Kebiasaan sebelum tidur	Disusui oleh ibunya	Dan An. C rewel
4.	Kesulitan tidur	Tidak ada	Terganggu karena selalu BAB

e) Personal Hygiene

No	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1.	Mandi - Cara - Frekwensi	An. C dimandi oleh ibunya 2 × sehari	Selama An.C sakit/dirawat Belum pernah mandi Oleh ibunya -

	- Alat mandi	Sebelum mandi	-
2.	Cuci rambut	2x sehari	-
	- Frekwensi	3 × seminggu	-
	- Cara	Dicuci oleh ibunya	-
3.	Gunting kuku		
	- Frekwensi	1 × dalam 2 minggu	-
	- Cara	Dipotong oleh ibunya	-
4.	Gosok gigi	-	-

f) Aktivitas/ Mobilitas Fisik

No.	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1.	Kegiatan sehari-hari	-	-
2.	Pengaturan jadwal	-	-
3.	Pengaturan alat bantu aktivitas	-	-
4.	Kesulitan pergerakan tubuh	Tidak ada	Terhalang oleh infuse

10. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum Klien

(1) KU lemah

(2) Kesadaran Compos mentis

b) Tanda-Tanda Vital

(1) Suhu : 37°C

(2) Nadi : 138 ×/menit

(3) Respirasi : 30 ×/menit

(4) Tekanan darah : -

- c) Antropometri
- (1) Tinggi badan : 60 cm
 - (2) Berat badan : 6300 gram
 - (3) Lingkar lengan atas : 10 cm
 - (4) Lingkar kepala : 34 cm
 - (5) Lingkar dada : 33 cm
 - (6) Lingkar perut : 32 cm
- d) Sistem Pernapasan
- (1) Hidung : Bersih tidak ada peradangan
 - Kelenjar pada leher : Tidak ada pembengkakan pada leher
 - (2) Dada
 - (a) Bentuk dada : Bentuk dada simetris
 - (b) Perbandingan ukuran anterior-posterior dengan transversal :
:
 - (c) Gerakan dada : Simetris antara kiri dan kanan
 - (d) Suara napas : Vesikuler
 - (3) Clubbing finger : Normal
- e) Sistem Cardio Vasculer
- (1) Conjunctiva : Pink
 - (2) Suara jantung S₁, S₂ : Normal (LUB, DUK)
 - (3) Capillary refilling time : ≤ 3 detik
- f) Sistem Pencernaan
- (1) Sklera : Tidak ada ikterus
 - (2) Mulut : mucosa mulut kering
 - (3) Jumlah gigi :
 - (4) Kemampuan menelan : Tidak ada masalah
 - (5) Abdomen : Peristaltik usus 24x/menit
 - (6) Arus : Tampak kemerahan darah anus

g) Sistem Indra

(1) Mata

A. Kelopak mata : Bersih tidak anemis pada kunjungtiva

B. Pemeriksaan virus : -

C. Lapang pandang : -

(2) Hidung

A. Penciuman : Tidak ada masalah pada penciuman

(3) Telingan

(a) Keadaan daun telinga : Bersih tidak ada kelaianan

(b) Fungsi pendengaran : Baik tidak terdapat kuman pada lubang telinga.

h) Sistem Saraf

(1) Fungsi cesebral

a. Status mental : Baik, tidak ada gangguan

b. Kesadaran : Compos mentis

c. Bicara ekspresive : -

(2) Fungsi carnial

a. Nervus I : tidak ada

b. Nervus II : tidak ada

c. Nervus III, IV, VI : tidak ada

d. Nervus V : tidak ada

e. Nervus VI : tidak ada

f. Nervus VII : tidak ada

g. Nervus VIII : tidak ada

h. Nervus IX : tidak ada

i. Nervus X : tidak ada

j. Nervus XI : tidak ada

k. Nervus XII : tidak ada

(3) Fungsi Motorik

An. C tidak mengalami kelemahan otak, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah.

