

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA By.Ny.M
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIARE
DI RPA RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH

**NADIATUL FAUZIAH
NIM.PO530320219910**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA By.Ny.M
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIARE
DI RPA RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende



OLEH

NADIATUL FAUZIAH
NIM.PO530320219910

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

2022

LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA By.Ny.M
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIARE
DI RPA RSUD ENDE

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

NADIATUL FAUZIAH
NIM. PO530320219910

Hasil Studi Kasus ini Telah Diperiksa Dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 18 Agustus 2022

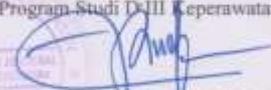
Pembimbing



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns., M.Sc
NIP. 197401132002122001

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende


Aris Wawomeo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN

STUDI KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA By.Ny.M
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIARE
DI RPA RSUD ENDE

OLEH :

NADIATUL FAUZIAH
NIM. PO530320219910

Studi Kasus Ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal 22 Agustus 2022

Penguji Ketua



Raimunda Woga, S.Kp., M.Kep
NIP. 196002111993032002

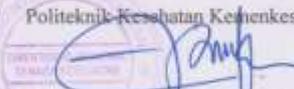
Penguji Anggota



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns., M.Sc
NIP. 197401132002122001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep, Ns, Sp, Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan:

Nama : Nadiatul Fauziah
NIM : PO. 5303202191910
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA By.Ny.M
DENGAN MASALAH UTAMA DIARE DI RSUD
ENDE

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, Agustus 2022

Yang Membuat Pernyataan



Nadiatul Fauziah
PO. 5303202191910

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas berkat yang telah dilimpahkan kepada penulis, maka laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada By.Ny.M Dengan Diagnosa Medis Diare di RSUD”** dapat terselesaikan dengan baik.

Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Dr. Ragu Haming Kristina, SKM, M.Kes, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M.Kep, Ns, Sp.Kep.Kom, Ketua program studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Ende.
3. Ibu Dr. Carolina M. Vianny Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.
4. Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,M.Sc, selaku Dosen pembimbing yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyusun laporan Karya Tulis Ilmiah ini,serta memberikan masukan yang berguna bagi penulis.

5. Raimunda Woga, S.Kp.,M.Kep, selaku Dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini lebih baik.
6. By.Ny.M dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Kedua Orangtuaku, Keluarga tercinta Mama Haja Djohoria, Bapak Haji Aknan, Kakak Siti Rachmad, Kakak Asriani, Kakak Irfan Muslim, Alm Kakak Sairull dan Irdjan, dan seluruh keluarga adik kakak yang selalu mendukung dalam perkuliahan.
8. Sahabat semua (Madam Girl's dan Squad A) dan teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung dengan masukan yang sangat bermanfaat.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan Laporan ini.

Ende, Agustus 2022

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada By.Ny.M Dengan
Diagnosa Medis Diare di RPA RSUD

Nadiatul Fauziah¹
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc²

Latar Belakang : Diare adalah perubahan frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja yang encer. Secara umum, diare disebabkan oleh makanan dan minuman yang terpapar virus, bakteri, atau parasit. Dampak yang terjadi pada penderita diare : Dehidrasi, hipokalemia, hipoglikemia. Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik.

Tujuan : Penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada By.Ny.M dengan masalah utama diare dan menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus nyata. **Metode** : Metode yang digunakan dalam studi kasus adalah metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil : Studi kasus yang ditemukan ibu klien mengatakan klien mencret 5 kali cair, tidak ada isi, tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali di berikan susu formula, ibu klien juga mengatakan klien demam. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari hasil yang dicapai klien yaitu ibu klien mengatakan anaknya masih mencret 2x ada ampas banyak dan berwarna kuning.

Kesimpulan : Studi kasus yang dilakukan pada masalah By.Ny.M sebagian teratasi.

Saran : Bagi perawat yaitu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit Diare dan memfasilitasi pasien dalam melakukan perawatan diri selama di Rumah Sakit. Saran bagi pasien dan keluarga yaitu menjalani terapi pengobatan dengan teratur sehingga mempercepat proses penyembuhan, melakukan perawatan diri sesuai teori yang di terapkan selama perawatan dan berpartisipasi dalam menjaga asupan cairan

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Anak, Diare

Keterangan : (1) Program Studi D III Keperawatan Ende

(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care At By.Ny.M With
The Main Problem of Diarrhea in RPA Hospitals

Nadiatul Fauziah1
Dr. Sicily Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc2

Background : Diarrhea is a change in the frequency of bowel movements more than 3 times a day with watery stool consistency. In general, diarrhea is caused by food and drink exposed to viruses, bacteria, or parasites. The impact that occurs in patients with diarrhea: Dehydration, hypokalemia, hypoglycemia. Qualitative research design with a case study approach. Data collection was done by interviewing (the results of the anamnesis containing the patient's identity, chief complaint, history of current and past illnesses), observation and physical examination.

Objective : The author can carry out nursing care for By.Ny.M with diarrhea as the main problem and analyze the gap between theory and real cases.

Methods : The method used in the case study is a case study method with a Nursing Care approach which includes assessment, diagnosis, intervention, implementation, and nursing evaluation.

Results : The case study found by the client's mother said that the client had 5 liquid diarrhea, no contents, no mucus and white color, vomited every time he was given formula milk, the client's mother also said the client had a fever. After nursing actions for 3 days, the client's results achieved, namely the client's mother said her child was still having diarrhea twice, there was a lot of pulp and it was yellow.

Conclusion : The case study conducted on the By.Ny.M problem was partially resolved.

Suggestion : For nurses, it is to provide information to patients and families about diarrheal diseases and to facilitate patients in carrying out self-care while in the hospital. Advice for patients and families is to undergo therapy treatment regularly so as to speed up the healing process, perform self-care according to the theory applied during treatment and participate in maintaining fluid intake

Keywords: Child Nursing, Diarrhea

Description: (1) Ende Nursing D III Study Program
(2) Ende Nursing D III Study Program Lecturer

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TULIS	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah.....	3
C. Tujuan penulisan	4
D. Manfaat penulisan	5
E. Metode.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Teori.....	7
B. Konsep Masalah Keperawatan	16
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	21
BAB III METODE STUDI KASUS	36
A. Desain studi kasus	36
B. Subjek studi kasus	36
C. Batasan istilah	37
D. Lokasi dan waktu	38
E. Teknik pengumpulan data	38
F. Keabsahan data.....	39
G. Analisa data	39

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	40
A. HASIL.....	40
B. PEMBAHASAN	63
BAB V PENUTUP.....	65
A. KESIMPULAN	65
B. SARAN.....	68
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Batasan Istilah	35
---------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan	8
Gambar 2.2 Pathway	11

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak adalah seseorang yang memiliki kebutuhan yang berbeda dengan orang dewasa dimana kebutuhan anak spesifik disesuaikan dengan pertumbuhan dan perkembangan. Anak membutuhkan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologi, sosial, dan spritual. Anak juga memiliki kekebalan tubuh yang lebih rendah dari orang dewasa, oleh karena itu anak sangat rentan terhadap penyakit. Salah satunya adalah penyakit infeksi, seperti diare.

Diare adalah perubahan frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja yang encer. Secara umum, diare disebabkan oleh makanan dan minuman yang terpapar virus, bakteri, atau parasit. Diare biasanya terjadi karena kurangnya air bersih yang memenuhi persyaratan kesehatan. Air minum yang baik harus steril dan bebas dari zat dan bakteri berbahaya. Namun, banyak masyarakat yang tidak menghiraukan bahaya dari kandungan air yang tidak steril sehingga dapat menyebabkan penyakit, salah satunya yaitu diare (Muhammad, 2019).

Secara global diare mempengaruhi sekitar 1,7 miliar kasus pada anak setiap tahunnya. Dari data World Health Organization (WHO) diare merupakan salah satu penyakit dengan tingkat insidensi dan mortalitas tertinggi di dunia. Penyakit diare adalah penyebab utama kematian pada anak di bawah lima tahun, dan setiap tahunnya dapat membunuh sekitar 525.000 atau 0,030% (WHO, 2019).

Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat pembangunan manusia di Indonesia terus mengalami kemajuan, dimana Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia mencapai 71,92, angka ini meningkat sebesar 0,53 poin atau tumbuh sebesar 0,75% dibandingkan tahun 2018. Salah satu indikator meningkatnya IPM di Indonesia adalah keberhasilannya yaitu mampu ditekannya angka kejadian penyakit menular seperti infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), Pneumonia, Tuberkulosis Paru, Hepatitis, Diare dan Malaria (BPS, 2020). Diare merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dengan prevalensi yang tinggi. Berdasarkan data Kemenkes RI prevalensi diare pada tahun 2018 sebanyak 37,88% atau sekitar 1.516.438 kasus pada balita. Prevalensi tersebut mengalami kenaikan pada tahun 2019 menjadi 40% atau sekitar 1.591.944 kasus pada balita (Ditjen P2P, Kemenkes RI, 2020). Selain itu, Riskesdas melaporkan prevalensi diare lebih banyak terjadi pada kelompok balita yang terdiri dari 11,4 % atau sekitar 47.764 kasus pada laki-laki dan 10,5% atau sekitar 45.855 kasus pada perempuan (Riskesdas, 2018).

Menurut Laporan Profil Kesehatan Indonesia prevalensi diare pada balita di Provinsi NTT pada tahun 2019 sebesar 12,7% dan mengalami kenaikan pada tahun 2020 menjadi 19,9%. Kota Ende merupakan salah satu kota di Provinsi NTT dengan prevelansi diare yang cukup tinggi, yaitu urutan ketiga se-provinsi NTT dengan jumlah 7.518 kasus pada tahun 2018. Sedangkan pada tahun 2019 terdapat sekitar 2.500 kasus atau kurang dari 5000 kejadian diare. Berdasarkan hasil laporan bulanan Rumah Sakit Umum Daerah Ende, Ruang Perawatan Anak bulan Januari-Desember 2021 tercatat sebanyak 64 anak, untuk laki-laki

sebanyak 31 anak dan perempuan 33 anak (50%), (Rekam Medik RSUD Ende, 2021).

Dampak atau resiko dari penyakit Diare pada anak jika tidak ditangani bisa menyebabkan dehidrasi. Dibandingkan orang dewasa, anak-anak dan juga balita lebih rentan mengalami dehidrasi karena sebagian besar proporsi jumlah cairan terdiri dari air. Dehidrasi berat dapat menyebabkan penurunan kesadaran, kejang, kerusakan otot, bahkan kematian. Upaya penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mencegah morbidity dan mortalitas pada anak akibat diare diantaranya, dengan rehidrasi yang berfungsi untuk mengganti cairan tubuh yang hilang akibat dehidrasi. Upaya lain yang dilakukan adalah pengobatan sintomatik dan pengobatan kausatif. Pengobatan simtomatik dilakukan untuk mengurangi gejala yang dialami akibat diare, sedangkan pengobatan kausatif dilakukan dengan memberikan antibiotik untuk membunuh mikroorganisme penyebab diare. (Fratwi, 2015).

