

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA PASIEN An.R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIARE DI RUANGAN EDELWEIS RSUD
Dr.M.YUNUS BENGKULU
TAHUN 2019



SARIFAH

NIM. P05120216060

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PRODI D III KEPERAWATAN BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2019

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA PASIEN An.R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIARE DI RUANGAN EDELWEIS RSUD**

Dr.M.YUNUS BENGKULU

TAHUN 2019

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma III
Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

SARIFAH

NIM. P05120216060

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU

PRODI D III KEPERAWATAN BENGKULU

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2019

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

SARIFAH
NIM. P05120216060

Pada tanggal : 21 Maret 2019

Pembimbing,



Ns. Husni, S.Kep, M.Pd
197412061997032001

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

Dengan judul

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA PASIEN An.R
DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIARE DI RUANGAN
EDELWEIS RSUD Dr.M.YUNUS BENGKULU
TAHUN 2019**

Yang dipersiapkan dan dipresentasikan oleh :

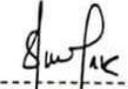
SARIFAH

NIM. P05120216060

Karya Tulis Ilmiah ini diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji
Pada Program DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal : 21 Maret 2019

Panitia Penguji,

1. Ns.Septivanti,S.Kep., M.Pd (-----)
NIP. 197409161997032001
2. Ns.Rahma Annisa, S.Kep., M.Kep (-----)
NIP. 198503232010122002
3. Ns. Husni, S.Kep, M.Pd (-----)
197412061997032001

Mengetahui,
Ka. Prodi DIII Keperawatan Bengkulu
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu,



Ns. Mardiani, S.Kep, MM
NIP. 197203211995032001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karuni-Nyalah maka penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang merupakan tugas akhir dalam menyelesaikan Program DIII Keperawatan di Politeknik Kesehatan Bengkulu yang berjudul “Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare Di Ruang Edelweis RSUD dr.M.Yunus Bengkulu”.

Dalam penyusunan Karya Tulis ini penulis masih banyak mendapat bimbingan dan bantuan yang bermanfaat dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Bapak Darwis, S.Kp, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Bapak Dahrizal, S.Kp, M.PH selaku Ketua Jurusan Keperawatan Bengkulu, yang telah memberikan kesempatan untuk menimba ilmu di jurusan keperawatan.
3. Ibu Ns. Mardiani, S.kep, MM selaku Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Ns. Husni S.Kep.,M.Pd selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak Mulyadi S,Kep, selaku karu di ruangan Edelwis RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu yang telah mengizinkan saya penelitian di ruang Edelwis.
6. Seluruh ayuk-ayuk perawat Edelwis yang telah membimbing saya pada saat penelitian.
7. Seluruh dosen dan staf Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
8. Kedua orang tua tercinta yang selalu membimbing, memberi semangat, dan motivasi dan memberi segalanya kepada saya, menjadi penyemangat dan alasan saya bisa tetap semangat, sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan DIII keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

9. Kepada teman-teman saya ENC 11 atas doa dan dukungan yang luar biasa. Penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang. Penulis berharap semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa-mahasiswi Prodi Keperawatan lainnya.

Bengkulu, 20 Maret 2019

Penulis

PERSEMBAHAN

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIM

Bacalah dengan menyebut nama Tuhanmu
Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah, bacalah, dan Tuhanmalah yang Maha Mulia yang
menajarkan manusia dengan pena, Dia yang menajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya.
(QS: Al-Alaq 1-5)

Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan ? (QS: Ar-Rahman: 13)

Kecuali Allah akan menurunkan (derajat) orang-orang yang beriman alfanisamu dan orang-orang yang
diberi ilmu beberapa derajat(QS: Al-Mujadilah: 11)

Ya Allah,

Waktu yang sudah kujalani dengan jalan hidup yang sudah menjadi 1
akalrku, seadit, bahagia, dan bertemu orang-orang yang memberiku
sejuta pengalaman bagiku, yang telah memberi warna-warni
kehidupanku. Keberhasilan di hadapan Mu, Engkau berikan aku
kesempatan untuk bisa sampai di penghujung awal perjuanganku.
Segala puji bagi Mu ya Allah.

Alhamdulillah...Alhamdulillah...Alhamdulillah...robbil alamin.
Sujud sujudku kusersembahkan kepadamu Tuhan yang Maha
Agung dan Maha Tinggi dan Maha Adil dan Maha Pengampun
afis takdirnya telah kau jadikan aku manusia yang
senantiasa berfikir, berfikir, dan bersabar dalam menjalani
kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah
awal bagiku untuk meraih cita-cita besarku. Lantunan
Al-fatihah berbagai shalawat dalam silahku meribitih,
menasihatkan dan dalam sujudku yang tiada tertiru, terma-
kauhku untkamu. Ku persembahkan sebuah karya kecil ini untuk
Bunda, Ayah, Mama, dan Papa yang tercinta, yang tiada pernah
berhenti selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat
dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak terhitung hingga
aku selalu kau jalani setiap rintangan yang ada dihadapanku,
Mama, Papa, terimalah bukti kecil ini sebagai kado keseriusanku
untuk membalas semua pengorbanannya... dalam hidupmu dendi
hidupku kalian bisa memperbaharui segala perasaan tanpa
kenal lelah, dalam lapar berjuang separuh nyawa hingga
segalanya... manfaatkan ihu mama_papa_masih saja
mempusatkannya. Dalam silah di ihu waktu malam fajar
terbit hingga terbenam matahari... seraya tanganku
menadah "ya Allah ya Rahman ya Rahim, terima kasih
telah kau tempatkan aku diantara malaikatmu yang
selap waktu ihu menyoalku, membahagikaku dengan
baik...ya Allah berkanlah balasan setimpal sujudku
Firdaus untuk mereka dan jauhkanlah mereka nanti
dari panasnya sengat hawa api neraka..."

Untkamu Bunda (Yuniar-Kado), Ayahku(Supriani)
Terimakasih... I always love you and will be always
(111 Anakmu)

Dalam setiap langkahku berusaha mewujudkan
harapan-harapan yang kalian impikan diiditku,
meski belum semua ihu karuhi' Insyaallah afis
dukungan doa dan restu semua ihu kan
terjawab di masa penuh kebahagiaan nanti.
Untk ihu kupersembahkan ungkapan terma-
kauh kepadaku.



Kepada Adikku (Ibu dan Ifah) dan Abangku yang tidak bisa disalahkan satu-persatu' dik. Kakak yang paling malas ini bisa wisuda dan menjadi sarjana yang bisa membahagiakan keluarga. Dik terima kasih selama ini sudah dukung kakak untuk lanjut kuliah, terima kasih juga atas perorbanan adik dan abang selama ini ke kakak. Kakak bangga punya adik seperti kalian. Sekarang qillim kakak yang akan bertanggung jawab untuk membolehkan kalian semua. Dan abang, terima kasih atas dukungannya selama ini, terima kasih abang-abang telah mengajarkan ifah seibuk apapun dan seberat apapun masalah. Ifah tidak boleh meninggalkan sholat dan membaca Al-Qur'an. Dan ifah selalu ingat pesan abang "Setiap-ifah punya masalah tempat yang paling bagus dan selalu memberikan jalan di setiap masalah ifah itu yaitu curhat dengan Allah di setiapnya malam" kata-kata itu akan selalu ifah ingat bang.

... I love you all! :-*

"hidupku terlalu berat untuk menanggung dir sendiri tanpa melibatkan bantuan Tuhan dan orang lain.

* Jika ada tempat lain untuk berkelah kesah selalu bersamamu sahabatku"

Kepada dosen pembimbingku Ibu Ms. Husni, S.Kep., M.Pd terima kasih sudah membimbing dan sekaligus menjadi mama untuk ifah, sekarang ifah bisa merasakan bagaimana rasanya mendapatkan kasih sayang dan pelukan seorang ibu. Ifah ingat sekali waktu pertama kali ifah di kampus yang selalu menutup diri dan tidak bergaul dengan teman, ifah di panjati dengan mam Astma dikarenakan selalu sendiri. Semenjak kejadian itu mam selalu menanyakan bagaimana keadaan ifah, setiap ifah mencoba untuk menghubungi mam selalu mencari ifah. Mam itu sejalannya dalam hidup ifah. Terima kasih untuk semuanya mam, baik dari segi bimbingan maupun dari segi seorang ibu dalam diri ifah. Ifah sangat-sangat beruntung ketemu dengan mam.