(4) Fungsi Tensus

An. C merasakan semula rangsangan yang diberikan

(5) Refleks Basep

I. Sistem muskulo skeletal

- (1) Kepala : Tidak ada kelainan
- (2) Vertebrata : Tidak ada kelaianan
- (3) Pelvis : Tidak ada kelaianan
- (4) Lutut : Tidak ada kelaianan
- (5) Kaki : Kedua kaki normal
- (6) Tangan : Kedua tangan normal

J. Sistem Intagumen

- (1) Rambut : Pendek
- (2) Kulit : Bersih
- (3) Kutu : Pendek

K. Sistem Endokrin

- (1) Kelenjar thyroïd : Tidak ada pembengkakan pada kelenjar thyroïd
- (2) Ekskresi urine : -

L. Sistem Perkemihan

Tidak ada gangguan pada sistem perkemihan.

M. Sistem Reproduksi Vagina

Bersih tidak ada kelaianan

N. Sistem Imun

Riwayat alergi : Tidak ada riwayat alergi

11. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

- (a) Motorik kasar : -
- (b) Motorik halus : -
- (c) Bahasa : -
- (d) Personal hygiene : Belum mandiri

12. Test Diagnostik

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Hermatologi

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Wbc	5,6	4,6 - 10,00	10 ³ /UL
HGB	10,2	12,0 - 16,0	g/dl
HcT	29,1	35,0 - 45,0	%
MCV	79,3	83,9 - 99,1	fL
MCH	27,8	27,0 - 34,0	Pg
RBC	3,6	4,50 - 5,50	10 ⁶ /UL
PLT	-	-	-

13. Therapi Medis

1. IVFDRL 18 TPM
2. L Bio 2 × 1
3. Zinc 2 × 1
4. Injeksi Paracetamol 70 mg (7 cc) bila demam

C. Daftar Rumusan Masalah

a) Klasifikasi Data

Data Subyektif

- (1) Ibu klien mengatakan anaknya BAB sejak 5 hari yang lalu
- (2) Ibu klien mengatakan anaknya BAB encer $\pm 3\times$ sehari sejak tadi pagi
- (3) Ibu klien mengatakan anaknya lemas
- (4) Ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan
- (5) Ibu klien mengatakan anaknya kemerahan daerah pantat.

Data Obyektif

- (1) Nampak BAB encer $\pm 3\times$
- (2) Mukosa bibir kering
- (3) Turgor kulit kering
- (4) Klien tampak lemas
- (5) Peristaltik $24 \times$ /menit
- (6) Tanda-tanda vital
 - (a) Nadi : $138 \times$ /menit
 - (b) Pernapasan : $30 \times$ /menit
 - (c) Suhu badan : 37°C
- (7) Tamapak kemerahan didaerah anus
- (8) IV RL 18 TPM

ANALISIS DATA

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subyektif - Ibu klien mengatakan anaknya BAB sejak 5 hari yang lalu - Ibu klien mengatakan anaknya BAB	Virus, Parazit, Bakteri, Mikroorganisme ↓ Infeksi pada sel ↓ Berkembang diusus ↓ Hipersekresi air dan elektrolit ↓	Diare

	<p>encer $\pm 3\times$ sehari</p> <p>Data obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Namapak BAB encer $\pm 3\times$ - Peristaltik 24 \times /menit - Anak tampak lemah dan lemas 	<p>Isi rongga usus berlebihan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Diare</p>	
2.	<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya BAB sejak 5 hari yang lalu - Ibu klien mengatakan anaknya BAB encer $\pm 3\times$ sehari - Ibu klien mengatakan anaknya lemas <p>Data obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Namapak BAB encer $\pm 3\times$ - Mukosa bibir kering - Turgor kulit kering - Klien tampak lemah dan lemas - Tanda-tanda vital <ul style="list-style-type: none"> a. Nadi :138 \times/1 	<p style="text-align: center;">Diare</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Frekwensi BAB meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hilangnya cairan dan elektrolit berlebihan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan keseimbangan cairan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Dehidrasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko kekurangan volume cairan</p>	<p>kekurangan volume cairan</p>

	menit b. Pernapasan : 30 ×/1 menit c. Suhu badan : 37 °C - IV terpasang RL 18 TPM		
--	---	--	--

D. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus Data subyektif : - Ibu kline mengatakan anaknya BAB sejak 5 hari yang lalu	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Diare pada pasien teratasi. NOC : - Bowel elimination	NIC : - Diarhae Menagement - Evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal - Ajarkan pasien untuk menggunakan obat anti diare - Evaluasi intake makanan yang masuk

	<p>- Ibu kline mengatakan anaknya BAB encer $\pm 3 \times$ sehari</p> <p>Data obyektif :</p> <p>- Namapak BAB encer $\pm 3 \times$</p> <p>- Peristaltik 24 \times /menit</p> <p>Anak tampak lemah dan lemas</p>	<p>- Electrolyte and acid base balance</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>- Feses berbentuk, BAB</p> <p>- Menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi</p> <p>- Tidak mengalami diare</p> <p>- Menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan</p> <p>- Mempertahankan turgor kulit</p>	<p>- Identifikasi faktor penyebab dari diare</p> <p>- Monitor tanda dan gejala diare</p> <p>- Observasi turgor kulit secara rutin</p> <p>- Ukur diare/keluaran BAB</p> <p>- Hubungi dokter jika ada kenaikan bising usus</p> <p>- Monitor persiapan makanan yang aman</p>
2	<p>Kerusakan integritas kulit b/d ekskresi/BAB sering</p> <p>Data subyektif</p> <p>- Ibu pasien mengatakan kemerahan daerah pantat</p> <p>Data obyektif</p> <p>- Tampak kemerahan daerah anus</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi</p> <p>NOC :</p> <p>- Tissue Integrity : Skin and mucous membranes</p> <p>- Hemodialis akses</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>- Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</p>	<p>NIC :</p> <p>- Pressure management</p> <p>- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>- Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>- Monitor kulit akan adanya kemerahan.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada luka/lesi pada kulit - Perfusi jaringan baik - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaqikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang - Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang kemerahan - Monitor status nutrisi pasien - Memandikan pasien dengan air hangat
--	--	---	--

E. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Tindak Keperawatan

Nama Pasien : An. C
 Nama Mahasiswa : Esmi Sinaga
 NIM : 14401 2017 000191
 Ruang Rawat Inap : Puskesmas Puuwatu
 No. Registrasi :

Tanggal/Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi
Senin 25/Juni/2018	1	1. Menganjurkan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare pada klien	Senin 25/Juni/2018
Jam 09.00			S :
Jam 09.15	2	2. Mengopservasi turgor kulit	- Ibu klien mengatakan anaknya bab encer ± 3x Sehari - Ibu klien mengatakan masih adanya kemerahan pada daerah anus
Jam 11.00	2	3. Anjurkan pada ibu klien untuk mengganti pakaian yang longgar pada klien	O :
Jam 11.15	2	4. Memonitoring kulit akan adanya kemerahan	- Fases berbentuk, BAB sehari sekali tiga kali - Klien belum bisa minum obat - Belum mampu mempertahankan turgor kulit - Keluarga belum mampu mempertahankan kelembaban kulit pada klien - Tampak kemerahan pada bagian anus - Pemberian L. Bio 1tab/oral , Zink 1tab/oral
Jam 12.30	1	5. Penatalaksanaan pemberian medikasi infuse	A :
			- Diare(sedang) - Kerusakan integritas kulit
			P : Intervensi 1,2,3,4 dan 5 di lanjutkan

<p>Selasa 26/Juni/2018</p> <p>Jam 09.00</p> <p>Jam 09.30</p> <p>Jam 09.45</p> <p>Jam 11.00</p> <p>Jam 12.00</p> <p>Jam 12.30</p>	1	1. Mengajukan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare pada klien	<p>Selasa 26/Juni/2018</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya bab encer - Ibu klien mengatakan masih adanya kemerahan pada daerah anus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feses berbentuk, BAB sehari dua kali - Mampu mempertahankan turgor kulit - Keluarga mulai mampu mempertahankan kelembaban kulit pada klien - Tampak kemerahan pada bagian anus - Pemberian L. Bio 1tab/oral , Zink 1tab/oral <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diare (sedang) - Kerusakan integritas kulit <p>P : Intervensi 1,2,3,4, dan 5 di pertahankan</p>
	2	2. Mengobservasi turgor kulit	
	2	3. Anjurkan pada ibu klien untuk mengganti pakaian yang longgar pada klien	
	2	4. Memonitoring kulit akan adanya kemerahan	
	1	5. Penatalaksanaan pemberian medikasi infuse	
	2	6. Mengoleskan lotion atau baby oil pada daerah anus	
<p>Rabu 27/Juni/2018</p> <p>Jam 09.00</p> <p>Jam 09.30</p>	1	1. Mengajukan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare pada klien	<p>Rabu 27/Juni/2018</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya BAB satu kali sehari - Ibu klien mengatakan daerah sekitar anus tidak nampak lagi kemerahan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekwensi BAB satu kali sehari
	2	2. Mengobservasi turgor kulit	