Melihat permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang “Asuhan Keperawatan pada By.Ny.M dengan masalah utama Diare di RSUD Ende.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

“Bagaimana Asuhan Keperawatan pada By.Ny.M dengan Diagnosa Medis Diare di RPA RSUD Ende ?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada By.Ny.M dengan Diagnosa Medis Diare di RPA RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

a. Mampu melakukan Pengkajian pada By.Ny.M dengan Diagnosa Medis Diare di RPA RSUD Ende.

b. Mampu menegakkan Diagnosa keperawatan pada By.Ny.M dengan Diagnosa Medis Diare di RPA RSUD Ende.

c. Mampu menyusun Perencanaan keperawatan pada By.Ny.M dengan Diagnosa Medis Diare di RPA RSUD Ende.

d. Mampu melaksanakan Implementasi keperawatan pada By.Ny.M dengan Diagnosa Medis Diare di RPA RSUD Ende.

e. Mampu melakukan Evaluasi keperawatan pada By.Ny.M dengan Diagnosa Medis Diare di RPA RSUD Ende.

f. Mampu menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pada By.Ny.M dengan Diagnosa Medis Diare di RPA RSUD Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat teoritis

Manfaat studi pada Anak dengan masalah Diare adalah sebagai pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Diagnosa Medis Diare.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Anak dan Keluarga

Studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menambah pengetahuan Anak dan Keluarga sehingga mampu melakukan pencegahan dan pengobatan secara mandiri terhadap Anak.

b. Bagi Rumah Sakit

Studi kasus yang dilakukan diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan secara khusus pada Anak dengan Diagnosa Medis Diare.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada Anak dengan dengan Diagnosa Medis Diare

E. Metode studi kasus

1. Kepustakaan

Penulis menggunakan berbagai buku sumber untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan penyakit Diare

2. Konsultasi

Penulis melakukan konsultasi dengan Dosen pembimbing tentang berbagai hal yang berhubungan dengan Diare

3. Layanan internet

Penulis menggunakan layanan Internet untuk mendapatkan beberapa informasi yang berkaitan dengan masalah Diare

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Bio Medis

1. Pengertian

Diare berasal dari berbagai bakteri yang terjadi karena infeksi organisme *disentri basiler*, bakteri termaksud virus dan protozoa. (Tahir A, W,2013).

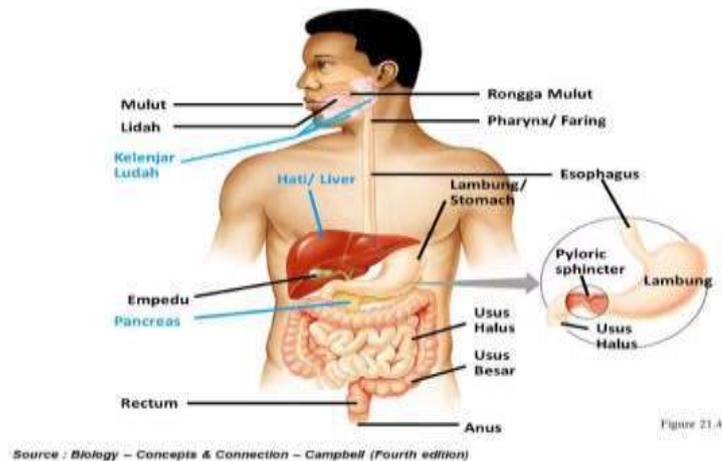
Diare adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak dengan konsistensi feses encer dan berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Ngastiah, 2012).

Diare merupakan sebuah penyakit yang disebabkan oleh bakteri yang dapat menular melalui makanan dan minuman. Diare juga dapat ditandai dengan bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara cair dengan frekuensi sering (Prawati Haqi, 2019).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan diare adalah perubahan frekuensi buang air besar lebih sering dari biasanya yang ditandai dengan konsistensi feses cair, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja.

2. Anatomi fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan (Evelyn C. Pearce, 2011)

b. Fisiologi

Usus halus adalah bagian dari sistem pencernaan yang bentuknya seperti tabung dan susunannya berupa lipatan-lipatan melingkar. Panjang usus halus kira-kira 6 meter, dan, letaknya di daerah umbilikus dan dikelilingi usus besar. kira-kira sekitar merupakan bagian dari system pencernaan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada sekum. Panjangnya kira-kira 6 meter, merupakan saluran pencernaan yang paling panjang dari tempat proses pencernaan dan absorpsi pencernaan. Bentuk dan susunannya berupa lipatan-lipatan melingkar.

Fungsi usus halus yaitu menerima zat-zat makanan yang sudah dicerna untuk di serap melalui kapiler kapiler darah dan saluran-saluran limfe, menyerap protein dalam bentuk asam amino, karbohidrat diserap dalam bentuk monosakarida.

3. Etiologi

Penyebab Diare dapat berasal dari faktor infeksi, faktor malabsorpsi, faktor makanan, dan juga faktor psikologis. Faktor infeksi terdiri dari infeksi enteral dan infeksi parenteral. Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan makanan, infeksi ini meliputi infeksi bakteri (contohnya : *Vibrio*, *E.coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*), infeksi virus (contohnya : *Enterovirus*, *Rotavirus*), dan infeksi parasit (contohnya : cacing, protozoa, jamur). Infeksi parenteral yaitu infeksi di luar alat pencernaan makanan seperti *Otitis Media Akut (OMA)*, *tonsilitis/tonsilofaringitis*, *bronkopneumonia*, *ensefalitis*. Faktor malabsorpsi terdiri dari malabsorpsi karbohidrat seperti : disakarida (contohnya : intoleransi laktosa, maltosa dan sukrosa), monosakarida (contohnya : intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa), malabsorpsi lemak, dan juga malabsorpsi protein. Faktor makanan terdiri dari makanan besi, beracun, alergi terhadap makanan. Faktor psikologis terdiri dari rasa takut dan cemas (Ngastiah, 2012).

4. Manifestasi

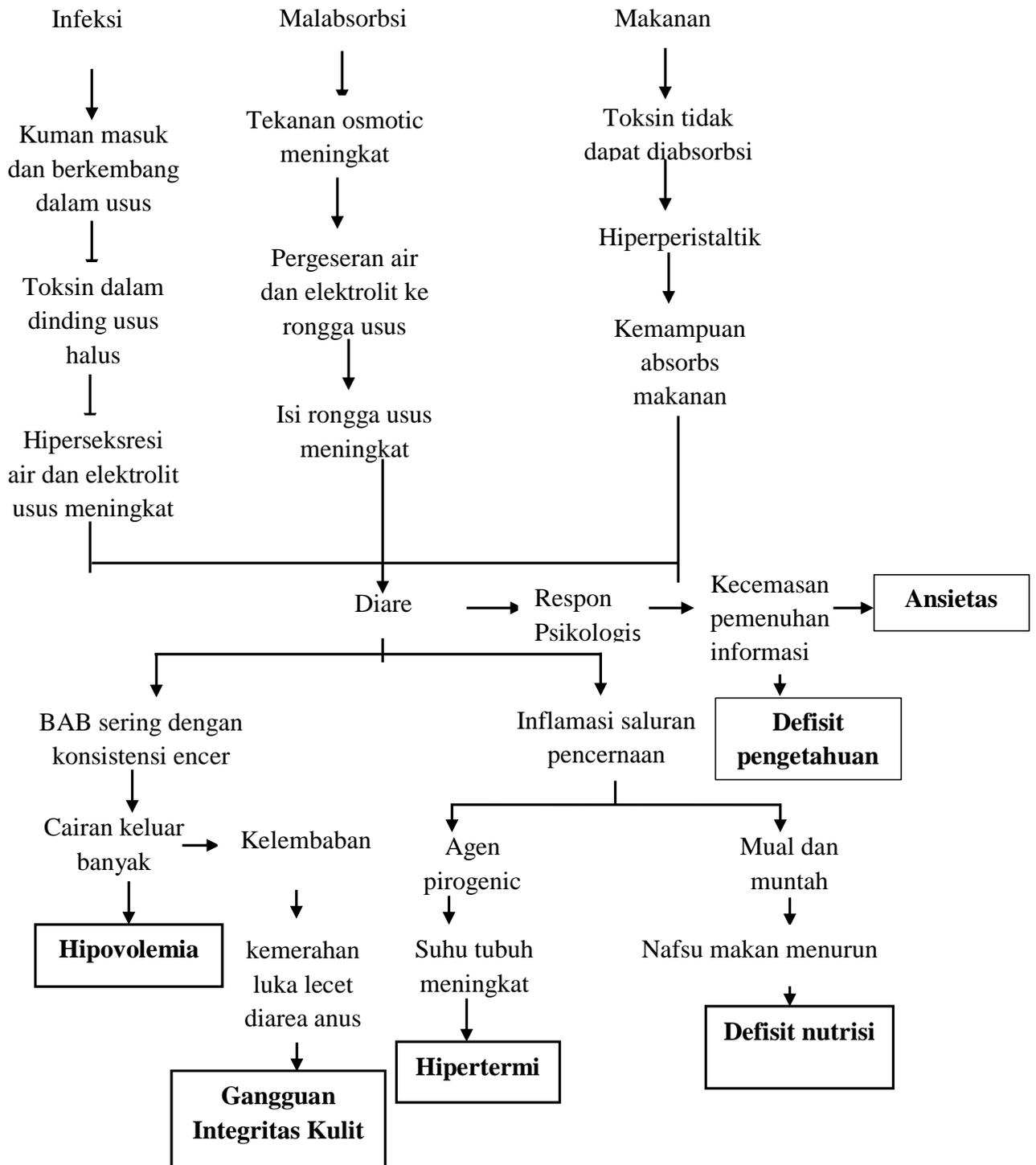
Manifestasi klinis anak diare menurut Ngastiah, (2012) ialah : Berawal dari anak yang mulai gelisah, cengeng, suhu tubuh meningkat, dan nafsu makan menurun. Muncul gejala sering buang air besar dengan frekuensi sering, konsistensi tinja cair mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja makin lama berubah kehijauan karena bercampur empedu. Bagian anus dan sekitarnya terlihat lecet karena seringnya difekasi dan tinja lebih asam karena banyaknya asam laktat. Bila pasien telah banyak kehilangan

cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai nampak ; yaitu berat badan menurun, turgor kulit jelas menurun, dan pada anak terlihat di bagian ubun – ubun dan mata cekung, membran mukosa kering.

5. Patofisiologis

Ada beberapa faktor yang menyebabkan diare yaitu faktor infeksi, faktor malabsorpsi, dan faktor makanan. Dalam faktor infeksi pertama kalinya yaitu mikroorganisme ke dalam saluran pencernaan yang berkembang ke dalam usus dan merusak sel mukosa yang dapat menurunkan usus. Perubahan yang terjadi dalam kapasitas usus dapat menyebabkan gangguan fungsi usus dalam penyerapan cairan dan elektrolit. Faktor lain yaitu malabsorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga menimbulkan pergeseran cairan dan elektrolit ke dalam usus yang meningkatkan rongga usus terjadi diare. Faktor lain pada makanan yang terjadi pada toksin tidak diserap dengan baik, sehingga menimbulkan peningkatan dan penurunan peristaltik yang mengakibatkan penurunan penyerapan makanan yang mengakibatkan terjadinya diare (Najah, Hidayatun, 2020).

6. Pathway



Gambar 2.2. Pathway Diare (Nurarif & Kusuma, 2016)

7. Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan diare adalah Pada pasien yang dengan diare akan di perlukan pemeriksaan penunjang yaitu antara lain: pemeriksaan darah tepi lengkap (*hemoglobin, hematokrit, leukosit, jumlah leukosit*), kadar elektrolit serum, ureum dan kreatinin, pemeriksaan tinja (*makroskopis dan mikroskopis, Ph dan kadar gula dalam tinja, Biakan dan resistensi feses (colok dubur)*) dan foto *x-ray abdomen*. Pasien dengan diare karena virus biasanya mempunyai jumlah dan hitung jenis leukosit yang normal atau limfositosis. Pasien dengan infeksi bakteri terutama bakteri yang invasi ke mukosa, memiliki leukositosis dengan kelebihan darah putih. Neutropenia dapat timbul pada *sammelosis*.