* You are my everything*

"Terima kasih ku ucapkan kepada teman sejawat saudara seperjuangan EMC IT"

Tanpamu teman, aku tak pernah beres!! tanpamu teman aku bukan siapa-siapa yang takkan jadi apa-apa", baik saudara sekaligus sahabatku dari SMA hingga satu kuliah Fadila Herviani (Inul) terima kasih telah telah memberikan ifah pinjaman laptop untuk menyelesaikan KTI ini, terima kasih juga telah menemani ifah selama membuat karya tulis ilmiah ini, tanpamu mungkin ifah tidak bisa selesai mengerjakan KTI ini beb. Special untuk adek Kp ku Durka dan Rezka, terima kasih atas segala bantuan dan motivasinya. terima kasih sudah jadi adek yang kakak mau, special doa untukmu semua semoga cepet terkejar target kalian untuk cepet wisuda dan semoga untuk waktu-waktu ke depan kita dalam kerubahan yang sama. Aminin ya rabbul alamin...

Kalian semua bukan hanya menjadi teman dan adik yang baik, kalian adalah saudara bagiku!

Terima kasih ucapkan Almarafer ku, jangalah selalu kampus kebanggaanku !! Hanya sebuah karya kecil dan uraian kata-kata ini yang dapat ku persembahkan kepada kalian semua. terima kasih beribu terima kasih ku ucapkan. Atas segala kekhilafan salah dan ketidaksihinggaan, karensuhkan hafi serta diri menjahat tarqan meminta beribu-ribu kata maaf tercurah. Laporan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini kupersembahkan



MOTTO

"Sesungguhnya bersama kesukaran itu ada kemudahan. Karena itu bila kau sudah selesai (mengerjakan yang lain). Dan berharaplah kepada Tuhanmu."

(Q.S Al Insyirah :6-8)

"Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?"

(Q.S Ar-Rahman 13)

"Tidak ada masalah yang tidak bisa diselesaikan selama ada komitmen bersama untuk menyelesaikannya."

(Q.S Al-Baqarah 153)

"Orang-orang yang sukses telah belajar membuat diri mereka melakukan hal yang harus dikerjakan ketika hal itu memang harus dikerjakan, entah mereka menyukainya atau tidak."

(Aldus Huxley)

"Jadilah kamu manusia yang pada kelahiranmu semua orang tertawa bahagia, tetapi hanya kamu sendiri yang menangis; dan pada kematianmu semua orang menangis sedih, tetapi hanya kamu sendiri yang tersenyum."

(Mahatma Gandhi)

"Jika orang berpegang teguh pada keyakinan, maka hilanglah kesangsian. Tetapi, jika orang sudah mulai berpegang pada kesangsian, maka hilanglah keyakinan."

(Andrew Jackson)

"Mereka berkata bahwa setiap orang membutuhkan tiga hal yang akan membuat mereka berbahagia di dunia ini, yaitu; seseorang untuk dicintai, sesuatu untuk dilakukan, dan sesuatu untuk diharapkan."

(Tom Bodett)

"Dreams come true if you believe; you'll never know if you never try; the best way out to solve the problems is fight them."

(Sarifah)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
PERSEMBAHAN	vi
MOTTO	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	ii
DAFTARTABEL	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Batasan masalah	4
C. Tujuan Penulisan	4
D. Manfaat penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
I. Konsep Keperawatan Anak	6
a. Definisi tumbuh kembang	6
b. Prinsip pertumbuhan dan perkembangan	7
c. Indicator pertumbuhan dan perkembangan anak	8
d. Tahap pencapaian atau periode tumbuh kembang anak	16
e. Cara mendeteksi perkembangan pada anak	17
f. Factor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak	19
II. Konsep Dasar Penyakit	
A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan	22
B. Konsep dasar penyakit	
1. Definisi	30
2. Etiologi	31
3. Klasifikasi	33
4. Patofisiologi	33

5. Pathway diare	35
6. Manifestasi klinis	36
7. Pemeriksaan diasnostik	36
8. Penatalaksanaan	37
9. Komplikasi	46
III. Konsep Asuhan Keperawatan	
1. Pengkajian	49
2. Diagnosa	53
3. Perencanaan	56
4. Implementasi	62
5. Evaluasi	62
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Pendekatan penelitian	63
B. Subyek penelitian	63
C. Batasan istilah	63
D. Lokasi dan waktu	63
E. Prosedur penelitian	64
F. Metode pengumpulan data	64
G. Keabsahan data	65
H. Analisa data	65
BAB IV TINJAUAN KASUS	
1. Pengkajian	66
2. Analisa Data	77
3. Diagnosa Keperawatan	78
4. Intervensi Keperawatan	79
5. Implementasi Keperawatan	80
BAB V PEMBAHASAN	
1. Pengkajian	97
2. Diagnosa Keperawatan	99
3. Perencanaan	100
4. Implementasi	101

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	104
B. Saran	105

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul	Halaman
Gambar 1.1	Anatomi rongga mulut	22
Gambar 1.2	Pharing	23
Gambar 1.3	Lambung	24
Gambar 1.4	Usus halus	25
Gambar 1.5	Usus besar	26
Gambar 1.6	Rektum dan Anus	27

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul	Halaman
Table 3.1	Pemberian oralit	40
Tabel 3.2	Pemberian cairan	41
Tabel 3.3	Perubahan Total Body Water (TBW)	45
Tabel 3.4	Insensible Water Loss (IWL)	45
Tabel 3.5	Factor yang mempengaruhi IWL	45
Tabel 3.6	Perhitungan kebutuhan cairan	46
Tabel 3.7	Penilaian derajat dehidrasi	48
Tabel 3.8	Perencanaan keperawatan	56
Tabel 3.9	Tingkat Dehidrasi An.R	69
Tabel 4.0	Balance cairan An.R	70
Tabel 4.1	Hasil Laboratorium Urine An.R	73
Tabel 4.2	Hasil Laboratorium An.R	74
Tabel 4.3	Terapi Obat An.R	74
Tabel 4.4	Analisa Data	75
Tabel 4.5	Diagnosa Keperawatan	77
Tabel 4.6	Intervensi keperawatan	78
Tabel 4.7	Implementasi keperawatan	82

DAFTAR BAGAN

No. Bagan	Judul	Halaman
Bagan 2.1	WOC	20
Bagan 2.2	Genogram	61

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diare adalah penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feses. Seseorang dikatakan menderita diare ketika feses yang dikeluarkan berbentuk cair atau encer dari biasanya, dan buang air besar lebih dari tiga kali, atau buang air besar dengan konsistensi tinja lebih encer dan berlendir dalam waktu 24 jam (Kemenkes RI, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO) hampir 1,2 triliun kematian karena diare dalam 2 tahun pertama kehidupan. Diare juga menyebabkan 70% kematian anak balita di dunia. Tercatat 1,8 miliar meninggal setiap tahun karena diare, banyak yang mendapatkan komplikasi seperti malnutrisi, retardasi pertumbuhan dan kelainan imun (Kemenkes, 2012). Pada tahun 2009, *United Nations Children's Fund* (UNICEF) dan (WHO) menjelaskan bahwa Asia Selatan merupakan benua tertinggi balita yang menderita penyakit diare yakni sebesar 783 juta, kemudian Afrika sebesar 696 juta. Pada tahun 2015, lebih dari 1.400 anak-anak meninggal setiap hari, atau sekitar 526.000 anak pertahun meninggal yang disebabkan karena diare (Ariani, 2016).

Indonesia kematian anak dan balita masih sangat tinggi yang disebabkan oleh diare dengan prevalensi tertinggi terdeteksi pada anak balita (1-4 tahun) yaitu 16,7% anak-anak meninggal. Pada tahun 2003 hingga 2010 insiden diare cenderung naik. Pada tahun 2003 sebesar 374/1000 penduduk yang meninggal, pada tahun 2006 naik menjadi 423/1000 penduduk yang meninggal (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan data dan informasi Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Bengkulu pada tahun 2017, diare masuk urutan ke-7 penyakit terbanyak di Bengkulu dan belum menunjukkan kecenderungan menurun. Kasus diare yang diatasi menurut provinsi Bengkulu tercatat berjumlah 17.205 orang dengan penderita diare, dengan kasus yang telah diatasi sebanyak (32,9%), dan

diperkirakan orang yang menderita penyakit diare yang telah difasilitasi oleh kesehatan berjumlah 52,255 orang (Kemenkes RI, 2017).

Hasil survey oleh peneliti di RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu didapatkan kasus kejadian diare 3 tahun terakhir yaitu pada tahun 2015 jumlah kejadian diare sebanyak 492 kasus dan 9 (1,76%) pasien meninggal dunia, tahun 2016 jumlah kejadian diare menurun sebanyak 501 kasus dan 10 (1,76%) pasien meninggal dunia, tahun 2017 jumlah kejadian diare meningkat sebanyak 490kasus dan 9 (1,73%) pasien meninggal dunia. Berdasarkan hasil survey peneliti pada tanggal 29 november 2018 pada bulan januari sampai oktober angka penderita diare mencapai 80 kasus angka kejadian menderita diare pada perempuan sebanyak 45 orang dan laki-laki 35 orang (Medical Record RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, 2018).