Jam 09.45	2	3. Anjurkan pada ibu klien untuk mengganti pakaian yang longgar pada klien	dengan konsistensi padat - Turgor kulit klien kering - Keluarga mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit - Pada Kulit sekitar anus klien tidak nampak kemerahan lagi - Pemberian L. Bio 1tab/oral , Zink 1tab/oral
Jam. 11.00	2	4. Memonitoring kulit akan adanya kemerahan	
Jam 12.00	1	5. Penatalaksanaan pemberian medikasi infuse	A : Diare teratasi , integritas kulit yang baik di pertahankan P : Intervensi di pertahankan

BAB IV

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian riwayat keperawatan pada klien An. C yang masuk di puskesmas puuwatu pada tanggal 25 Juni 2018 di Ruang Perawatan Anak, klien berjenis kelamin Perempuan, berusia 1 tahun, beragama Islam, beralamatkan Puuwatu. Selaku penanggung jawab klien Ny.H berusia 23 tahun, Bekerja sebagai Ibu rumah tangga. Hubungan penanggung jawab dengan klien adalah sebagai orang tua klien. Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 25 Juni 2018 pada pukul 09:00 WIB dan didapatkan data dari keterangan ibu klien yang mengatakan bahwa klien dibawa ke UGD Puskesmas Puuwatu dengan keluhan BAB encer yang dialami sejak 5 hari yang lalu, diselingi muntah-muntah 2 kali sejak 5 hari sebelum masuk ke puskesmas puuwatu kemudian di Ruang IGD Puskesmas Puuwatu klien diberikan tindakan keperawatan pemasangan infus RL 20 tpm. Setelah diberikan tindakan keperawatan di IGD, kemudian klien dipindahkan ke ruang Perawatan Anak. Pada tanggal 25 Juni 2018 pukul 09.00 WIB di Ruang Perawatan Anak dilakukan pengkajian dan ditemukan data subjektif dari keterangan ibu klien yang mengatakan klien BAB sudah 3x sehari dengan konsistensi feses encer, berlendir disertai muntah 2 kali sehari, Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun, panas sudah 2 hari yang lalu dengan suhu 37°C.

Sesuai dengan data yang di dapat dari ibu klien bahwa anaknya BAB sudah 3 kali sehari dengan konsistensi feses encer, jadi penulis menyatakan bahwa klien di diagnosis mengidap penyakit diare. Menurut teori Nurasalam (2008), mengatakan diare pada dasarnya adalah frekuensi buang air besar yang lebih sering dari biasanya dengan konsistensi yang lebih encer. Diare merupakan gangguan buang air besar atau BAB ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja cair, dapat disertai dengan darah atau lendir (Riskendas, 2013).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegaskan penulis berdasarkan pengkajian data-data yang mendukung penulis untuk mengangkat 2 prioritas diagnosa keperawatan. Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018, adapun diagnosa yang di angkat oleh penulis adalah sebagai berikut :

- 1) Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus.
Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas diagnosa yang pertama didukung dengan data-data yang di dapatkan dari ibu klien. Datanya berupa frekwensi BAB dan konsistensi feses, serta status dehidrasi dan tanda-tanda vital dari klien.
- 2) Kerusakan integritas kulit behubungan dengan ekskresi/BAB sering.
Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas diagnosa kedua di dukung dengan data-data yang di dapat dari ibu klien. Adapun datanya yaitu pigmentasi/warna kulit yang kemerahan pada daerah sekitar anus klien berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