Ureum dan kreatinin diperiksa untuk mengetahui adanya kekurangan volume cairan dan mineral tubuh. Pemeriksaan tinja dilakukan untuk melihat adanya leukosit dalam tinja yang menunjukkan adanya infeksi bakteri, adanya telur cacing dan parasit dewasa. Pasien yang telah mendapatkan pengobatan antibiotik dalam tiga bulan sebelumnya atau yang mengalami diare di rumah sakit sebaiknya di periksa tinja untuk pengukuran *toksin slostridium difficile*. *Rektoskopi* atau *sigmoidoskopi* perlu di pertimbangkan pada pasien-pasien yang toksik, pasien dengan diare berdarah atau pasien dengan diare akut perristen. Pada sebagian besar, *sigmoidoskopi* mungkin adekuat sebagai pemeriksaan awal (Wong, 2009).

8. Penatalaksanaan

Menurut Ngastiyah (2012) penatalaksanaan yaitu:

a. Penatalaksanaan Medis

1) Pemberian cairan : hal penting yang perlu diperhatikan yaitu jenis cairan, cara memberikan cairan, jumlah pemberiannya.

1) Cairan per oral : pada anak dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berisikan NaCl dan NaHCO₃, KCL, dan glukosa.

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

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

a) Susu (ASI atau susu formula yang mengandung laktosa rendah ada 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 susu yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh

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.

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 rehidrasi telah terjadi, infus dihentikan, pasien diberikan makan lunak atau secara realimentasi.

9. Komplikasi

Menurut Ngastiyah (2012), komplikasi pada anak penderita diare adalah sebagai berikut:

- a. Dehidrasi adalah kondisi tubuh yang kekurangan cairan, dehidrasi terdiri dari : ringan, sedang dan berat, hipotnik, isotonik, atau hipertonik.
- b. Renjatan Hipovolemik adalah kondisi gawat darurat yang disebabkan oleh hilangnya darah dan cairan tubuh dalam jumlah yang besar, sehingga jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh.
- c. Hipokalemia adalah suatu kondisi ketika kadar kalium dalam peredaran darah seseorang lebih rendah daripada normal, yaitu di bawah 3,5 mEq/L. Seperti diketahui, elektrolit memiliki fungsi yang sangat penting dalam tubuh. Hipokalemia ditandai dengan lemah, meteorismus, hipotoni otot, bradikardia, perubahan elektrokardiogram)
- d. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase
- e. Malnutrisi energi protein, (akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik)

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Hipovolemia

- a. Definisi : penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler.
- b. Kriteria masalah :
 - 1) Merasa lemah
 - 2) Mengeluh haus
 - 3) Frekuensi nadi meningkat
 - 4) Nadi teraba lemah
 - 5) Turgor kulit menurun
 - 6) Membran mukosa lemah
- c. Faktor yang berhubungan
 - 1) Kehilangan cairan aktif
 - 2) Kegagalan mekanisme regulasi
 - 3) Kekurangan intake cairan

2. Hipertemia

- a. Definisi : suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.
- b. Kriteria masalah : -
- c. Faktor yang berhubungan
 - 1) Dehidrasi
 - 2) Terpapar lingkungan panas
 - 3) Proses penyakit

3. Defisit nutrisi

- a. Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
- b. Kriteria masalah :
 - 1) Cepat kenyang setelah makan
 - 2) Kram/nyeri abdomen
 - 3) Nafsu makan menurun
 - 4) Berat badan menurun minimal 10%
 - 5) Bising usus hiperaktif
 - 6) Otot pengunyah lemah
 - 7) Otot menelan lemah
 - 8) Membran mukosa pucat
- c. Faktor yang berhubungan
 - 1) Ketidakmampuan menelan makanan
 - 2) Ketidakmampuan mencerna makanan
 - 3) Ketidakmampuan mengabsorpsi metabolisme
 - 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
 - 5) Faktor ekonomi
 - 6) Faktor psikologis

4. Gangguan Integritas Kulit

- a. Definisi : kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).
- b. Kriteria Masalah :
 - 1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
 - 2) Nyeri
 - 3) Perdarahan
 - 4) Kemerahan
 - 5) Hematoma
- a. Faktor yang berhubungan
 - 1) Perubahan sirkulasi
 - 2) Perubahan status nutrisi
 - 3) Kekurangan/kelebihan cairan
 - 4) Suhu lingkungan yang ekstrim
 - 5) kelembaban

5. Ansietas

a. Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

b. Kriteria masalah :

- 1) Merasa bingung
- 2) Merasa khawatir
- 3) Sulit berkonsentrasi
- 4) Merasa tidak berdaya
- 5) Merasa pusin
- 6) Tampak gelisah
- 7) Tampak tegang
- 8) Tremor

c. Faktor yang berhubungan :

- 1) Krisis situasional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Ancaman terhadap kematian
- 4) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- 5) Terpapar bahaya lingkungan

6. Defisit pengetahuan

a. Definisi : ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

b. Kriteria masalah :

- 1) Menanyakan masalah yang dihadapi
- 2) Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran
- 3) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
- 4) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis.apatis, bermusuhan)

c. Faktor yang berhubungan :

- 1) Keterbatasan kognitif
- 2) Kurang terpapar informasi
- 3) Kurang minat belajar
- 4) Kurang mampu mengingat
- 5) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah awal dan dasar untuk memberikan asuhan keperawatan, dalam hal ini perawat mengumpulkan data status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh dan singkat. Dalam pengumpulan data dapat melihat status kesehatan pasien dan masalah-masalah yang dirasakan pasien (Hutahaean Serri, 2010).

a. Pengumpulan Data

1) Biodata

Mengkaji biodata dari pasien ataupun penanggung jawab. Biodata yang berisikan tentang nama, umur, alamat, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan.

2) Data biologis

a) Keluhan utama : merupakan keluhan yang paling sering dirasakan dan yang paling sering mengganggu pasien pada sat itu. Keluhan utama pasien dijadikan sebagai acuan dalam menggali informasi lebih dalam, melakukan pemeriksaan, dan pemberian tindakan.

Biasanya pasien mengeluh buang sering air besar dengan konsistensi tinjanya cair.

b) Riwayat penyakit sekarang : merupakan rincian dari keluhan utama yang berisi tentang riwayat perjalanan pasien selama mengalami keluhan secara lengkap.

Keluhan pasien yang dirasakan saat ini : badan lemas, nyeri, demam disertai nafsu makan menurun. Biasanya timbul diare, tinja makin cair, dan kehilangan banyak cairan dan elektrolit.

- c) Riwayat penyakit dahulu : merupakan riwayat penyakit fisik maupun psikologik yang pernah diderita pasien sebelumnya.

Riwayat penyakit dahulu Keluhan pasien terhadap penyakit sebelumnya seperti pasien dulu pernah menderita penyakit seperti diare atau penyakit lainnya.

- d) Riwayat penyakit keluarga : sejarah keluarga memegang penting dalam kondisi kesehatan seseorang. Penyakit yang muncul pada lebih dari satu orang keluarga terdekat dapat meningkatkan resiko untuk menderita penyakit tersebut.

3) Pengkajian data perpola

- a) Aktivitas/istirahat

Kelemahan, kelelahan, malaise, cepat lelah, insomnia, tidur tidak semalaman karena diare, merasa gelisah dan ansietas.

- b) Sirkulasi

Takikardia (respons terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi, dan nyeri), kemerahan, TD, hipotensi, termasuk postural, kulit/membran mukosa, turgor buru, keringan, lidah pecah-pecah (dehidrasi/malnutrisi)

- c) Eliminasi

Tekstur feses bervariasi dari bentuk lunak sampai bau atau berair

4) Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan kepala

Rambut tampak bersih, rambut warna hitam, tidak rontok, tidak ada benjolan, ubun- ubun besar cekung, mengukur lingkaran kepala.

Pemeriksaan mulut

Diare tanpa dehidrasi : mulut dan lidah basah,

Diare dehidrasi ringan : mulut dan lidah kering,

Diare dehidrasi berat: mulut dan lidah sangat kering, tidak ada stomatitis

b) Abdomen

Pada abdomen anak biasanya terdapat distensi abdomen, bising usus meningkat, supel.

c) Sistem integumen

Warna kulit sianosis, akral teraba hangat, turgor kulit menurun.

b. Tabulasi Data

Nafsu makan menurun, kram/nyeri abdomen, berat badan menurun, bising usus hiperaktif, membran mukosa pucat, otot menelan lemah, suhu tubuh diatas normal, kulit merah, takikardi, takipnea, kejang, kulit terasa hangat, merasa lemah, mengeluh haus, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, merasa nyeri, tampak kemerahan, terdapat jaringan atau kulit rusak, merasa khawatir, merasa bingung, tampak gelisah, tampak tegang, menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

c. Klasifikasi Data

DS : nafsu makan menurun, kram/nyeri abdomen, merasa lemah, merasa nyeri, merasa khawatir, merasa bingung, menanyakan masalah yang dihadapi.

DO : berat badan menurun, bising usus hiperaktif, membran mukosa pucat, otot menelan lemah, suhu tubuh diatas normal, kult merah, takikardi, takipnea, kejang, kulit terasa hangat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, tampak gelisah, tampak kemerahan, terdapat jaringan atau kulit rusak, tampak tegang, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

d. Analisa Data

Data subjektif : merasa lemah, mengeluh haus

Data objektif : nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Data subjektif : -

Data objektif : suhu tubuh diatas normal, kult merah, takikardi, takipnea, kejang, kulit terasa hangat.

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit.

Data subjektif : nafsu makan menurun, kram/nyeri abdomen

Data objektif : berat badan menurun, bising usus hiperaktif, membran mukosa pucat, otot menelan lemah

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Data subjektif : merasa nyeri

Data objektif : tampak kemerahan, terdapat jaringan atau kulit rusak

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Kelembaban

Data subjektif : merasa khawatir, merasa bingung

Data objektif : tampak gelisah, tampak tegang

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Data subjektif : menanyakan masalah yang dihadapi

Data objektif : menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Berdasarkan tanda dan gejala diatas masalah keperawatan yang ditemukan adalah Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah tindakan penilaian klinis mengenai masalah kesehatan pasien. Diagnosa bertujuan untuk mengetahui respon dari klien, keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan masalah Diare adalah:

a. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Ditandai dengan :

DS : merasa lemah, mengeluh haus

DO : nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering

b. Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit

Ditandai dengan :

DS : -

DO : suhu tubuh diatas normal, kulit merah, takikardi, takipnea, kejang, kulit terasa hangat.

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Ditandai dengan :

DS : nafsu makan menurun, kram/nyeri abdomen

DO : berat badan menurun, bising usus hiperaktif, membran mukosa pucat, otot menelan lemah

d. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Kelembaban

Ditandai dengan :

DS : merasa nyeri

DO : tampak kemerahan, terdapat jaringan atau kulit rusak

e. Ansietas berhubungan dengan kritis situasional

Ditandai dengan :

DS : merasa khawatir, merasa bingung

DO : tampak gelisah, tampak tegang

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Ditandai dengan :

DS : menanyakan masalah yang dihadapi

DO : menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan yang dilakukan perawat yang berdasarkan pengetahuan bertujuan untuk mencapai luaran (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018)

a. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Ditandai dengan :

DS : merasa lemah, mengeluh haus

DO : nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi membaik, turgor kulit membaik, membran mukosa membaik.