Diare dapat disebabkan oleh infeksi, malabsorpsi, alergi, keracunan, imunodefisiensi dan sebab-sebab lainnya. Penyebab yang sering ditemukan di lapangan secara klinis adalah infeksi dan keracunan (Depkes RI, 2001). Penyakit diare sebagian besar disebabkan oleh kuman seperti virus dan bakteri. Mekanisme terjadinya infeksi dapat melalui air yang merupakan media penularan utama. Diare dapat terjadi bila seseorang menggunakan air minum yang sudah tercemar, baik yang tercemar dari sumbernya selama perjalanan sampai ke rumah-rumah, atau tercemar pada saat disimpan dirumah. Pencemaran di rumah terjadi bila tempat penyimpanan air tidak di tutup atau apabila tangan yang tercemar menyentuh air pada saat mengambil dari tempat penyimpanan (Mansjoer,dkk, 2008).

Mekanisme terjadinya diare juga dapat melalui tinja yang terinfeksi. Tinja yang sudah terinfeksi mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. Bila tinja tersebut dihirup oleh binatang dan kemudian binatang tersebut hinggap di makanan, maka makanan itu dapat menularkan bakteri dan virus ke orang yang memakannya dan orang tersebut mengakibatkan menderita diare (Widoyono, 2008).

Komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita diare apabila tidak segera diatasi dengan benar akan mengakibatkan kehilangan cairan dan elektrolit

(dehidrasi) yang dapat memicu syok hipovolemik, waspadai tanda-tanda penurunan tekanan darah, anoreksia dan mengantuk. Jika dehidrasi yang berkepanjangan dapat mengakibatkan tubular nekrosis akut dan gagal ginjal. Jika terjadi tubular nekrosis akut dan gagal ginjal perhatikan penurunan urine < 30 ml/jam selama 2-3 jam berturut-turut. Sedangkan infeksi dapat terjadi beberapa minggu setelah penyakit diare dikarenakan campylobakteri, shigella, dan salmonella (Suratun, Lusianah, 2010).

Tindakan keperawatan untuk masalah keperawatan utama berupa kekurangan cairan dan elektrolit adalah pantau intake dan output, timbang berat badan setiap hari, pemeriksaan laboratorium serum elektrolit (Na, K, Ca, BUN), serta kolaborasi pemberian obat-obatan seperti antisekretin, antispasmodik, antibiotik. Pada keadaan parah penderita harus banyak istirahat (bed rest) agar luka yang berada di dinding usus sembuh. Selain itu, penderita dilarang makan-makanan yang berminyak, berlemak, serta pedas. Penderita hanya boleh memakan-makanan yang mudah dicerna seperti bubur encer dengan kecap atau garam, roti panggang, atau biskuit. buah apel yang di parut juga dapat diberikan karena mengandung banyak prektin. Jika tubuh kehilangan banyak cairan akibat diare yang disertai muntah-muntah dan suhu tubuh yang meningkat, sebaiknya anjurkan pasien meminum teh tawar, kaldu tanpa lemak, perasan buah-buahan (jus) atau larutan oralit, sedangkan susu tidak dianjurkan (Tan, HT & Kirana rahardja, 2010).

Peran perawat sangat mempengaruhi keberhasilan tarai yang telah direncanakan untuk meyakinkan pasien secara total dalam kepatuhan terapinya. Mengingat masih banyak jumlah penyakit diare dan dampak yang timbul. Maka dibutuhkan peran perawat melalui pendekatan dan proses keperawatan komprehensif secara bio-psiko-sosial dan spiritual. Perawat juga dituntut kemampuannya untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara profesional dan juga dapat memberikan informasi tentang penyebab serta cara pencegahan pada penderita penyakit diare (Nursalam, 2013).

Mengingat begitu banyak dan semakin bertambahnya angka kejadian diare setiap tahunnya, maka dari itu penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah

yang berjudul “Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare di ruang Edelwis RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2018”.

B. Batasan masalah

Ruang lingkup penelitian Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini terbatas pada pemberian asuhan keperawatan anak dengan diare di ruang rawat inap Edelwis RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu meliputi tahapan pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi serta dokumentasi keperawatan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan yang tepat pada anak dengan diare di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2018.

2. Tujuan khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada anak dengan diare.
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada anak dengan diare.
- c. Mendeskripsikan rencana tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan pada anak dengan diare.
- d. Mendeskripsikan dan melaksanakan implementasi keperawatan pada anak dengan diare sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi pada anak dengan diare.

D. Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

a. Manfaat akademis

Sebagai tambahan referensi dan kepustakaan yang nantinya berguna meningkatkan mutu pendidikan dan sebagai bahan perkuliahan, terutama dalam keperawatan anak.

b. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk instansi masukan dan sumber informasi untuk pengembangan asuhan keperawatan anak dengan diare.

c. Bagi profesi kesehatan.

Untuk menambah pengetahuan dan wawasan sebagai tambahan yang lebih baik terutama asuhan keperawatan anak dengan diare.

d. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penelita berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan anak dengan diare.

e. Bagi pasien

Mendapatkan perawatan sesuai dengan prosedur pelayanan secara optimal dan secara komperensif.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

I. Konsep Keperawatan Anak

a. Definisi tumbuh kembang

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

Perkembangan (development) adalah perubahan secara berangsur-angsur dan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh, meningkatkan dan meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan, kematangan atau kedewasaan (maturation), dan pembelajaran (learning). Perkembangan manusia berjalan secara progresif, sistematis dan berkesinambungan dengan perkembangan di waktu yang lalu. Perkembangan terjadi perubahan dalam bentuk dan fungsi kematangan organ mulai dari aspek fisik, intelektual, dan emosional. Perkembangan secara fisik yang terjadi adalah dengan bertambahnya sempurna fungsi organ. Perkembangan intelektual ditunjukkan dengan kemampuan secara simbol maupun abstrak seperti berbicara, bermain, berhitung. Perkembangan emosional dapat dilihat dari perilaku sosial lingkungan anak (Supartini, 2000).

Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel di seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui kematangan dan belajar (Wong, 2000).

Pertumbuhan (growth) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh), sedangkan perkembangan (development) adalah bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih

kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan.(Soetjiningsih. 1998).

Pertumbuhan adalah bertambah banyak dan besarnya sel seluruh bagian tubuh yang bersifat kuantitatif dan dapat diukur, sedangkan perkembangan adalah bertambah sempurnanya fungsi dari alat tubuh (Depkes RI,2011).

Dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ atau individu.Walaupun demikian, kedua peristiwa itu terjadi secara sinkron paada setiap individu.

b. Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan

Secara umum pertumbuhan dan perkembangan memiliki beberapa prinsip dalam prosesnya.Prinsip tersebut dapat menentukan ciri atau pola dari pertumbuhan dan perkembangan setiap anak. Prinsip-prinsip tersebut antara lain adalah sebagi berikut :

1. Proses pertumbuhan dan perkembangan sangat bergantung pada aspek kematangan susunan syaraf pada manusia, di mana semakin sempurna atau kompleks kematangan saraf maka semakin sempurna pula proses pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi dari proses konsepsi sampai dengan dewasa.
2. Proses perkembangan dan pertumbuhan setiap individu adalah sama, yaitu mencapai proses kematangan, meskipun dalam proses pencapaian tersebut tidak memiliki kecepatan yang sama antara individu yang satu dengan yang lain.
3. Proses pertumbuhan dan perkembangan memiliki pola khas yang dapat terjadi mulai dari kepala hingga ke seluruh bagian tubuh atau juga mulai dari kemampuan yang sederhana hingga mencapai kemampuan yang lebih kompleks sampai mencapai kesempurnaan dari tahap pertumbuhan dan perkembangan (Narendra, 2002).

c. Indikator pertumbuhan dan perkembangan anak

1. Pertumbuhan pada anak

a. Berat Badan

Pada masa pertumbuhan berat badan bayi dibagi menjadi dua yaitu usia 0-6 bulan dan usia 0-12 bulan. Untuk usia 0-6 bulan berat badan akan mengalami penambahan setiap minggu sekitar 140 - 200 gram dan berat badannya akan menjadi dua kali berat badan lahir pada akhir bulan ke 6. Sedangkan pada usia 6-12 bulan terjadi penambahan setiap minggu sekitar 40 gram dan pada akhir bulan ke 12 akan menjadi penambahan 3 kali lipat berat badan lahir.