3. Intervensi

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan saat melakukan pengkajian, penulis menyusun intervensi sebagai berikut :

- a) Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi di usus.
Intervensi keperawatan untuk mengatasi diagnosa diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamansi di usus, penulis mengkaji data-data yanga didapatkan dari ibu klien. Adapun data-data yang didapatkan yaitu data frekuwensi dan konsistensi dari feses klien, serta status dehidrasi dan tanda-tanda vital (nadi dana suhu badan) dari klien. Selain melakukan pengkajian penulis juga menganjurkan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare serta mencatat frekuwensi dan konsistensi feses pada klien.
- b) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering.
Intervensi keperawatan untuk mengatasi diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering, penulis mengkaji data-data pada ibu klien. Adapun data-data yang didapatkan yaitu

adanya kemerahan pada bagian anus klien akibat seringnya BAB. Selain mengkaji data-data penulis juga menganjurkan kepada ibu klien untuk menjaga kelembaban dan kebersihan kulit pada klien agar integritas kulit terjaga dengan baik.

4. Implementasi

Setelah dilakukan penyusunan intervensi keperawatan pada klien anak C, penulis melakukan Implementasi keperawatan berdasarkan diagnosis dan intervensi yang telah tersusun. Adapun implementasi yang dilakukan yaitu sebagai berikut :

- a) Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi di usus.
Pada diagnosis ini penulis melakukan implementasi sesuai intervensi yang sudah dibuat. Implementasi yang dilakukan pertama yaitu menganjurkan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare kepada klien, semonitoring frekwensi dan konsistensi dari feses klien, mengobservasi intake makanan yang masuk, mengobservasi turgor kulit, semonitoring status dehidrasi serta tanda-tanda vital dari klien, setelah itu melakukan penatalaksanaan pemberian medikasi infus.
- b) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering.
Pada diaagnosis ini penulis melakukan implementasi sesuai intervensi yang sudah dibuat. Implementasi yang dilakukan pertama yaitu menganjurkan kepada ibu klien untuk memakaikan pakaian yang longgar pada klien, semonitoring kemerahan pada daerah sekitar anus, mengintruksikan ibu klien untuk mengoleskan lotion atau baby oil dan menjaga kebersihan serta kelembaban kulit agar tetap bersih dan kering.

5. Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada klien Anak C dengan diare, penulis melakukan evaluasi keperawatan sebagai berikut :

- 1) Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus.
Pada tanggal 27 Juni 2018 pukul 12.00, Masalah sudah teratasi yang ditandai dengan ibu klien mengatakan klien tidak mengalami diare. BAB satu kali sehari dengan konsistensi feses padat.
- 2) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering.
Pada tanggal 27 Juni 2018 pukul 12.00, masalah integritas kulit pada klien sudah teratasi yang di tandai dengan ibu klien mengatakan bahwa pada daerah sekitar anus klien sudah tidak nampak kemerahan lagi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada anak An. C diare dehidrasi ringan+low diruang perawatan anak puskesmas puuwatu Kota Kendari peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Hasil pengkajian pada An. C didapatkan anak BAB \pm 3 kali, BAB encer, tidak berlendir, anak demam, nafsu makan berkurang, anak malas
- 2) Hasil pengkajian dan analisa data terdapat 5 diagnosa yang muncul pada An. C yaitu hipertermi berhubungan dengan infeksi, kekurangan volume cairan berhubungan kehilangan cairan aktif, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis. Diare berhubungan dengan proses infeksi, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB.
- 3) Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada An. C yaitu perawatan demam, manajemen cairan, manajemen nyeri, manajemen nutrisi, monitor nutrisi, manajemen diare, manajemen tekanan.
- 4) Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi keperawatan ditentukan pada tanggal 25-27 juni 2018. Sebagian besar rencana keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan.
- 5) Evaluasi tindakan keperawatan yang dapat dilakukan selama lima hari dalam bentuk SOAP. Diagnosa keperawatan pada An. C yaitu hipertemi berhubungan dengan proses infeksi teratasi pada hari ketiga, kekurangan volume cairan berhubungan kehilangan cairan aktif teratasi pada hari ke lima, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis teratasi pada hari ke lima. Diare berhubungan dengan proses infeksi teratasi pada hari ke tiga. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB teratasi pada hari ke tiga.