Intervensi :

1) Periksa dan tanda gejala hipovolemia

Rasional : menunjukkan adanya tanda dan gejala yang menyebabkan kehilangan cairan

2) Monitor intake dan output cairan

Rasional : pengawasan terkait tindakan rehidrasi yang dianjurkan sesuai program

3) Monitor status cairan

Rasional : memantau adanya tanda-tanda kehilangan cairan

4) Berikan asupan cairan oral

Rasional : mempertahankan istirahat usus akan memerlukan penggantian cairan untuk memperbaiki kehilangan/anemia

5) Kolaborasi pemberian cairan IV

Rasional : mengambat pertumbuhan pathogen penyebab diare

b. Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit

Ditandai dengan :

DS :-

DO : suhu tubuh diatas normal, kulit merah, takikardi, takipnea, kejang, kulit terasa hangat.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Hipertermi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Suhu tubuh dalam batas normal, menggigil menurun

Intervensi :

1) Identifikasi penyebab hipertermia

Rasional : mengetahui terjadinya peningkatan suhu dan ketidakmampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas

2) Monitor suhu tubuh

Rasional : mengetahui perkembangan suhu tubuh secara tiba-tiba

3) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Rasional : mengetahui penyebab terjadinya peningkatan suhu dan ketidakmampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas

4) Logarkan atau lepaskan pakaian

Rasional : mempermudah tindakan dalam proses menurunkan suhu

5) Berikan cairan oral

Rasional : memberikan cairan pengganti untuk menghindari terjadi dehidrasi akibat suhu yang tinggi

6) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Rasional : mengganti cairan dan elektrolit secara adekuat

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Ditandai dengan :

DS : nafsu makan menurun, kram/nyeri abdomen

DO : berat badan menurun, bising usus hiperaktif, membran mukosa pucat, otot menelan lemah

Tujuan dan kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Porsi makan meningkat, berat badan meningkat, nafsu makan meningkat.

Intervensi :

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : menunjukkan status nutrisi dari pasien yang mengalami penurunan nutrisi

2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : selera makanan yang disukai meningkatkan nafsu makan

3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien

Rasional : menunjukkan kalori dan nutrien yang di butuhkan pasien

4) Monitor berat badan

Rasional : memberikan informasi tentang kebutuhan diet/keefektifan terapi

5) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional : memberikan ketertarikan pasien terhadap makanan yang juga meningkatkan nafsu makan

6) Berikan suplemen makanan

Rasional : membantu pasien agar lebih lahap dalam makanan

7) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional : kepatuhan terhadap diet dapat mencegah komplikasi

8) Kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional : program ini membantu dan mempercepat proses penyembuhan

d. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Kelembaban

Ditandai dengan :

DS : merasa nyeri

DO : tampak kemerahan, terdapat jaringan atau kulit rusak

Tujuan dan kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil : elastisitas meningkat, kerusakan lapisan menurun, perdarahan menurun, nyeri menurun.

Intervensi :

1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Rasional : mengetahui penyebab terjadinya kerusakan pada kulit

2) Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering

Rasional : menjaga kulit pasien tetap lembab dan tidak kering

3) Anjurkan menggunakan pelembab

Rasional : menjaga kenyamanan pasien

4) Anjurkan minum air yang cukup

Rasional : menghindari terjadinya dehidrasi pada pasien

5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem

Rasional : menjaga turgor kulit pasien, menghindari terjadinya kekeringan

6) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Rasional : tetap mempertahankan personal higienitas pasien

7) Berikan salep yang sesuai ke kulit, jika perlu

Rasional : mengurangi kerusakan kulit yang berlebihan

e. Ansietas berhubungan dengan kritis situasional

Ditandai dengan :

DS : merasa khawatir, merasa bingung

DO : tampak gelisah, tampak tegang

Tujuan dan kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil : verbalisasi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi menurun.

Intervensi :

- 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
Rasional : mengetahui penyebab dari ketidakmampuan berkonsentrasi
- 2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
Rasional : membandingkan keefektifan relaksasi yang sebelumnya pernah digunakan dengan relaksasi yang akan digunakan
- 3) Identifikasi kesiapan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya
Rasional : membandingkan adanya perubahan setelah terapi
- 4) Monitor respons terhadap terapi relaksasi
Rasional : mendeteksi adanya respon yang dihasilkan dari terapi relaksasi
- 5) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi

Rasional : mencegah timbulnya pertanyaan dalam dirinya yang akan meningkatkan kecemasan

6) Kolaborasi pemberian obat antiansietas

Rasional : obat anti ansietas dapat menurunkan tingkat kecemasan yang berat

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan

Ditandai dengan :

DS : menanyakan masalah yang dihadapi

DO : menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Tujuan dan kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah Defisit pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil : kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi :

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : Mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi

2) Identifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional : Mengetahui pemahaman tentang faktor yang mempengaruhi kesehatan

- 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional : Mempermudah pasien dalam menerima informasi kesehatan

- 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional : membuat kontrak waktu dengan pasien yang terjadwal

- 5) Berikan kesempatan bertanya

Rasional : memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya hal yang belum dipahami

- 6) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional : memberi pemahaman pada pasien tentang perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri atau independen dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri atau independen adalah aktivitas perawatan yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama seperti dokter dan petugas kesehatan lain.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan dari proses keperawatan, proses yang berkelanjutan untuk menjamin kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan, yang dilakukan dengan meninjau respons pasien untuk melakukan keefektifan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses setiap selesai dilakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil membandingkan antara tujuan dengan kriteria hasil.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rangsangan /desain studi kasus

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentai mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya pasien, keluarga, kelompok, komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada anak dengan Diare. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada anak dengan masalah diare.

B. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah individu dengan masalah diare pada anak dengan kasus yang di kelola secara rinci. Adapun subjek yang akan diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1. Batasan Istilah

No	Istilah	Definisi
1	Diare	Diare merupakan sebuah penyakit yang disebabkan oleh bakteri yang dapat menular melalui makanan dan minuman. Diare juga dapat ditandai dengan dengan bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara cair dengan frekuensi sering
2	Asuhan keperawatan	Suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spritual yang diberikan langsung kepada pasien dengan masalah diare pada anak

D. Lokasi dan waktu penelitian

a. Tempat

Penelitian ini akan dilakukan pada anak dengan masalah diare di Ruang Perawatan Anak RSUD Ende.

b. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan 18-20 Juli 2022.

c. Prosedur pengumpulan data

Penelitian ini diawali penyusunan proposal usulan penulisan karya tulis ilmiah oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Prosedur pengumpulan datanya yaitu mengantar surat penelitian ke RSUD Ende, setelah mendapat data dari RSUD Ende langsung turun ke pasien setelah dilakukan pengisian *format informed consent*. Data yang diperoleh berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara serta pemberian asuhan keperawatan kepada kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

d. Teknik pengumpulan data

Dalam studi kasus ini menggunakan metode pengumpulan data dalam penelitian deskriptif yaitu :

1. Wawancara

Wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu dan keluarga. Dalam mencari informasi peneliti melakukan dua jenis wawancara, yaitu autoanamnese

(wawancara yang dilakukan dengan subjek (klien) dan aloanamnese (wawancara dengan keluarga klien).

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi ini menggunakan observasi partipasi adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data studi kasus melalui pengamatan, pemeriksaan pada studi kasus ini dengan pendekatan komunikasi terapeutik pada klien.

Pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data melalui 4 cara dalam pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada tubuh klien

3. Studi dokumentasi

Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil dari pemeriksaan dignostik dan data lain yang relevan.

4. Keabsahan data

Untuk membuktikan kualitas data yang diperoleh dari penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

5. Analisa data

Analisa data dilakukan dengan cara deskriptif yaitu menjelaskan faktor yang ada yang selanjutnya atau dikaitkan dan dibandingkan dengan teori yang ada dituangkan kedalam opini pembahasan. Teknik yang digunakan dengan cara menarasikan data yang diperoleh oleh penulis setelah dilakukan pengolahan data dan didapatkan hasil penelitian disatirkan dalam teks.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya diruangan perawatan anak. Ruang perawatan anak merupakan salah satu unit pelayanan rawat inap yang ada di RSUD Ende yang khususnya untuk merawat anak-anak yang sakit dan harus dirawat di RSUD Ende. Ruang anak memiliki kapasitas 17 tempat tidur yang terdiri dari kamar VIP 1-3, Kelas IA-ID, Kelas II, Kelas III.

2. Gambaran Subyek Studi Kasus

Subyek dalam studi kasus Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah By.Ny.M umur 4 bulan 20 hari, beragama Katolik, jenis kelamin Laki-laki yang beralamatkan Jalan Gatot Subroto. By.Ny.M tinggal bersama orang tua kandungnya yakni Tn.S yang merupakan Ayah kandung dari By.Ny.M umur: 38 tahun, Agama: Katolik, pendidikan: SMP, pekerjaan: Wiraswasta, dan Ibu Ny.M, umur: 35 tahun, Agama: Katolik, pendidikan: S1 FKIP, pekerjaan: Guru. By.Ny.M di diagnosa menderita penyakit GEA dengan Dehidrasi Ringan yang sudah berobat RSUD Ende pada tanggal 16 Juli 2022 dan rawat inap di Ruangan Perawatan Anak Ende.

3. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Senin, tanggal 18 juli 2022, metode pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara kepada orang tua (ibu), observasi, dan pemeriksaan fisik.

1) Pengumpulan Data

Ibu klien mengatakan anaknya mencret sejak satu hari yang lalu sebanyak 7 kali, warnanya putih, dan tidak ada isi (cair) oleh keluarga anak langsung dibawa ke UGD. Riwayat Kesehatan, Riwayat Penyakit Saat ini : Klien masuk RS di hari Sabtu, 16-07-2022, jam 23.50 diantar orang tuanya dengan keluhan mencret sejak satu hari yang lalu (15-07-2022) sebanyak 7 kali, warna putih, dan tidak ada isi (cair). Saat ini ibu klien mengatakan klien mencret 5 kali cair, tidak ada isi, dan berwarna putih, muntah setiap kali di berikan susu formula, ibu klien juga mengatakan klien demam. Riwayat Kesehatan Sebelumnya : Ibu klien mengatakan waktu lahir klien pernah dirawat diruangan Perinatal dan dimasukkan ke dalam Inkubator karena Berat Badan Rendah (2kg). Ibu klien juga mengatakan pada waktu usia 2 bulan klien pernah menderita batuk dan pilek, klien dibawa ke Puskesmas Kota dan diberi pengobatan. Klien tidak ada riwayat penyakit berbahaya atau menular.

Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan : ibu klien mengatakan saat ini klien berumur 4 bulan 20 hari dengan berat badan 6,3 kg dan tinggi badan 61 cm. saat ini klien sudah dapat mengangkat kaki dan tangan dan juga menendang nendang.

Masa Prenatal : Ibu mengatakan selama hamil ibu selalu memeriksa ke Puskesmas Kota sebanyak 8 kali, kebutuhan ibu pada saat hamil baik dan ibu mengkonsumsi 4 sehat dan 5 sempurna. Masa Natal : Ibu mengatakan ibu melahirkan di RSUD Ende secara normal ditolong dokter, bidan, dan perawat. Berat badan klien pada waktu lahir yakni 2 kg dan panjang 48 cm, waktu lahir klien langsung nangis, diberikan tindakan inisiasi menyusui dini dan klien langsung diberi ASI. Karena berat badan klien 2 kg, klien dirawat di inkubator selama 5 jam yakni dari jam 10.00-17.00 WITA. Masa Post Natal : Ibu mengatakan ibu menyusui klien dari usia 0-3 bulan, dan sekarang diusia 4 bulan ibu memberikan susu formula (SGM) 6x24 jam sebanyak 60cc, alasannya karena produksi ASInya menurun. Ibu klien juga mengatakan bahwa ibu tidak memakai KB apapun.

Riwayat Imunisasi : Ibu klien mengatakan klien sudah imunisasi HB0, BCG, DPT1, DPT2, dan Polio. Untuk DPT3 belum karena demam disaat mau imunisasi.