Pada masa bermain, terjadi penambahan berat badan sekitar 4 kali lipat dari berat badan lahir pada usia kurang lebih 2,5 tahun serta penambahan berat badan setiap tahunnya adalah 2-3 kilogram. Pada masa pra sekolah dan sekolah akan terjadi penambahan berat badan setiap tahunnya kurang lebih 2-3 kilogram.

b. Tinggi badan

Pada usia 0-6 bulan bayi akan mengalami penambahan tinggi badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Pada usia 6-12 bulan akan mengalami penambahan tinggi badan hanya sekitar 1,25 cm setiap bulannya. Pada akhir tahun pertama akan meningkat kira-kira 50% dari tinggi badan waktu lahir. Pada masa bermain penambahan selama tahun ke 2 kurang lebih 12 cm sedangkan penambahan tahun ketiga rata-rata 4-6 cm. Pada masa pra sekolah, khususnya diakhir usia 4 tahun, terjadi penambahan rata-rata 2 kali lipat dari tinggi badan waktu lahir dan mengalami penambahan setiap tahunnya kurang lebih 6-8 cm. Pada masa sekolah akan mengalami penambahan setiap tahunnya. Setelah usia 6 tahun tinggi badan bertambah rata-rata 5 cm, kemudian pada usia 13 tahun bertambah lagi menjadi rata-rata 3 kali lipat dari tinggi badan waktu lahir.

c. Lingkar Kepala

Pertumbuhan pada lingkar kepala ini terjadi dengan sangat cepat sekitar 6 bulan pertama, yaitu dari 35 -43 cm. Pada usia-usia selanjutnya pertumbuhan lingkar kepala mengalami perlambatan. Pada usia 1 tahun hanya mengalami pertumbuhan kurang lebih 46,5 cm. Pada usia 2 tahun mengalami pertumbuhan kurang lebih 49 cm, kemudian akan bertambah 1 cm sampai dengan usia tahun ke tiga bertambah lagi kurang lebih 5 cm sampai dengan usia remaja.

d. Gigi

Pertumbuhan gigi pada masa tumbuh kembang banyak mengalami perubahan mulai dari pertumbuhan sampai penanggalan. Pertumbuhan gigi menjadi 2 bagian yaitu bagian rahang atas dan bagian rahang bawah.

a) Pertumbuhan gigi bagian rahang atas

- 1) Gigi insisi sentral pada usia 8-12 bulan
- 2) Gigi insisi lateral pada usia 9-13 bulan
- 3) Gigi taring atau kakinus pada usia 16-22 bulan
- 4) Molar pertama anak laki-laki pada usia 13-19 bulan
- 5) Molar pertama anak perempuan pada usia 14-18 bulan, sedangkan molar kedua pada usia 25-33 bulan

b) Pertumbuhan gigi bagian rahang bawah

- 1) Gigi insisi sentral pada usia 6-1 bulan
- 2) Gigi insisi lateral pada usia 10-16 bulan
- 3) Gigi taring atau kakinus pada usia 17-23 bulan
- 4) Molar pertama anak laki-laki pada usia 14-18 bulan
- 5) Molar pertama anak perempuan pada usia 23-30-18 bulan
- 6) molar kedua pada usia 29-31 bulan

e. Organ Penglihatan

Perkembangan organ penglihatan dapat dimuali pada saat lahir. Pada usia 1 bulan bayi memiliki perkembangan, yaitu adanya kemampuan melihat untuk mengikuti gerakan dalam rentang 90 derajat, dapat melihat orang secara terus menerus, dan kelenjar air mata sudah mulai berfungsi. Pada usia 2-3 bulan memiliki penglihatan perifer hingga 180 derajat. Pada usia 4-5 bulan kemampuan bayi untuk memfiksasi sudah mulai pada hambatan 1,25 cm, dapat mengenali botol susu, melihat tangan saat duduk atau berbaring, melihat bayangan di cermin, dan mampu mengakomodasi objek. Usia 5-7 bulan dapat menyesuaikan postur untuk melihat objek, mampu mengembangkan warna kesukaan kuning dan merah, menyukai rangsangan visual kompleks, serta mengembangkan koordinasi mata dan tangan. Pada usia 7-11 bulan mampu memfiksasi objek yang sangat kecil. Pada usia 11-12 bulan ketajaman penglihatan mendekati 20/20, dapat mengikuti objek yang dapat bergerak. Pada usia 12-14 bulan mampu mengidentifikasi bentuk geometrik. Pada usia 18-24 bulan mampu berakomodasi dengan baik.

f. Organ Pendengaran

Setelah lahir, bayi sudah dapat berespons terhadap bunyi yang keras dan refleks. Pada usia 2-3 bulan mampu memalingkan kepala ke samping bila bunyi setinggi telinga. Pada usia 3-4 bulan anak memiliki kemampuan dalam melokalisasi bunyi dengan makin kuat dan mulai mampu membuat bunyi tiruan. Pada usia 6-8 bulan mampu berespons pada nama sendiri. Pada usia 10-12 bulan mampu mengenal beberapa kata dan artinya. Pada usia 18 bulan mulai dapat membedakan bunyi. Pada usia 36 bulan mampu membedakan bunyi yang halus dalam bicara. Pada usia 48 bulan mulai membedakan bunyi yang serupa dan mampu mendengarkan yang lebih halus.

2. Perkembangan Pada Anak

1) Perkembangan Motorik Halus

a. Masa neonatus (0-28 hari)

Perkembangan motorik halus pada masa ini dimulai dengan adanya kemampuan untuk mengikuti garis tengah bila kita memberikan respons terhadap gerakan jari atau tangan.

b. Masa Bayi (28 hari-1 tahun)

(1) Usia 1-4 bulan

Perkembangan motorik halus pada usia ini adalah dapat melakukan hal-hal seperti memegang suatu objek, mengikuti objek dari sisi ke sisi, mencoba memegang dan memasukan benda kedalam mulut, memegang benda tapi terlepas, memerhatikan tangan dan kaki, memegang benda dengan kedua tangan, serta menahan benda ditangan walaupun hanya sebentar.

(2) Usia 4-8 bulan

Perkembangan motorik halus pada usia ini adalah sudah mulai mengamati benda, menggunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk memegang, mengeksplorasi benda yang sedang dipegang, mengambil objek dengan tangan tertangkup, mampu menahan kedua benda di kedua tangan secara simultan, menggunakan bahu dan tangan sebagai satu kesatuan, serta memindahkan objek dari satu tangan ketangan yang lain.

(3) Usia 8-12 bulan

Perkembangan motorik halus pada usia ini adalah mencari atau merainh benda kecil; bila diberi kubus mampu memindahkan, mengambil, memegang dengan telunjuk dan ibu jari, membenturkannya, serta meletakkan benda atau kubus ke tempatnya.

c. Masa Anak (1-2 tahun)

Perkembangan motorik halus pada usia ini dapat ditunjukkan dengan adanya kemampuan dalam mencoba, menyusun, atau membuat menara pada kubus.

d. Masa Prasekolah

Perkembangan motorik halus dapat dilihat pada anak, yaitu mulai memiliki kemampuan menggoyangkan jari-jari kaki, menggambar dua atau tiga bagian, memilih garis yang lebih panjang dan menggambar orang, melepas objek dengan jari lurus, mampu menjepit benda, melambatkan tangan, menggunakan tangannya untuk bermain, menempatkan objek kedalam wadah, makan sendiri, minum dari cangkir dengan bantuan, menggunakan sendok dengan bantuan, makan dengan jari, serta membuat coretan diatas kertas(wong,2000)

2) Perkembangan Motorik Kasar

a) Masa Neonatus (0-28 hari)

Perkembangan motorik kasar yang dapat dicapai pada usia ini diawali dengan tanda gerakan seimbang pada tubuh dan mulai mengangkat kepala.

b) Masa Bayi (28 hari-1 tahun)

3) Usia 1-4 bulan

Perkembangan motorik kasar pada usia ini dimulai dengan kemampuan mengangkat kepala saat tegkurap, mencoba duduk sebentar dengan ditopang, mampu duduk dengan kepala tegak, jatuh terduduk dipangkuan ketika disokong pada posisi berdiri, kontrol kepala sempurna, mengangkat kepala sambil berbaring terlentang, berguling dari terlentang ke miring, kesisi lengan dan tungkai kurang fleksi, dan berusaha untuk merangkak.

4) Usia 4-8 bulan

Usia perkembangan motorik kasar awal bulan ini dapat dilihat pada pertumbuhan dalam aktivitas, seperti posisi telungkup pada alas dan sudah mulai mengangkat kepala dengan melakukan gerakan menekan

kedua tangannya. Pada bulan ke empat sudah mampu memalingkan kepala ke kanan dan kiri, duduk dengan kepala tegak, membalikan badan, bangkit dengan kepala tegak, menumpu beban pada kaki dengan lengan berayun kedepan dan kebelakang, berguling dari terlentang dan tengkurap, serta duduk dengan bantuan dalam waktu yang singkat.