B. SARAN

1. Bagi Puskesmas Puuwatu

Saran peneliti kepada pihak puskesmas puuwatu lebih menyediakan fasilitas dalam melakukan tindakan keperawatan dalam ruangan khususnya fasilitas yang sangat dibutuhkan oleh pasien diare dehidrasi sedang.

2. Perawatan ruangan

saran peneliti bagi perawatan ruangan agar lebih memperhatikan dalam menegakkan diagnosa keperawatan, intervensi yang sudah dilakukan dan mempertahankan agar intervensi berjalan secara optimal.

3. Peneliti selanjutnya

Saran untuk peneliti selanjutnya agar lebih memperhatikan masalah yang dialami pasien khususnya dan mampu bekerja sama dengan baik dengan perawat ruangan agar implementasi keperawatan yang dijalankan dapat terlaksana dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI, (2011). *Buletin data dan kesehatan :Situasi Diare di Indonesia*, Jakarta : Kemenkes
- Wong Donna L. (2008). *Buku Ajaran Keperawatan Pediatrik*. Vol 2. EGC : Jakarta.
- Ngastiyah. (2005). *Perawatan Anak Sakit Edisi Dua*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Nurasalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat A. A. A. (2006). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta. Salemba Medika.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2016). *Diagnosis Keperawatan 2009 – 2011*. Jakarta : EGC
- Nurasalam. (2011). *Manajemen Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : UT.01.02/1/ /2018
Lampiran : 1 (satu) eks.
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Puskesmas Puuwatu
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Emi Sinaga
NIM : 14401 2017 00019 1
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan/ Kelas RPL
Judul Penelitian : Faktor yang Berdasarkan Kejadian Diare pada Anak Balita di Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2018

Untuk diberikan izin penelitian di Puskesmas Puuwatu Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 12 Juli 2018

Direktur,

Askrening, SKM., M.Kes
NIP.196909301990022001



**PEMERINTAH KOTA KENDARI
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PUUWATU**

Jl. Prof. Muh. Yamin No. 64 Telp. 08114035134 Kendari
e-mail : puuwatupuskesmas@gmail.com. Kode Pos 93114



SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor : 234 / Pusk - Pwt / X / 2018

Yang bertanda tangan dibawah :

Nama : **Haris**

Nip : 19641231 198802 1 017

Pangkat / Gol. : **Penata TK. I/III d**

Jabatan : **Kepala Tata Usaha Puskesmas Puuwatu**

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : **Esmi Sinaga**

NIM : **14401 2017 000 191**

Judul Penelitian : **" Asuhan Keperawatan Anak Pada Anak "C" Pasien Diare Diruang
Rawat Ginap Di Puskesmas Puuwatu Tahun 2018."**

Telah melakukan penelitian dari tanggal **11 Agustus sampai selesai**.

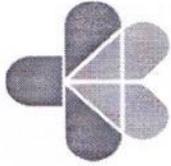
Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 05 September 2018

Kepala Tata Usaha Puskesmas Puuwatu,



Haris
NIP. 19641231 198802 1 017



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI

JL. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA
NO: 274/PP/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Esmi Sinaga
NIM : 14401 2017 00019 1
Tempat Tgl. Lahir : Kendari, 06 Desember 1980
Jurusan : RPL .D.III Keperawatan
Alamat : Jln Pattimura

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan RPL .D.III Keperawatan Tahun 2018

Kendari, 27 Juli 2018

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari



Anakuddin, S. Sos

NIP. 1961123119820310



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI

NO. DL.09.02/5/ 575 /2018

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Esmi Sinaga
Nim : 14401 2017 000191

Benar-benar telah melunasi SPP semester I s/d II yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut :

1. Slip Pembayaran SPP semester I s/d Semester II

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.

Kendari, 27 Juli 2018
Bendaharan Jurusan Keperawatan

Edi R. S. Kep., Ns
NIP. 19860504 201012 1 001