Riwayat Nutrisi : Ibu klien mengatakan ibu memberikan ASI usia 0-3 bulan, disaat klien usia 4 bulan produksi ASI

menurun sehingga ibu memberikan susu formula (SGM) hingga saat ini.

Hasil pengkajian fisik, Keadaan umum: klien tampak lemah, Kesadaran: Compos mentis, Tanda-tanda vital S: 38,7⁰C N: 126x/menit, R: 36x/menit, Spo2: 99%. Kepala: kepala tidak ada kelainan, rambut pendek, kulit rambut bersih, ubun-ubun normal. Mata: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, dan mata tampak cekung. Hidung & Sinus: hidung bersih tidak ada sekret, simetris kiri dan kanan. Telinga: telinga bersih, simetris kiri dan kanan. Mulut: mulut bersih, belum ada gigi, mukosa bibir kering, warna bibir pucat. Leher: leher tidak terdapat pembengkakan kelenjar. Abdomen : bising usus meningkat. 39x/menit supel, turgor kulit baik, perut kembung. Genitalia dan anus : tidak ada kelainan, tampak kemerahan dan luka-luka kecil di area sekitar anus. Ekstermitas atas: ekstermitas kanan dan kiri simetris, tidak ada oedema, akral teraba hangat, CRT<3 detik. Ekstermitas bawah : ekstermitas kanan dan kiri simetris, tidak ada eodema, terpasang infus D51/4 8tpm. Terapi yang digunakan yaitu obat-obatan seperti Infus D5 ¼ NS 230cc digunakan untuk terapi pengganti cairan tubuh saat mengalami dehidrasi, pemberiannya secara IV dengan dosis 8 tpm. Paracetamol digunakan untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam, pemberiannya secara IV dengan dosis 1x90 mg. Zink digunakan

untuk membantu kerja sama sistem kekebalan tubuh agar lebih optimal, dan terapi pelengkap dalam mengatasi diare anak, pemberiannya secara IV dengan dosis 1x10 mg. Liprolac digunakan untuk memelihara kesehatan perencanaan pada anak, pemberiannya secara oral dengan dosis 1x6 tetes. Diet susu free lactosa yang digunakan untuk menjaga sistem pencernaan dengan baik, pemberiannya secara oral dengan dosis 50cc/3jam.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Darah Lengkap

Hari/tanggal : 19/07/2022

Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang

No	Nama Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil
1	WBC	4,6-10,2 $10^3/uL$	10,8
2	LYM	0,6-3,4 $10^3/Ul$	7,1
3	MID	0,0-1,2 $10^3/uL$	1,0
4	GRA	1,5-7,0 $10^3/uL$	2,7
5	LYM%	10,0-50,0 %	65,6
6	MID%	4,0-18,0 %	9,5
7	GRA%	40,0-74,0 %	24,9
8	RBC	4,04-6,13 $10^6/uL$	5,27
9	HGB	12,2-18,1 g/dL	11,6
10	HCT	37,7-53,7 %	37,2
11	MCV	80,0-97,0 fL	70,5
12	MCH	27,0-31,2 pg	22,0
13	MCHC	31,8-35,4 g/Dl	31,2
14	RDW	11,6-14,6 %	16,0
15	PLT	142-424	340
16	MPV	0,0 $10^3/uL$	10,0

4) Analisa Data

Tabel 4.2 Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	<p>Data Subjektif : ibu klien mengatakan klien mancret sejak satu hari lalu pada saat dikaji klien macnret 5x cair tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula</p> <p>Data Objektif : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu tubuh meningkat, terpasang infus D₅1/4 8tpm</p> <p>TTV : S : 38,7⁰C</p> <p>N : 126x/menit</p> <p>RR : 36x/menit</p> <p>Spo2 : 99%</p>	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia
2.	<p>Data Subjektif : ibu klien mengatakan klien panas</p> <p>Data Objektif : klien tampak lemah, akral terasa hangat, suhu tubuh menigkat,</p> <p>Terpasang infus D₅1/4 8tpm</p> <p>TTV : S : 38,7⁰C</p> <p>N : 126x/menit</p> <p>RR : 36x/menit</p> <p>Spo2 : 99%</p>	Dehidrasi	Hipertermi

3.	Data Subjektif : -	Kelembaban	Gangguan
	Data Objektif : pada anus		integritas
	tampak kemerahan dan		kulit
	terdapat luka-luka kecil		

5) Prioritas masalah

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
2. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data hasil pengkajian diatas mulai dari pengumpulan data, tabulasi data, klasifikasi data, analisa data, dan menentukan prioritas masalah yang ditentukan dengan cara melihat masalah tersebut mengancam nyawa, mengancam, kesehatan, dan mengancam tumbuh kembang Anak.

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan:

Data Subjektif : ibu klien mengatakan klien mancret sejak satu hari lalu pada saat dikaji klien macnret 5x cair tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula

Data Objektif : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu tubuh meningkat : $38,7^{\circ}\text{C}$, terpasang infus $\text{D}_5\text{1/4}$ 8tpm

2. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi ditandai dengan :

Data Subjektif : ibu klien mengatakan klien panas

Data Objektif : klien tampak lemah, akral terasa hangat, suhu tubuh meningkat : $38,7^{\circ}\text{C}$, terpasang infus $\text{D}_5\text{1/4}$

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban ditandai dengan :

Data Subjektif : -

Data Objektif : pada anus tampak kemerahan dan terdapat luka-luka kecil

d. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan/kreteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan: DS : ibu klien mengatakan klien mencret sejak satu hari lalu pada saat dikaji klien mecnret 5x cair tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula DO : klien tampak	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. kekuatan nadi normal 2. turgor kulit membaik 3. perasaan lemah menurun	1. periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. monitor intake dan output 3. hitung kebutuhan cairan 4. berikan asupan cairan oral 5. anjurkan memperbanyak cairan oral 6. kolaborasi pemberian cairan IV	1. menunjukkan adanya tanda dan gejala yang menyebabkan kehilangan cairan 2. pengawasan terkait Tindakan rehidrasi yang dianjurkan sesuai program 3. memantau adanya tanda-tanda kehilangan cairan 4. mempertahankan istirahat usus akan memerlukan penggantian cairan untuk memperbaiki kehilangan/anemia 5. mencegah terjadinya dehidrasi yang berkepanjangan

lemah, akral hangat,
mata cekung, bibir
kering, suhu tubuh
meningkat

TTV : S : 38,7°C

N : 126x/menit

RR : 36x/menit

Spo2 : 99%

6. mengambat pertumbuhan
pathogen penyebab diare

<p>2. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi ditandai dengan : DS : ibu klien mengatakan klien panas DO : klien tampak lemah, akral terasa hangat, suhu tubuh meningkat, terpasang infus D₅1/4 TTV : S : 38,7⁰C N : 126x/menit RR : 36x/menit Spo₂ : 99%</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah Hipertermia dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. suhu tubuh normal (36,5-37,5) 2. perasaan lemah menurun 	<p>1. identifikasi penyebab hipertermia 2. monitor suhu tubuh 3. berikan cairan oral 4. lakukan pendinginan eksternal 5. kolaborasi pemberian terapy pengobatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui terjadinya peningkatan suhu dan ketidakmampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas 2. mengetahui perkembangan suhu tubuh secara tiba-tiba 3. memberikan cairan pengganti untuk menghindari terjadi dehidrasi akibat suhu yang tinggi 4. mempermudah Tindakan dalam proses penyembuhan 5. mengganti cairan dan elektrolit secara adekuat
--	--	---	--

<p>3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban ditandai dengan : DS : - DO : pada anus tampak kemerahan dan terdapat luka-luka kecil</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah Gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. elastisitas meningkat 2. kemerahan menurun 	<p>dilakukan keperawatan diharapkan Gangguan kulit dapat teratasi dengan kriteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2. Pertahankan agar seprei dan selimut tetap kering 3. bersihkan area luka menggunakan air hangat 4. kolaborasi menggunakan salep 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui penyebab gangguan integritas kulit 2. mengurangi terjadi infeksi 3. mempermudah dalam proses penyembuhan 4. menyembuhkan area anus yang terdapat luka
--	---	---	--

e. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ tanggal	No.DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
Senin, 18-07-2022		1. 09.15	1. memeriksa tanda dan gejala hipovolemia => ibu klien mengatakan anaknya lemah Mukosa bibir kering Suhu tubuh klien meningkat : 38,7 ⁰ C	14.00 S : ibu klien mengatakan anaknya masih mancret 5x cair, tidak berlendir dan berwarna putih
		09.30	2. memonitor intake dan output	O : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu.
		09.40	3. menghitung kebutuhan cairan => kebutuhan cairan klien 630cc Minum 8x50cc = 400cc IVFD D5 ¼ NS 230cc 8tpm	TTV : N : 126x/m RR : 36x/m S : 38,7 ⁰ C SPO2 : 99%
		12.00	4. memberikan asupan cairan oral => diberikan PASI 50cc	Terpasang infus D5 ¼ NS 8tpm A : masalah hipovolemia belum teratasi
		12.10	PASI(susu free lactosa)	P : intervensi dilanjutkan no 4,5, dan 6
			5. menganjurkan memperbanyak cairan oral	
		12.45	=> Mengajarkan minum sedikit tapi sering	

		6. mengkolaborasi pemberian cairan IV => klien mendapatkan infus D5 ¼ NS 230cc 3 tpm Melayani pemberian obat zink 10mg/IV Melayani pemberian liprolac 6 tetes/oral	
Senin, 18-07-2022	2. 09.30	1. mengidentifikasi penyebab hipertermia => klien mengalami hipertermi dikarenakan dehidrasi	14.00 S : ibu klien mengatakan klien masih panas O : keadaan umum klien lemah
	09.35	2. memonitor suhu tubuh => suhu tubuh klien : 38,7 ⁰ C	Akral teraba hangat S : 38,2 ⁰ C
	12.00	3. memberikan cairan oral => diberikan PASI 50cc	A : masalah hipertermia belum teratasi P : intervensi dilanjutkan no 2,3,4, dan 5
	12.35	4. melakukan pendinginan eksternal => melakukan kompres hangat pada axila dan ubun-ubun	
	12.50	5. mengkolaborasi pemberian therapy pengobatan => melayani therapy paracetamol injeksi 90mg	

Senin, 18-07-2022	3. 09.25	1. mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit => disebabkan kelembaban karena klien sering BAB encer	14.00 S : - O : klien tampak terdapat luka yang sudah dibersihkan dan terdapat kemerahan di area sekitar anus
	10.00	2. Mempertahankan agar seprei dan selimut tetap kering	A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi
	10.35	3. membersihkan area luka => menggunakan air hangat	P : intervensi dilanjutkan no 2, dan 3
		4. Mengkolaborasi menggunakan salep => mengoleskan baby oil di daerah sekitar anus	

Selasa, 19-07-2022	1.	09.00	1. memberikan asupan cairan oral => diberikan ASI 20cc + PASI 30cc PASI(susu free lactosa)	14.00	S : ibu klien mengatakan anaknya masih mancret 3x ada ampas sedikit dan berwarna putih
		09.45	2. menganjurkan memperbanyak cairan oral => menganjurkan minum sedikit tapi sering		O : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu.
		12.45	3. mengkolaborasi pemberian cairan IV => klien mendapatkan infus D5 1/4 NS 230cc 3 tpm Melayani pemberian obat zink 10mg/IV Melayani pemberian liprolac 6 tetes/oral		TTV : N : 130x/m RR : 34x/m S : 38,0°C SPO2 : 99% Terpasang infus D5 1/4 NS 8tpm A : masalah hipovolemia sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan no 1, dan 3