5) Usia 8-12 bulan

Perkembangan motorik kasar dapat diawali dengan duduk tanpa pegangan, berdiri dengan pegangan, bangkit lalu berdiri, berdiri 2 detik dan berdiri sendiri.

c) Masa Anak (1-2 tahun)

Dalam perkembangan masa anak terjadi perkembangan motorik kasar secara signifikan. Pada masa ini anak sudah mampu melangkah dan berjalan dengan tegak. Sekitar usia 18 bulan anak mampu menaiki tangga dengan cara 1 tangan dipegang. Pada akhir tahun kedua sudah mampu berlari-lari kecil, menendang bola, dan mulai mencoba melompat.

d) Masa Prasekolah

Perkembangan motorik kasar masa prasekolah ini dapat diawali dengan kemampuan untuk berdiri dengan satu kaki selama satu sampai lima detik, melompat dengan satu kaki, berjalan dengan tumit ke jari kaki, menjelajah, membuat posisi merangkak, dan berjalan dengan bantuan (wong, 2000).

1) Perkembangan Bahasa

a. Masa Neonatus (0-28 hari)

Perkembangan bahasa masa neonatus ini dapat ditunjukkan dengan adanya kemampuan bersuara (menangis) dan bereaksi terhadap suara atau bel.

b. Masa Bayi (28 hari- 1 tahun)

1. Usia 1-4 bulan

Perkembangan bahasa pada usia ini ditandai dengan adanya kemampuan bersuara dan tersenyum, mengucapkan huruf hidup, berceloteh, mengucapkan kata “oh/ah”, tertawa dan berteriak, mengoceh spontan, serta bereaksi dengan mengoceh.

2. Usia 4-8 bulan

Perkembangan bahasa pada usia ini adalah dapat menirukan bunyi atau kata-kata, menoleh ke arah suara atau sumber bunyi, tertawa, menjerit, menggunakan vokalisasi semakin banyak, serta menggunakan kata yang terdiri atas dua suku kata dan dapat membuat dua bunyi vokal yang bersamaan seperti “ba-ba”.

3. Usia 8-12 bulan

Perkembangan bahasa pada usia ini adalah mampu mengucapkan kata “papa” dan “mama” yang belum spesifik, mengoceh hingga mengatakannya secara spesifik, serta dapat mengucapkan satu sampai dua kata.

c. Masa Anak (1-2 tahun)

Perkembangan bahasa masa anak ini adalah dicapainya kemampuan bahasa pada anak yang mulai ditandai dengan anak mampu memiliki sepuluh perbendaharaan kata; tingginyakemampuan meniru, mengenal, dan responsip terhadap orang lain; mampu menunjukan dua gambar; mampu mengkombinasikan kata-kata; seta mulai mampu menunjukan lambaian anggota badan.

d. Masa Prasekolah

Perkembangan bahasa diawali dengan adanya kemampuan menyebutkan hingga empat gambar; menyebutkan satu hingga dua warna; menyebutkan kegunaan benda; mengitung; mengartikan dua kata; mengerti empat kata depan; mengerti beberapa kata sifat dan jenis kata lainnya; menggunakan bunyi untuk mengidentifikasi objek, orang,

dan aktivitas; menirukan berbagaibuny kata; memahami arti larangan; serta merespons panggilan orang dan anggota keluarga dekat.

4) Perkembangan Prilaku atau adaptasi sosial

a. Masa Neonatus (0-28 hari)

Perkembangan adaptasi sosial atau prilaku masa neonatus ini dapat ditunjukkan dengan adanya tanda-tanda tersenyum dan mulai menatap muka untuk mengenali seseorang.

b. Masa Bayi (28 hari-1 tahun)

1. Usia 1-4 bulan

Perkembangan adaptasi sosial pada usia ini dapat diawali dengan kemampuan mengamati tangannya: tersenyum spontan dan membalas senyum bila di ajak tersenyum; mengenali ibunya dengan penglihatan, penciuman, pendengaran, dan kontak; tersenyum pada wajah manusia; waktu tidur dalam sehari lebih sedikit dari pada waktu terjaga; membentuk siklus tidur bangun; menangis bila terjadi sesuatu yang aneh; membedakan wajah-wajah yang dikenal dan tidak dikenal; senang menatap wajah-wajah yang dikenalnya; serta terdiam bila ada orang yang tak dikenal (asing).

2. Usia 4-8 bulan

Perkembangan adaptasi sosial pada usia ini antara lain anak merasa takut dan terganggu dengan keberadaan orang asing, mulai bermain dengan mainan, mudah frustrasi, serta memukul-mukul lengan dan kaki jika sedang kesal.

3. Usia 8-12 bulan

Perkembangan adaptasi sosial pada usia ini dimulai dengan kemampuan bertepuk tangan, menyatakan keinginan, sudah mulai minum dengan cangkir, menirukan kegiatan orang, bermain bola atau lainnya dengan orang lain.

c. Masa Anak (1-2 tahun)

Perkembangan adaptasi sosial masa anak dapat ditunjukkan dengan adanya kemampuan membantu kegiatan dirumah, menyuapi boneka, mulai menggosok gigi serta mencoba mengenakan baju sendiri.

d. Masa Prasekolah

Perkembangan adaptasi sosial pada masa prasekolah adalah adanya kemampuan bermain dengan permainan sederhana, menangis jika dimarahi, membuat permintaan sederhana dengan gaya tubuh, menunjukkan peningkatan kecemasan terhadap perpisahan, serta mengenali anggota keluarga (wong, 2000).

D. Tahap Pencapaian/Periode Tumbuh Kembang Anak

Perkembangan anak secara umum terdiri atas tahapan prenatal, neonatus, periode bayi, prasekolah, pra remaja dan remaja.

1. Masa neonatus (0-28 hari)

Pada masa neonatus (0-28 hari) adalah awal dari pertumbuhan dan perkembangan setelah lahir, masa ini merupakan masa terjadi kehidupan yang baru dalam ekstra uteri dengan terjadi proses adaptasi semua sistem organ tubuh. Proses adaptasi dari organ tersebut dimulai dari aktivitas pernapasan yang disertai pertukaran gas dengan frekuensi pernapasan antara 35-50 x/menit, penyesuaian denyut jantung antara 120-160x/menit dengan ukuran jantung lebih besar apabila dibandingkan dengan rongga dada, terjadi aktivitas bayi yang mulai meningkat. Selanjutnya diikuti perkembangan fungsi organ-organ tubuh lainnya.

2. Masa Bayi (28 hari – 1 tahun)

3. Masa toddler (1-3 tahun)

4. Masa pra sekolah (3-6 tahun)

5. Masa sekolah (6 -12 tahun)

6. Masa remaja (12-18/20 tahun)

E. Cara Mendeteksi Perkembangan Pada Anak

1. DDST (Denver development screening test)

DDST adalah satu dari metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak, test ini bukanlah test diagnostik atau test IQ. DDST memenuhi semua persyaratan yang diperlukan untuk metode skrining yang baik. Tes ini mudah dan cepat (15-20 menit), dapat diandalkan dan menunjukkan validitas yang tinggi. Dari beberapa penelitian yang pernah dilakukan ternyata DDST secara efektif dapat mengidentifikasi antara 85-100% bayi dan anak-anak prasekolah yang mengalami keterlambatan perkembangan, dan pada “follow up” selanjutnya ternyata 89% dari kelompok DDST abnormal mengalami kegagalan disekolah 5-6 tahun kemudian.

2. KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan)

KPSP merupakan suatu daftar pertanyaan singkat yang ditujukan pada orang tua dan dipergunakan sebagai alat untuk melakukan skrining pendahuluan untuk perkembangan anak usia 3 bulan sampai 6 tahun. Daftar pertanyaan tersebut berjumlah 10 nomor yang harus dijawab oleh orang tua atau pengasuh yang mengetahui keadaan perkembangan anak.

Pertanyaan dalam KPSP dikelompokkan sesuai usia anak saat dilakukan pemeriksaan, mulai kelompok usia 3 bulan, 3-6 bulan, dst sampai kelompok 5-6 tahun. Untuk usia ditetapkan menurut tahun dan bulan dengan kelebihan 16 hari dibulatkan menjadi 1 bulan.

Pertanyaan dalam KPSP harus dijawab dengan 'ya' atau 'tidak' oleh orang tua. Setelah semua pertanyaan dijawab, selanjutnya hasil KPSP dinilai.