Selasa, 19-07-2022	2.	09.15	1. memonitor suhu tubuh => suhu tubuh klien : 38,0 ⁰ C	14.00	S : ibu klien mengatakan klien masih panas
		12.00	2. memberikan cairan oral => diberikan susu 50cc sedikit tapi sering		O : keadaan umum klien lemah Akral teraba hangat
		12.35	3. melakukan pendinginan eksternal => melakukan kompres hangat pada axila dan ubun-ubun		S : 38,0 ⁰ C A : masalah hiprtermia sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan no 1, 2,3, dan 4
		12.50	4. mengkolaborasi pemberian terapy pengobatan => melayani terapy paracetamol injeksi 90 mg		

Selasa, 19-07-2022	3.	09.15	1. membersihkan area luka => menggunakan air hangat	14.00	S : -
		09.45	2. kolaborasi menggunakan salep => mengoleskan baby oil di daerah sekitar anus		O : klien tampak terdapat luka yang sudah dibersihkan dan terdapat kemerahan di area sekitar anus A : masalah gangguan integritas kulit sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan no 2, dan 3

kuning. akral hangat, bibir lembab,

TTV : N : 123x/m RR : 32x/m

S : 37,6⁰C SPO2 : 99%

2

S : ibu klien mengatakan klien panas menurun

O : Akral teraba hangat

S : 37,6⁰C

A : masalah hiprtermia sebagian teratasi

P : intervensi dilanjutkan no 1, 2,3, dan 4

I :

08.45 1. memonitor suhu tubuh

=> suhu tubuh klien : 37,6⁰C

09.00 2. memberikan cairan oral

=> diberikan susu ASI 30cc sedikit tapi sering

09.50 3. melakukan pendinginan eksternal

=> melakukan kompres hangat pada axila dan ubun-ubun

12.50 4. mengkolaborasi pemberian terapy pengobatan

=> melayani terapy paracetamol injeksi 90 mg

E :

13.45 => Ibu klien mengatakan klien panas menurun

Akral teraba hangat

S : 36,6⁰C

3

S : -

O : klien tampak terdapat luka yang sudah dibersihkan dan terdapat kemerahan di area sekitar anus

A : masalah gangguan integritas kulit sebagian teratasi

P : intervensi dilanjutkan no 2, dan 3

I :

09.15 1. membersihkan area luka

=> menggunakan air hangat

09.45 2. kolaborasi menggunakan salep

=> mengoleskan baby oil di daerah sekitar anus

E :

13.45 => Klien tampak terdapat luka yang sudah dibersihkan dan terdapat kemerahan di area sekitar anus

B. PEMBAHASAN

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada Anak dengan menggunakan pendekatan keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan akan terlihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada By.Ny.M dengan diagnosa medis GEA dehidrasi ringan di wilayah kerja RSUD Ende.

Pengkajian Keperawatan: Pada tinjauan pustaka ditemukan data pada pasien dengan Diare antara lain sering buang air besar dengan konsistensi tinjanya cair, nyeri, badan lemah, demam dan disertai nafsu makan menurun. Pada saat pengkajian kasus yang ditemukan pada pasien yaitu klien mancret 5 kali cair, tidak ada isi, tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula, dan juga demam.

Menurut buku standar diagnosa keperawatan (SDKI) (2017), Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada pasien Diare adalah Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban.. Pada kasus nyata ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban.

Menurut Brunner and Sudart (2002) perencanaan keperawatan adalah preskripsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari pasien dan/ atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan kondisi klien. Pada tinjauan teori untuk diagnosa 1 Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, terdapat 5 intervensi dan pada kasus terdapat 6 intervensi, pada diagnosa 2 Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, terdapat 6 intervensi dan pada kasus terdapat 5 intervensi, pada diagnosa 3 Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban, terdapat 7 intervensi dan pada kasus terdapat 4.

Menurut Dinarti (2017) mengatakan bahwa implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Pelaksanaan pada By.Ny.M dapat dijalankan dengan baik berkat kerja sama Orang tua dan anak. Pada implementasi tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, dimana kasus Diare pada By.Ny.M semua rencana dapat dilaksanakan dengan baik.

Evaluasi Keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan selama tiga hari. Pada kasus By.Ny.M dapat dievaluasi bahwa diagnosa Hipovolemia sebagian teratasi, Hipertermi sebagian teratasi, dan Gangguan integritas kulit sebagian teratasi. Dan sebagian intervensi dilanjutkan dirumah karena klien dirawat jalankan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan By.Ny.M dengan Diagnosa Medis GEA dehidrasi ringan (Diare) di Ruang Perawatan Anak RSUD Ende, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian yaitu menentukan masalah keperawatan pada By.Ny.M dilakukan secara komprehensif dan ditemukan data Ibu klien mengatakan klien mancret sejak satu hari lalu pada saat dikaji klien mancret 5x cair tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula, klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu tubuh meningkat : $38,7^{\circ}\text{C}$ yaitu masalah Keperawatan Hipovolemia. Ibu klien mengatakan klien panas, klien tampak lemah, akral terasa hangat, suhu tubuh meningkat : $38,7^{\circ}\text{C}$ yaitu masalah Keperawatan Hipertermi. Klien tampak terdapat luka dan terdapat kemerahan di area sekitar anus yaitu masalah keperawatan Gangguan integritas kulit.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada By.Ny.M adalah Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, dan Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan Keperawatan pada By.Ny.M pada diagnosa 1 terdapat 6 intervensi, diagnosa 2 terdapat 5 intervensi, dan diagnosa 3 terdapat 4 intervensi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta klien, keluarga dan didukung oleh ketaatan penderita dalam mengkonsumsi dan menjalani pengobatan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada By.Ny.M dengan masalah Hipovolemia, Hipertermi, dan Gangguan integritas kulit dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah diterapkan selama 3 hari. Evaluasi Keperawatan yang diperoleh penulis yaitu masalah Hipovolemia sebagian teratasi, Hipertermi sebagian teratasi, dan Gangguan integritas sebagian teratasi.

6. Analisis Kesenjangan

Analisis kesenjangan didapatkan data-data pengkajian diteori ditemukan data pada pasien dengan Diare antara lain sering buang air besar dengan konsistensi tinjanya cair, nyeri, badan lemah, demam dan disertai nafsu makan menurun sedangkan pada kasus yang ditemukan pada pasien yaitu klien mancret 5 kali cair, tidak ada isi, tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula, dan juga demam. Diagnosa

Keperawatan yang ditemukan pada teori terdapat 6 diagnosa sedangkan pada kasus terdapat 3 diagnosa. Perencanaan keperawatan pada tinjauan teori untuk diagnosa 1 terdapat 5 intervensi dan pada kasus terdapat 6 intervensi, pada diagnosa 2 terdapat 6 intervensi dan pada kasus terdapat 5 intervensi, pada diagnosa 3 terdapat 7 intervensi dan pada kasus terdapat 4 intervensi. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Pelaksanaan keperawatan pada By.Ny.M dapat dijalankan dengan baik berkat kerja sama Orang tua dan anak. Pada implementasi tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, dimana kasus Diare pada By.Ny.M semua rencana dapat dilaksanakan dengan baik. Evaluasi Keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan selama tiga hari. Pada kasus By.Ny.M dapat dievaluasi bahwa diagnosa Hipovolemia sebagian teratasi, Hipertermi sebagian teratasi, dan Gangguan integritas kulit sebagian teratasi. Dan sebagian intervensi dilanjutkan dirumah karena klien dirawat jalankan.

B. SARAN

1. Bagi klien dan keluarga

Studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menambah pengetahuan klien dan keluarga sehingga mampu melakukan perawatan secara mandiri terhadap pasien.

2. Bagi Rumah Sakit

Selalu bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya guna memberikan mutu pelayanan kesehatan yang berkualitas dan melengkapi sarana dan prasarana.

3. Institusi Pendidikan

Memberikan kemudahan dalam pemakaian sasaran dan prasarana yang merupakan fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan melalui praktek klinik dan pembuatan laporan.

4. Penulis

Diharapkan penulis dapat menggunakan dan memanfaatkan waktu selektif mungkin, sehingga dalam waktu yang terbatas ini akan berdampak proses penyusunan studi kasus terkesan terburu-terburu yang pada gilirannya mahasiswa kurang paham terhadap apa yang ditulisnya sehingga tindakan asuhan keperawatan anak pada klien dengan masalah diare kurang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Muhammad, F.F.M, NAP Rahmayanti, YS M. (2019), Pemodelan Presentase Penderita Penyebaran dan Penyedia Air Minum Bersertifikat di Jawa Timur Menggunakan Metode Regresi Negatif Binomial Terbitan di Jurnal Fisika: Seri Konferensi 1306 012037 hal 1-10
- Badan Pusat Statistik. (2020) . Statistik Penduduk Lanjut Usia 2020. Jakarta: Badan Pusat Statistik. Diakses 27 Maret 2022 pada <https://www.bps.go.id>
- Kemenkes Kesehatan RI. 2018. *Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda)* 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI
- Fratiwi Y. 2015. The Potensial of Guava Leaf (*Psidium guajava L*) for Diarrhea. *J Majority*, 4(1):113
- Tahir A.W. (2013). Askep Diare di Rumah Sakit. Diakses pada tanggal 27 Maret 2022 pada pukul 12.00 WITA
- Pratiwi DD, Haqi DN. Faktor yang mempengaruhi Kejadian Diare Di Tambak Sari, Kota Surabaya. *Jurnal promkes*. 2019;7(1)
- Hutahaean Serri (2010). Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan. Jakarta: TIM
- Pearce, Evelyn, C. (2011). Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis. Jakarta: PT Graamedia Pustaka Utama.
- Wong. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Alih bahasa Andry Harmono Volume 2, Edisi 6. Jakarta: EGC
- Nuarif & Kusuma, 2016. Terapi Komplementer Akupresure. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. <https://doi.org/10.1017/CB09781107415324.004>
- Najah, Hidayatun. (2020). *Asuhan Keperawatan Anak Diare*. Samarinda
- SDKI DPP PPNI, 2017.. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1 st ed). Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia

SIKI DPP PPNI, 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1 st ed). Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia

SLKI DPP PPNI, 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1 st ed). Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia

2. Data Medik

Diagnose Medik : GEA dengan dehidrasi ringan
Dikirim dari : IGD
Nomor CM : 124879

3. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

1. Keluhan Utama MRS : Ibu klien mengatakan anaknya mencret sejak satu hari yang lalu sebanyak 7 kali dalam sehari, warnanya putih, dan tidak ada isi (cair).
2. Riwayat Penyakit Saat ini : Klien masuk RS hari saptu, 16-07-2022, jam 23.50 diantar orang tuanya dengan keluhan mencret sejak satu hari yang lalu (15-07-2022) sebanyak 7 kali dalam sehari, warna putih, dan tidak ada isi (cair). Saat ini ibu klien mengatakan klien mencret 5 kali cair, tidak ada isi, tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali di berikan susu formula, ibu klien juga mengatakan klien demam.

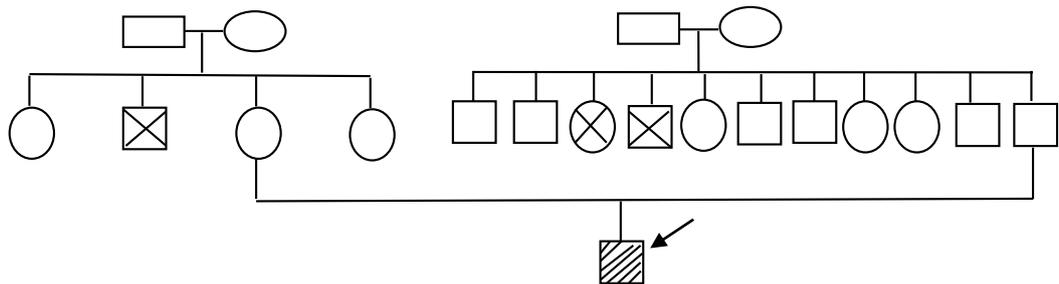
b. Riwayat Kesehatan Sebelumnya : Ibu klien mengatakan waktu lahir klien pernah dirawat diruangan Perinatal dan dimasukkan ke dalam Inkubator karena Berat Badan Rendah (2kg). Ibu klien juga mengatakan pada waktu usia 2 bulan klien pernah menderita batuk dan pilek, klien dibawa ke Puskesmas Kota dan diberi pengobatan. Klien tidak ada riwayat penyakit berbahaya atau menular.

c. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan : ibu klien mengatakan saat ini klien berumur 4 bulan 20 hari dengan berat badan 6,3 kg dan tinggi badan 61 cm. saat ini klien sudah bisa mengangkat kaki dan tangan dan juga menendang nendang

d. Riwayat Persalinan

1. Masa Prenatal : Ibu mengatakan selama hamil ibu selalu memeriksa ke puskesmas kota sebanyak 8 kali, kebutuhan ibu pada saat hamil baik dan ibu mengkonsumsi 4 sehat dan 5 sempurna
 2. Masa Natal : Ibu mengatakan ibu melahirkan di RSUD Ende secara normal ditolong dokter, bidan, dan perawat. Berat badan klien pada waktu lahir yakni 2 kg dan panjang 48 cm, waktu lahir klien langsung nangis, diberikan tindakan inisiasi menyusui dini dan klien langsung diberi ASI. Karena berat badan klien 2 kg, klien dirawat di inkubator selama 5 jam yakni dari jam 10.00-17.00 WITA.
 3. Masa Post Natal : Ibu mengatakan ibu menyusui klien dari usia 0-3 bulan, dan sekarang 4 bulan dibantu dengan susu formula (SGM), alasannya karena produksi ASInya menurun. Ibu klien juga mengatakan bahwa ibu tidak memakai KB apapun.
- e. Riwayat Imunisasi** : Ibu klien mengatakan klien sudah imunisasi HB0, BCG, DPT1, DPT2, dan Polio. Untuk DPT3 belum karena demam disaat mau imunisasi.
- f. Riwayat Nutrisi** : Ibu klien mengatakan ibu memberikan ASI usia 0-3 bulan, disaat klien usia 4 bulan produksi ASI menurun sehingga ibu memberikan susu formula (SGM) hingga saat ini.

g. Genogram : susun 3 generasi



Keterangan :

	= Laki-laki		= Klien
	= Perempuan		= Tinggal satu rumah
X	= Meninggal		

h. Observasi dan pengkajian Fisik

1. Keadaan umum : klien tampak lemah
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda vital : Suhu : 38,7⁰C Nadi : 126x/menit
Respirasi : 36x/menit Spo2 : 99%
4. Kepala : kepala tidak ada kelainan, rambut pendek, kulit rambut bersih, ubun-ubun normal.
5. Mata : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, dan mata tampak cekung
6. Hidung & Sinus : hidung bersih tidak ada sekret, simetris kiri dan kanan
7. Telinga : telinga bersih , simetris kiri dan kanan
8. Mulut : mulut bersih, belum ada gigi, mukosa bibir kering, warna bibir pucat
9. Leher : leher tidak terdapat pembengkakan kelenjar
10. Abdomen : tidak ada nyeri tekan, biring usus meningkat 39x/menit supel, turgor kulit baik, perut kembung
11. Genitalia dan anus : tidak ada kelainan, tampak terdapat kemerahan dan luka-luka kecil di area sekitar anus
12. Ekstermitas atas : ekstermitas kanan dan kiri simetris, tidak ada

oedema, akral teraba hangat, CRT<3 detik

13. Ekstermitas bawah : ekstermitas kanan dan kiri simetris, tidak ada eodema, terpasang infus D51/4

i. Therapi/ pengobatan

Tabel 4.1 Therapi/pengobatan

No	Nama Obat	Dosis	Pemberian
1	Infus D5 ¼ NS 230cc	8 tpm	IV
2	Paracetamol	1x90 mg	IV
3	Zink	1x10 mg	IV
4	Liprolac	1x6 tetes	Oral
5	Diet susu free lactosa	50cc/3 jam	Oral

j. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Darah Lengkap

Hari/tanggal : 19/07/2022

Tabel 4.2 Pemeriksaan Penunjang

No	Nama Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil
1	WBC	4,6-10,2 $10^3/uL$	10,8
2	LYM	0,6-3,4 $10^3/UL$	7,1
3	MID	0,0-1,2 $10^3/uL$	1,0
4	GRA	1,5-7,0 $10^3/uL$	2,7
5	LYM%	10,0-50,0 %	65,6
6	MID%	4,0-18,0 %	9,5
7	GRA%	40,0-74,0 %	24,9
8	RBC	4,04-6,13 $10^6/uL$	5,27
9	HGB	12,2-18,1 g/dL	11,6
10	HCT	37,7-53,7 %	37,2
11	MCV	80,0-97,0 fL	70,5
12	MCH	27,0-31,2 pg	22,0
13	MCHC	31,8-35,4 g/Dl	31,2
14	RDW	11,6-14,6 %	16,0
15	PLT	142-424	340
16	MPV	0,0 $10^3/uL$	10,0

III. Tabulasi data

Ibu klien mengatakan klien mencret sejak satu hari lalu pada saat dikaji klien mencret 5x cair tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula, klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, ibu klien mengatakan klien panas, pada anus tampak kemerahan dan terdapat luka-luka kecil.

TTV : S : 38,7⁰C N : 126x/menit
RR : 36x/menit Spo2 : 99%

IV. Klasifikasi data

DS : ibu klien mengatakan klien mencret sejak satu hari lalu pada saat dikaji klien mencret 5x cair tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula, ibu klien mengatakan klien panas.

DO : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu tubuh meningkat, terpasang infus D₅1/4 8tpm, pada anus tampak kemerahan dan terdapat luka-luka kecil

TTV : S : 38,7⁰C N : 126x/menit
RR : 36x/menit Spo2 : 99%

V. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : ibu klien mengatakan klien mancret sejak satu hari lalu pada saat dikaji klien mancret 5x cair tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula DO : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu tubuh meningkat : 38,7 ⁰ C, terpasang infus D ₅ 1/4 8tpm	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia
2.	DS : ibu klien mengatakan klien panas DO : klien tampak lemah, akral terasa hangat, suhu tubuh meningkat : 38,7 ⁰ C Terpasang infus D ₅ 1/4 8tpm	Dehidrasi	Hipertermi
3.	DS : - DO : pada anus tampak kemerahan dan terdapat luka-luka kecil	Kelembaban	Gangguan integritas kulit

VI. Prioritas masalah

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
2. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban

B. Diagnosa Keperawatan

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan:
DS : ibu klien mengatakan klien mancret sejak satu hari lalu pada saat dikaji klien macnret 5x cair tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula
DO : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu tubuh meningkat : $38,7^{\circ}\text{C}$, terpasang infus $\text{D}_5\text{1/4}$ 8tpm
2. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi ditandai dengan :
DS : ibu klien mengatakan klien panas
DO : klien tampak lemah, akral terasa hangat, suhu tubuh menigkat : $38,7^{\circ}\text{C}$, terpasang infus $\text{D}_5\text{1/4}$
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban ditandai dengan :
DS : -
DO : pada anus tampak kemerahan dan terdapat luka-luka kecil

C. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan/kreteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan: DS : ibu klien mengatakan klien mancret sejak satu hari lalu pada saat dikaji klien macnret 5x cair tidak ada lendir dan berwarna putih, muntah setiap kali diberikan susu formula DO : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah Hipovolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. kekuatan nadi normal 2. turgor kulit membaik 3. perasaan lemah menurun	1. periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. monitor intake dan output 3. hitung kebutuhan cairan 4. berikan asupan cairan oral 5. anjurkan memperbanyak cairan oral 6. kolaborasi pemberian cairan IV	1. menunjukkan adanya tanda dan gejala yang menyebabkan kehilangan cairan 2. pengawasan terkait Tindakan rehidrasi yang dianjurkan sesuai program 3. memantau adanya tanda-tanda kehilangan cairan 4. mempertahankan istirahat usus akan memerlukan penggantian cairan untuk memperbaiki kehilangan/anemia 5. mencegah terjadinya dehidrasi yang berkepanjangan 6. mengambat pertumbuhan pathogen penyebab diare

<p>2. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi ditandai dengan :</p> <p>DS : ibu klien mengatakan klien panas</p> <p>DO : klien tampak lemah, akral terasa hangat, suhu tubuh meningkat : 38,7^oC, terpasang infus D₅1/4</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah Hipertermia dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. suhu tubuh normal (36,5-37,5) 2. perasaan lemah menurun 	<p>1. identifikasi penyebab hipertermia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. monitor suhu tubuh 3. berikan cairan oral 4. lakukan pendinginan eksternal 5. kolaborasi pemberian terapy pengobatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui terjadinya peningkatan suhu dan ketidakmampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas 2. mengetahui perkembangan suhu tubuh secara tiba-tiba 3. memberikan cairan pengganti untuk menghindari terjadi dehidrasi akibat suhu yang tinggi 4. mempermudah Tindakan dalam proses penyembuhan 5. mengganti cairan dan elektrolit secara adekuat
--	--	--	--

<p>3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban ditandai dengan : DS : - DO : pada anus tampak kemerahan dan terdapat luka-luka kecil</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah Gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. elastisitas meningkat 2. kemerahan menurun 	<p>1. identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2. Pertahankan agar seprei dan selimut tetap kering 3. bersihkan area luka menggunakan air hangat 4. kolaborasi menggunakan salep</p>	<p>1. mengetahui penyebab gangguan integritas kulit 2. mengurangi terjadi infeksi 3. mempermudah dalam proses penyembuhan 4. menyembuhkan area anus yang terdapat luka</p>
--	---	--	---

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ tanggal	No.DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
Senin, 18-07-2022	1.	09.15	1. memeriksa tanda dan gejala hipovolemia => ibu klien mengatakan anaknya lemah Mukosa bibir kering Suhu tubuh klien meningkat : 38,7 ⁰ C	14.00 S : ibu klien mengatakan anaknya masih mancret 5x cair, tidak berlendir dan berwarna putih
		09.30	2. memonitor intake dan output	O : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu.
		09.40	3. menghitung kebutuhan cairan => kebutuhan cairan klien 630cc Minum 8x50cc = 400cc IVFD D5 ¼ NS 230cc 8tpm	TTV : N : 126x/m RR : 36x/m S : 38,7 ⁰ C SPO2 : 99%
		12.00	4. memberikan asupan cairan oral => diberikan PASI 50cc	Terpasang infus D5 ¼ NS 8tpm A : masalah hipovolemia belum teratasi P : intervensi dilanjutkan no 4,5, dan 6
		12.10	PASI(susu free lactosa)	
		12.45	5. menganjurkan memperbanyak cairan oral => Mengajarkan minum sedikit tapi sering 6. mengkolaborasi pemberian cairan IV => klien mendapatkan infus D5 ¼ NS 230cc 3 tpm Melayani pemberian obat zink 10mg/IV Melayani pemberian liprolac 6 tetes/oral	