- a. Apabila jawaban 'ya' berjumlah 9-10, berarti anak tersebut normal (perkembangan baik).
- b. Apabila jawaban 'ya' kurang dari 9, maka perlu diteliti lebih lanjut mengenai
 1. Apakah cara menghitung usia dan kelompok pertanyaannya sudah sesuai

2. Kesesuaian jawaban orang tua dengan maksud pertanyaan. Apabila ada kesalahan, maka pemeriksaan harus diulang
3. Apabila setelah diteliti jawaban 'ya' berjumlah 7-8, berarti hasilnya meragukan dan perlu diperiksa ulang 1 minggu kemudian
4. Apabila jawaban 'ya' berjumlah 6 atau kurang, berarti hasilnya kurang atau positif untuk perlu dirujuk guna pemeriksaan lebih lanjut

3. KPAP (Kuesioner Perilaku Anak Pra Sekolah

KPAP adalah sekumpulan perilaku yang digunakan sebagai alat untuk mendeteksi secara dini kelainan-kelainan perilaku pada anak prasekolah (usia 3-6) tahun. Kuesioner ini berisi 30 perilaku yang perlu ditanyakan satu per satu pada orang tua. Setiap perilaku perlu ditanyakan apakah 'sering terdapat', 'kadang-kadang terdapat', atau 'tidak terdapat'. Apabila jawaban yang diperoleh adalah 'sering terdapat', maka jawaban tersebut dinilai 2, 'kadang-kadang terdapat' diberi nilai 1 dan 'tidak terdapat' diberi nilai 0. Apabila jumlah nilai keseluruhan kurang dari 11, maka anak perlu di rujuk, sedangkan jika jumlah nilai 11 atau lebih maka anak tidak perlu dirujuk.

4. Tes Daya Lihat dan tes Kesehatan Mata Anak Pra Sekolah

Tes ini untuk memeriksa ketajaman daya lihat serta kelainan mata pada anak berusia 3- 6 tahun. Tes ini juga digunakan untuk mendeteksi adanya kelainan daya lihat pada anak usia prasekolah secara dini, sehingga jika ada penyimpangan dapat segera ditangani.

Untuk melakukan tes daya lihat diperlukan ruangan dengan penyaluran yang baik dan alat 'kartu E' yang digantungkan setinggi anak duduk. Kartu E berisi 4 baris. Baris pertama huruf E berukuran paling besar kemudian berasngsur-angsur mengecil pada baris keempat. Apabila pada baris ketiga, anak tidak dapat melihat maka perlu di rujuk.

Selain tes daya lihat, anak juga perlu diperiksa kesehatan matanya. Perlu ditanyakan :

- a) Keluhan seperti mata gatal, panas, penglihatan kabur atau pusing
- b) Perilaku seperti sering menggosok mata, membaca terlalu dekat, sering mengkedip-kedipkan mata
- c) Kelainan mata seperti bercak bitot, juling, mata merah dan keluar air

Apabila ditemukan satu kelainan atau lebih pada mata naka, maka anak tersebut perlu dirujuk.

5. Tes Daya Dengar Anak (TTD)

Tes daya dengar berupa pertanyaan-pertanyaan yang disesuaikan dengan usia anak, yaitu kelompok 0-6 bulan, > 6 bulan, > 9 bulan, > 11 bulan, > 12 bulan, > 24 bulan dan > 36 bulan. Setiap pertanyaan perlu dijawab 'ya' atau 'tidak'. Apabila jawabannya adalah tidak maka pendengaran anak tidak normal sehingga perlu pemeriksaan lebih lanjut.

F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tumbuh kembang anak antara lain:

1. Faktor Dalam (Internal)

- a) Ras/etnik atau bangsa : Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika, maka ia tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya.
- b) Keluarga: Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus.
- c) Umur : Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.
- d) Jenis kelamin : fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki.. Tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

- e) Genetik : adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak seperti kerdil.
- f) Kelainan kromosom : Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan seperti pada sindroma Down's dan sindroma Turner's

2. Faktor Luar (Eksternal)

1) Faktor prenatal :

- a. Gizi : Nutrisi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.
- b. Mekanis : Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kongenital seperti club foot.
- c. Toksi/zat kimia : beberapa obat-obatan dapat menyebabkan kelainan kongenital.
- d. Radiasi Paparan radium dan sinar rontgen dapat kelainan pada janin seperti deformitas anggota gerak.
- e. Infeksi : Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh virus TORCH dapat menyebabkan kelainan pada janin, katarak, bisu tuli, retardasi mental dan kelainan jantung.
- f. Kelainan imunologi : Adanya perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya mengakibatkan kerusakan jaringan otak.
- g. Psikologi ibu : Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah/kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

2) Faktor Persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak.

3) Faktor Pascasalin

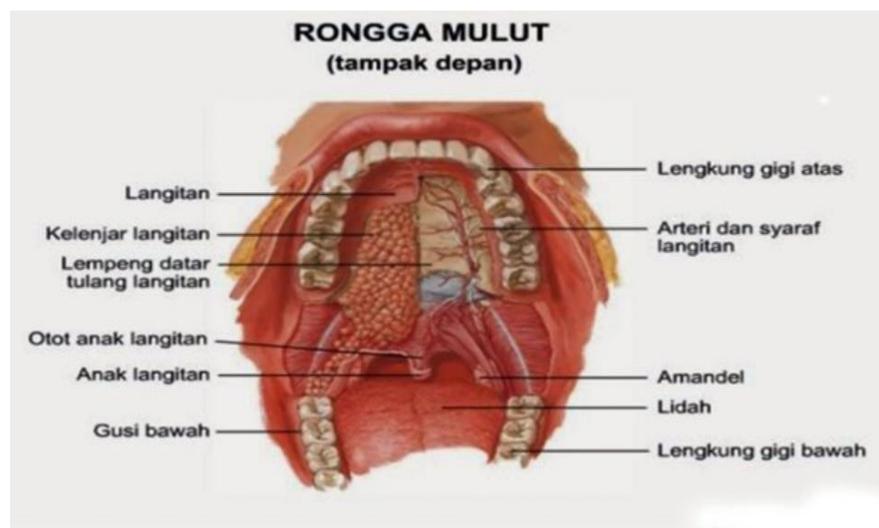
- a. Gizi : untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.
 - b. Penyakit kronis/kelainan kongenital : tuberkolosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.
 - c. Lingkungan fisis dan kimia : Lingkungan sebagai tempat anak hidup berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak. Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif, zat kimia tertentu mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.
- 4) Psikologis
- Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertetkan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangannya.
- 5) Sosio-Ekonomi
- Kemisikinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang
- 6) Lingkungan Pengasuhan
- Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu anak sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak .
- 7) Stimulasi
- Pertumbuhan memerlukan rangsang/stimulasi khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan alat mainan, sosialisasi anak, keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak.
- 8) Obat-obatan
- Pemakaian kortikosteroid jangka lama akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormon pertumbuhan.

II. Konsep Penyakit

A. Anatomi Dan Fisiologi Sistem Pencernaan

Anatomi saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum dan anus. Fisiologi sistem pencernaan atau sistem gastrointestinal (mulai dari mulut sampai anus) adalah sistem organ dalam manusia yang berfungsi menerima makanan, mencerna menjadi zat-zat gizi dan energi, menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses tersebut dari tubuh. (Scanlon, 2007) anatomi dan fisiologi sistem pencernaan yaitu :

1. Mulut



Gambar 2.1 Anatomi Mulut

Sumber : Scanlon, 2007

a. Rongga Mulut

Rongga mulut atau nama lainnya rongga bukal atau rongga oral mempunyai beberapa fungsi meliputi: menganalisis material makanan sebelum menelan, proses mekanis dari gigi, lidah dan permukaan palatum, lubrikasi oleh sekresi saliva serta, digesti pada beberapa material karbohidrat dan lemak.

b. Gigi

Gigi melakukan fungsi proses mekanik dalam menghancurkan makanan.

c. Lidah

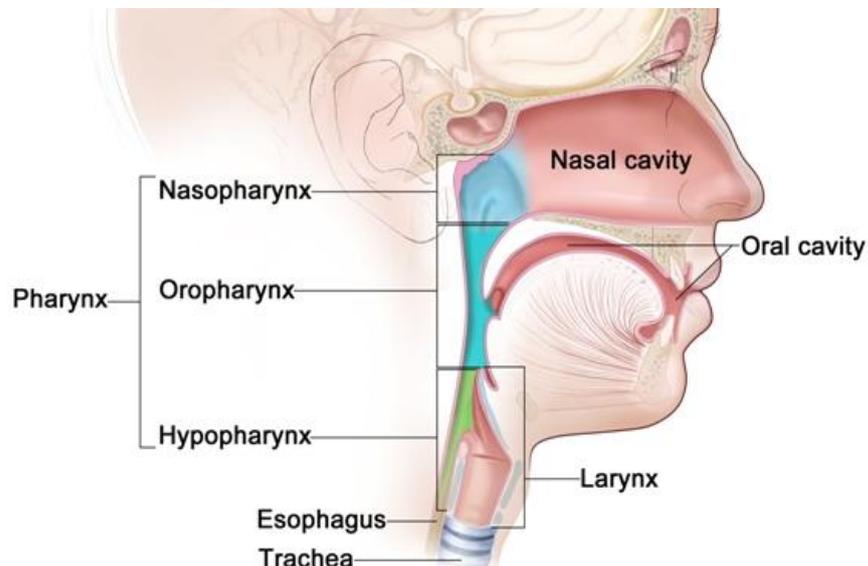
Fungsi lidah yaitu mengaduk makanan, membentuk suara, sebagai alat pengecap dan menelan, serta merasakan makanan. Lidah di bagi menjadi 3 (tiga) bagian yaitu pangkal lidah (Radiks lingua), punggung lidah (Dorsum lingua), ujung lidah (Apeks lingua).

d. Kelenjar ludah

Disekitar rongga mulut terdapat tiga buah kelenjar ludah yaitu kelenjar parotis, kelenjar submaksilaris, kelenjar sublingualis.

(Scanlon, 2007).

2. Tenggorokan (Faring)



Gambar 2.2 Anatomi Faring

Sumber : Scanlon, 2007

Bagian-bagian dari Faring yaitu Nasopharynx: dibelakang rongga hidung, Oropharynx: dibelakang rongga mulut, Laryngophrynx: dibelakang laring yang berhubungan dengan esopagus.

Faring merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esofagus), di dalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi. Lidah menekan langit-langit keras agar makanan tidak kembali ke mulut. Uvula terangkat, menekan belakang tenggorokan, menutup saluran hidung dari faring. Makanan dicegah masuk ke trakea dengan elevasi faring, epiglottis menutupi glottis. Ketika laring dan trakea tertutup, otot-otot faring berkontraksi mendorong bolus ke dalam esophagus (Dermawan, 2010).

3. Kerongkongan (Esofagus)

Kerongkongan adalah tabung (tube) berotot pada vertebrata yang dilalui sewaktu makanan mengalir dari bagian mulut ke dalam lambung. Menurut histologi, esofagus dibagi menjadi tiga bagian yaitu bagian superior (sebagian besar adalah otot rangka), bagian tengah (campuran otot rangka dan otot halus), serta bagian inferior (terutama terdiri dari otot halus) (Priscilla Le Mone, 2015).

4. Lambung

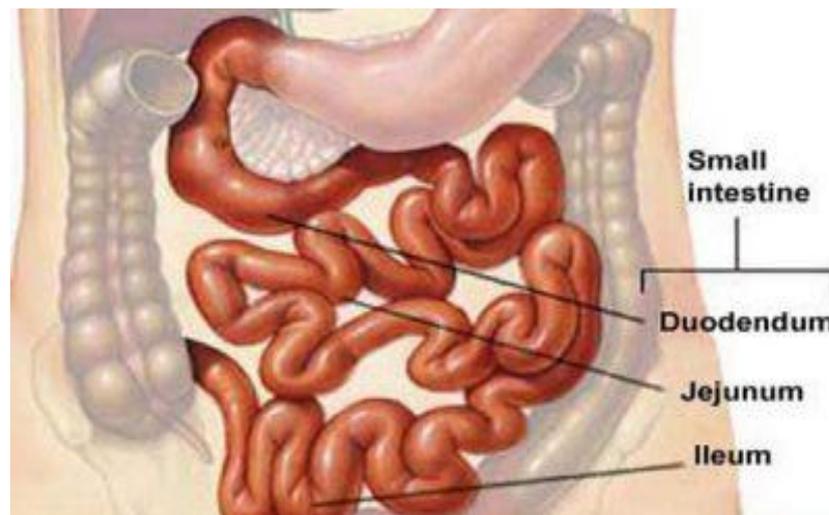


Gambar 2.3 Anatomi Lambung

Sumber : Scanlon, 2007

Merupakan organ otot rongga yang besar, yang terdiri dari tiga bagian yaitu kardia, fundus dan antrium. Lambung berfungsi sebagai gudang makanan yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan tiga zat penting yaitu lendir, asam klorida (HCL), dan prekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein). Lendir melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung dan asam klorida menciptakan suasana yang sangat asam, yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri (Le Mone, 2015).

5. Usus Halus



Gambar 2.4 Anatomi Usus Halus

Sumber : Scanlon, 2007

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambang dan usus besar. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat di serap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang melumasi isi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan-pecahan makanan yang dicerna).

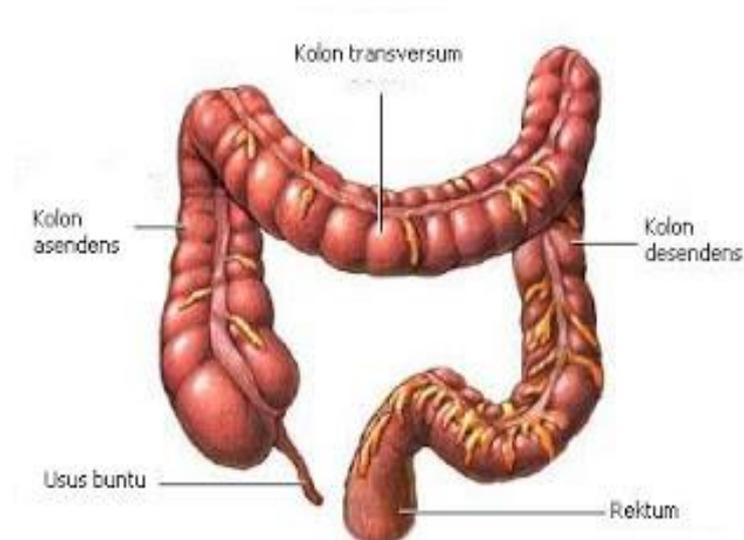
- a. Usus dua belas jari (duodenum)

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong (jejunum). Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, di mulai dari bulbo duodenale dan berakhir di ligmentum treitz. Usus dua belas jari merupakan organ retroperito-neal, yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput peritoneum. Ph dua belas jari yang normal berkisar pada derajat sembilan. Pada usus dua belas jari terdapat dua muara saluran yaitu dari pancreas dan kandung empedu.

b. Usus kosong (jejunum)

Usus kosong atau jejunum adalah bagian kedua dari usus halus, di antara usus dua belas jari (duodenum) dan usus peyerapan (illeum). Pada manusia dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2-8 meter, 1-2 meter adalah bagian usus kosong. Usus kosong dan usus penyerapan digantungkan dalam tubuh dengan mesenterium.

3. Usus besar (Kolon)

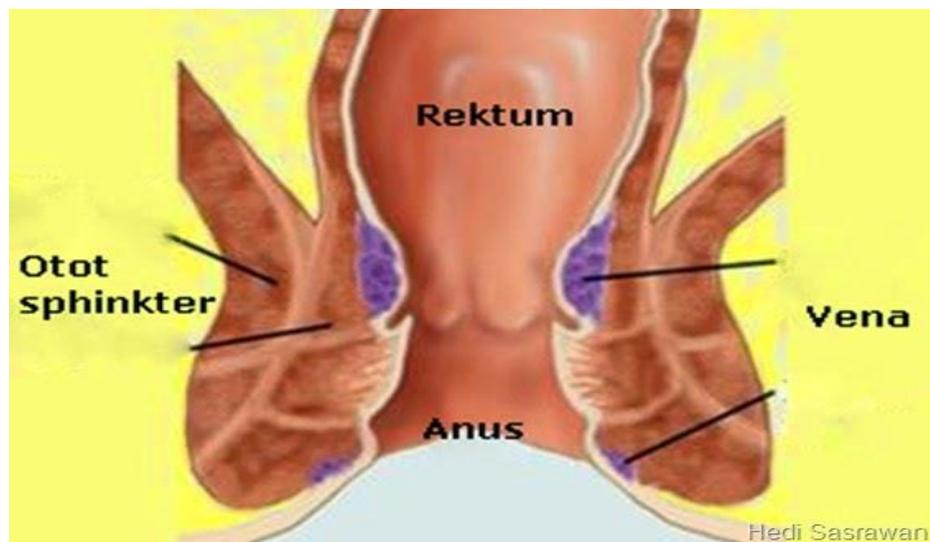


Gambar 2.5 Anatomi Usus Besar
Sumber : Scanlon, 2007

Usus besar atau kolon adalah bagian usus antara usus halus dari rektum, fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses. Usus besar

terdiri dari kolon asendens (kanan), kolon transversum, kolon desendens (kiri), kolon sigmoid (berhubungan dengan rektum). Bakteri di dalam usus besar berfungsi membuat zat-zat penting seperti vitamin K. Beberapa penyakit serta antibiotik bisa menyebabkan gangguan-gangguan pada bakteri-bakteri di dalam usus besar. Akibatnya terjadi iritasi yang bisa menyebabkan dikeluarkannya lendir dan air, dan terjadilah diare (Priscilla Le Mone, 2015).

4. Rektum dan Anus



Gambar 2.6 Anatomi Rektum dan Anus
Sumber : Scanlon, 2007

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai penyimpanan sementara feces. Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana beban limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lainnya dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot sphincter. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar) yang merupakan fungsi utama anus (Le Mone, 2015).