Senin, 18-07-2022	2. 09.30	1. mengidentifikasi penyebab hipertermia => klien mengalami hipertermi dikarenakan dehidrasi	14.00 S : ibu klien mengatakan klien masih panas
	09.35	2. memonitor suhu tubuh => suhu tubuh klien : 38,7 ⁰ C	O : keadaan umum klien lemah Akral teraba hangat
	12.00	3. memberikan cairan oral => diberikan PASI 50cc	S : 38,2 ⁰ C A : masalah hipertermia belum teratasi
	12.35	4. melakukan pendinginan eksternal => melakukan kompres hangat pada axila dan ubun-ubun	P : intervensi dilanjutkan no 2,3,4, dan 5
	12.50	5. mengkolaborasi pemberian terapy pengobatan => melayani terapy paracetamol injeksi 90 mg	
Senin, 18-07-2022	3. 09.25	1. mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit => disebabkan kelembaban karena klien sering	14.00 S : - O : klien tampak terdapat luka yang sudah dibersihkan dan terdapat kemerahan di area sekitar anus
	10.00	BAB encer	A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi
	10.35	2. Mempertahankan agar seprei dan selimut tetap kering	P : intervensi dilanjutkan no 2, dan 3
		3. membersihkan area luka => menggunakan air hangat	
		4. Mengkolaborasi menggunakan salep	

=> mengoleskan baby oil di daerah sekitar anus

Selasa, 19-07-2022	1.	09.00	1. memberikan asupan cairan oral => diberikan ASI 20cc + PASI 30cc PASI(susu free lactosa)	14.00	S : ibu klien mengatakan anaknya masih mancret 3x ada ampas sedikit dan berwarna putih
		09.45	2. menganjurkan memperbanyak cairan oral => menganjurkan minum sedikit tapi sering		O : klien tampak lemah, akral hangat, mata cekung, bibir kering, suhu.
		12.45	3. mengkolaborasi pemberian cairan IV => klien mendapatkan infus D5 1/4 NS 230cc 3 tpm Melayani pemberian obat zink 10mg/IV Melayani pemberian liprolac 6 tetes/oral		TTV : N : 130x/m RR : 34x/m S : 38,0°C SPO2 : 99%
					Terpasang infus D5 1/4 NS 8tpm A : masalah hipovolemia sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan no 1, dan 3
Selasa, 19-07-2022	2.	09.15	1. memonitor suhu tubuh => suhu tubuh klien : 38,0°C	14.00	S : ibu klien mengatakan klien masih panas
		12.00	2. memberikan cairan oral => diberikan susu 50cc sedikit tapi sering		O : keadaan umum klien lemah
		12.35	3. melakukan pendinginan eksternal => melakukan kompres hangat pada axila dan ubun-ubun		Akral teraba hangat S : 38,0°C
		12.50	4. mengkolaborasi pemberian therapy pengobatan		A : masalah hiprtermia sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan no 1, 2,3, dan 4

=> melayani terapy paracetamol injeksi 90 mg

Selasa, 19-07-2022	3.	09.15	1. membersihkan area luka => menggunakan air hangat	14.00
		09.45	2. kolaborasi menggunakan salep => mengoleskan baby oil di daerah sekitar anus	S : - O : klien tampak terdapat luka yang sudah dibersihkan dan terdapat kemerahan di area sekitar anus A : masalah gangguan integritas kulit sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan no 2, dan 3

Catatan perkembangan

Tabel 4.6 Catatan Perkembangan

Hari/tanggal	No.DX	Catatan Perkembangan
Rabu, 20-07-2022	1	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya masih mancret 2x ada ampas banyak dan berwarna kuning</p> <p>O : akral hangat, bibir lembab,</p> <p>TTV : N : 123x/m RR : 32x/m S : 37,6⁰C SPO2 : 99%</p> <p>A : masalah hipovolemia sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan no 1, dan 3</p> <p>I :</p> <p>09.00 1. memberikan asupan cairan oral => diberikan ASI 30cc</p> <p>12.35 2. mengkolaborasi pemberian cairan IV => klien mendapatkan infus D5 ¼ NS 230cc 3 tpm Melayani pemberian obat zink 10mg/IV Melayani pemberian liprolac 6 tetes/oral</p> <p>E :</p> <p>13.45 => Ibu klien mengatakan klien mancret sudah berkurang(2x) ada ampas banyak berwarna kuning. akral hangat, bibir lembab,</p>

TTV : N : 123x/m RR : 32x/m

S : 37,6⁰C SPO2 : 99%

2

S : ibu klien mengatakan klien panas menurun

O : Akral teraba hangat

S : 37,6⁰C

A : masalah hipertermia sebagian teratasi

P : intervensi dilanjutkan no 1, 2,3, dan 4

I :

08.45 1. memonitor suhu tubuh

=> suhu tubuh klien : 37,6⁰C

09.00 2. memberikan cairan oral

=> diberikan susu ASI 30cc sedikit tapi sering

09.50 3. melakukan pendinginan eksternal

=> melakukan kompres hangat pada axila dan ubun-ubun

12.50 4. mengkolaborasi pemberian terapi pengobatan

=> melayani terapi paracetamol injeksi 90 mg

E :

13.45 => Ibu klien mengatakan klien panas menurun

Akral teraba hangat

S : 36,6⁰C

3

S :-

O : klien tampak terdapat luka yang sudah dibersihkan dan terdapat kemerahan di area sekitar anus

A : masalah gangguan integritas kulit sebagian teratasi

P : intervensi dilanjutkan no 2, dan 3

I :

09.15 1. membersihkan area luka

=> menggunakan air hangat

09.45 2. kolaborasi menggunakan salep

=> mengoleskan baby oil di daerah sekitar anus

E :

13.45 => Klien tampak terdapat luka yang sudah dibersihkan dan terdapat kemerahan di area sekitar anus

INFORMED CONSENT
PERSETUJUAN MENJADI PASRTISIPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Nadiatul Fauziah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Masalah Utama Diare di Ruang Perawatan Anak RSUD Ende"

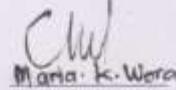
Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, Juli 2022

Saksi Persetujuan



Yang Memberi


Maria K. Wera

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Masalah Utama Diare di Ruang Perawatan Anak RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan anak pada pasien dengan masalah *Diare* di Ruang Perawatan Anak RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui tentang *Diare*, klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan *Diare*. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak / Ibu / Saudara
4. Keuntungan yang Bapak / Ibu / Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak / Ibu / Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan
5. Nama dan jaji diri serta seluruh informasi yang Bapak / Ibu / Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak / Ibu / Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 082339668139

Ende, Juli 2022
Peneliti,



Nadiatul Fauziah
PO.530320219910

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Nadiatul Fauziah
Nim : NIM. PO. 530320219910
Pembimbing : Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns., M.Sc
Judul : Asuhan keperawatan Pada By.Ny.M Dengan
Diagnosa Medis Diare Di RSUD Ende

NO	Hari/tanggal	Hasil Konsul	Paraf Pembimbing
PROPOSAL			
1	Selasa, 15-02-2022	Konsultasi masalah yang diambil Masalah yang diambil diare : Lanjut BAB 1	+
2	Jumat, 25-02-2022	Konsultasi BAB 1 : kirim Via Email	+
3	Jumat, 18-03-2022	1. Perbaiki pengetikan judul 2. Perbaiki tujuan umum dan tujuan khusus 3. Perbaiki metode studi kasus 4. Tambahkan keterangan gambar pada pathway 5. Atur huruf 12 times new roman 6. Tambahkan rasional pada intervensi 7. Perbaiki tabel definisi operasional	+

4	Kamis, 31-03-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan lembar kedua cover 2. Perbaiki pengertian anak pada latar belakang 3. Tambahkan penjelasan tentang komplikasi 4. Jelaskan pengertian pada konsep dasar askep 	}
5	Jumat, 01-04-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan penjelasan tentang alasan ambil diare pada latar belakang 2. Tambahkan kepanjangan dari WHO 3. Tambahkan dampak dari anak dengan diare dan juga penanganan 4. Tambahkan pengertian diare menurut pendapat sendiri (kesimpulan dari beberapa pengertian) 5. Tambahkan sumber anatomi pada gambar 6. Perbaiki pathway (yang kotak hanya masalah) 7. Tambahkan diagnosa defisit pengetahuan dan ansietas 8. Perbaiki rasional 	}
6	Jumat, 08-04-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki spasi antara nama dan nip dan juga spasi cover 2. Perbaiki pengetikan pada kata asing (miring) 3. Perbaiki tujuan umum dan juga tujuan khusus 4. Perbaiki manfaat praktis 5. Perbaiki pengetikan pada pathway (huruf besar pada awalan dan juga ketik miring) 6. Perbaiki rasional (rasional di ambil dari buku doengus) 	}
7	Selasa, 12-04-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan (huruf) 2. Tambahkan tujuan umum 3. Kontrak waktu dengan penguji 4. ACC 	}

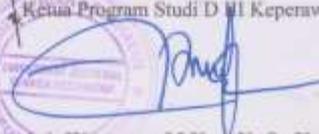
KTI

8	Rabu, 27-07-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang 2. Perbaiki Riwayat penyakit saat ini tambahkan awal penyakit ini dari rumah 3. Perbaiki Riwayat Kesehatan Sebelumnya, ceritakan penyakit yang pernah diderita sejak kapan dan pengobatannya 4. Jelaskan pada pemeriksaan Masa Natal, Berat badan lahir anak 2 kg ,anak dirawat di mana? 5. jelaskan riwayat nutrisi 6. perbaiki pemeriksaan pada abdomen 7. Intervensi 3x24 jam dan tambahkan suhu normal 8. tambakan pada implementasi pemberian minum perdot berapa cc? 	}
9	Kamis, 28-07-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjut susun BAB IV dalam bentuk narasi 	}
10	Jumat, 29-07-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pada gambaran umum lokasi 2. Perbaiki pengetikan huruf dan spasi pada gambaran subyek studi kasus 	}
11	Jumat, 05-08-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pada pemeriksaan Masa Prenatal 2. Perbaiki pada pemeriksaan fisik 3. Perbaiki pada klasifikasi data dan analisa data 	}

12	Kamis, 18-08-2022	1. ACC 2. Siap Ujian 3. Kontrak waktu dengan penguji	1
----	-------------------	--	---

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kep. Kom
NIP. 196601141991021001

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI PENGUJI KTI

Nama : Nadiatul Fauziah
Nim : PO.530320219910
Penguji : Ibu Raimunda Woga, S.Kp.,M.Kep
Judul : Asuhan keperawatan Pada By.Ny.M Dengan
Diagnosa Medis Diare Di RSUD Ende

NO	Hari/tanggal	Hasil Konsul	Paraf Penguji
1	Rabu, 20-04-2022	PROPOSAL 1. Pada pengetikan judul diare termasuk Masalah atau Kasus 2. 5 Proses keperawatan 3. Perbaiki pengetikan pada fisiologi sistem pencernaan (monosakarida)	
2	Kamis, 19-05-2022	1. Perbaiki judul masalah menjadi kasus 2. Perbaiki konsep dasar aspek bagian pengkajian	
3	Jumat, 20-05-2022	1. ACC 2. Lanjut pembimbing untuk penelitian studi kasus	

KTI			
4.	Senin, 22-08-2022	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki pengetikan2. Perbaik masalah utama di ganti Diagnosa Medis	

Mengetahui

Ketua-Program Studi D III Keperawatan



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp.Kep.Kom
NIP. 1966011419910211001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Nadiatul Fauziah
Tempat/Tanggal lahir : Ende, 12 Maret 2000
Alamat : Jl. Perwira
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Nama Ayah : Syafrudin H.A.R Ngata
Nama Ibu : Sofiah Woro Eta

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 1 Ende
2. SMPN 1 Ende Selatan
3. SMAN 2 Ende
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende

MOTTO

Jawaban Sebuah Keberhasilan adalah Terus Semangat dan Tak Putus Asa