Fisiologi Pencernaan

Fungsi utama sistem pencernaan adalah menyediakan nutrisi bagi tumbuh dan mengeluarkan sisa makanan. Fungsi tersebut dapat berjalan melalui empat proses utama yaitu :

1. Ingesti (memakan/menelan) yaitu mekanisme yang kompleks, terutama karena faring, saat melakukan beberapa fungsi lain disamping menelan dan hanya diubah dalam beberapa detik ke dalam traktus untuk mendorong makanan. Terpenting adalah respirasi tidak terganggu akibat menelan. Pada umumnya, menelan dapat dibagi menjadi dua tahap, yaitu tahap esophageal. Tahap faringeal bersifat involunter dan membantu jalannya makanan melalui faring ke dalam esophagus. Tahap esophageal merupakan fase involunter lain yang mempermudah jalannya makanan dari faring ke lambung. Esofangeal berguna menghantarkan makanan yang sudah ditelan dari faring ke lambung dengan pergerakan khusus yang disesuaikan dengan pergerakan peristaltik dengan dua jenis gerakan terdiri dari gelombang peristaltik primer merupakan lanjutan gelombang peristaltik faring dan menyebar esofagus selama stadium faringeal berlangsung 5-15 detik, bila gagal timbul gelombang peristaltik sekunder dan gelombang peristaltik sekunder merupakan akibat rangsangan esofagus oleh makanan yang tertinggal, gelombang ini terus terbentuk sampai semua makanan masuk ke dalam lambung, gelombang peristaltik esofagus hampir seluruhnya dikontrol oleh refleksi esofagus.
2. Digesti (mencerna) yaitu proses mengubah bentuk makanan yang kasar menjadi lebih halus atau mengubah materi makanan dari yang tidak dapat diabsorpsi menjadi materi yang dapat diabsorpsi, proses pencernaan ini dilakukan didalam mulut maupun lambung. Proses digesti ini secara mekanik dan kimiawi, molekul-molekul besar yang masuk saluran pencernaan menjadi molekul yang lebih kecil sehingga dapat diserap oleh dinding saluran pencernaan.

3. Absorpsi (penyerapan) jumlah cairan total yang harus diabsorpsi setiap hari sebanding dengan cairan yang dicerna (kira-kira 1,5 liter). Lambung merupakan saluran pencernaan yang absorpsinya buruk karena tidak memiliki jenis vili yang khas dari membrane absorpsi dan juga kuat antara sel-sel epitel merupakan jaringan ikat padat. Proses penyerapan zat-zat gizi melalui vili-vili usus ke dalam vaskuler dan kemudian ditranspor sampai ke tingkat sel. Absorpsi melalui mukosa gastrointestinal terjadi melalui transpor aktif, melalui difusi dan solvent drag. Transpor aktif memberikan tekanan terhadap zat, sesuatu zat diantarkan untuk kepentingan pemekatan pada sisi lain membrane atau menggerakkan zat berlawanan dengan potensial listriknya. Sebaliknya, transport melalui difusi berarti transpor zat sederhana melalui membrane. Absorpsi dari usus halus setiap hari terdiri atas beberapa ratus gram karbohidrat, 100 gram atau lebih lemak, 50 sampai 100 gram asam amino, 50 sampai 100 gram ion. Dinding saluran pencernaan terdapat empat lapisan yang berfungsi yaitu tunika mukosa/lapisan dalam dilipati lapisan sel epitel menyekresi mukus dan melepaskan hormon ke dalam darah, membentuk kelenjar eksokrin untuk menyekresi asam, enzim, air, dan ion-ion ke dalam lumen. Tunika submukosa merupakan jaringan ikat ke dua sebelah dalam yang dilalui pembuluh darah dan pembuluh limfe yang besar cabangnya menembus lapisan submukosa terdapat suatu jalan sel saraf (pleksus submukosa). Tunika muskularis/lapisan otot yang kontraksinya menimbulkan gaya dorong dan memindahkan isi saluran pencernaan yang membentuk sistem saraf enterik membantu mengintegrasikan keefektifan motorik dan sekretorik sistem pencernaan. Tunika serosa/lapisan luar sebagai jaringan ikat yang mengelilingi saluran pencernaan dan lapisannya yang sangat tipis disebut peritonium, menyekresikan cairan serosa untuk membasahi dan mencegah gesekan organ pencernaan dan alat dalam sekitarnya.

4. Eliminasi yaitu proses pengeluaran sisa makanan yang tidak diabsorpsi melalui mekanisme defekasi atau berak (BAB). Sebagian besar waktu, rectum tidak berisi feses hal ini adalah sebagian dari kenyataan bahwa terdapat sfingter fungsional yang lemah sekitaran 20 cm. Bila pergerakan massa mendorong feses masuk ke rectum, secara normal keinginan untuk defekasi termasuk reflex kontraksi rectum dan relaksasi sfingter anus. Pendorongan massa feses yang terus menerus melalui anus dicegah oleh kontraksi tonik dari sfingter ani internus yaitu penebalan otot polos sirkular sepanjang beberapa sentimeter yang terletak tepat disebelah dalam anus dan sfingter ani eksternus yaitu terdiri dari otot lurik volunteer yang mengelilingi sfingter internus dan meluas ke sebelah distal. Sfingter eksternus di atur oleh serat-serat saraf dalam nervus pudendus, yang merupakan bagian dari sistem saraf somatis dan karena itu dibawah pengaruh volunter, kesadaran (Guyton & Hall, 1997).

B. Definisi Diare

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

Diare adalah penyakit yang terjadi ketika terdapat perubahan konsistensi feses. Seseorang dikatakan menderita penyakit diare ketika feses yang dikeluarkan berbentuk cair atau encer dari biasanya, dan buang air besar lebih dari 3 kali, atau buang air besar dengan konsistensi tinja lebih encer dan berlendir dalam waktu 24 jam (Kemenkes, 2016).

C. Etiologi

Menurut Mansjoer, dkk (2008) diare disebabkan oleh :

1. Faktor infeksi

Infeksi enteral; infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare, meliputi infeksi bakteri (*Vibrio*, *E. Coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*, dsb), infeksi virus (*Enterovirus*, *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Astrovirus*, dll), infeksi parasit (*E. Hystolytica*, *G.Lambliia*, *T.Hominis*) dan jamur (*C.Albicans*). Infeksi parenteral: merupakan infeksi di luar sistem pencernaan yang dapat menimbulkan diare seperti: *Otitis Media Akut*, *Tonsilitis*, *Bronkopneumonia*, *Ensefalitis* dan sebagainya.

2. Faktor Malabsorpsi

Malabsorpsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltosa dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa). Di samping itu dapat pula terjadi malabsorpsi lemak dan protein.

3. Faktor Makanan

Diare dapat terjadi karena mengkonsumsi makanan basi, beracun dan alergi terhadap jenis makanan tertentu.

4. Faktor Psikologis

Diare dapat terjadi karena faktor psikologis (rasa takut dan cemas)

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

1. Agens virus

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

menjangkit segala usian dan dapat sembuh sendiri dalam waktu 2-3 hari.

2. Agens bakteri

- a. *Escherichia coli*, masa inkubasinya bervariasi tergantung pada strainnya. Biasanya anak akan mengalami distensi abdomen, demam, vomitus, BAB berupa cairan berwarna hijau dengan darah atau mucus bersifat menyembur. Dapat ditularkan antar individu, disebabkan karena daging yang kurang matang, pemberian ASI tidak eksklusif.
- b. Kelompok *salmonella* (nontifoid), masa inkubasi 6-72 jam untuk gastroenteritis. Gejalanya bervariasi, anak bisa mengalami mual atau vomitus, nyeri abdomen, demam, BAB kadang berdarah dan ada lendir, peristaltic hiperaktif, nyeri tekan ringan pada abdomen, sakit kepala, kejang. Dapat disebabkan oleh makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh binatang seperti kucing, burung dan lainnya.

3. Keracunan Makanan

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

D. Klasifikasi

Klasifikasi diare menurut Wong (2009) sebagai berikut :

1. Diare akut

Diare akut adalah penyebab utama keadaan sakit pada anak-anak balita. Diare akut didefinisikan sebagai keadaan peningkatan dan perubahan tiba-tiba, frekuensi defekasi yang sering disebabkan oleh agen infeksius dalam traktus GI. Keadaan ini dapat menyertai infeksi saluran nafas dan saluran kemih, terapi antibiotik atau pemberian obat pencahar (laktasif). Diare akut biasanya sembuh sendiri (lamanya sakit kurang dari 14 hari) dan akan mereda tanpa terapi yang spesifik jika dehidrasi tidak terjadi.

2. Diare kronik

Diare kronik didefinisikan sebagai keadaan meningkatnya frekuensi dan kandungan air dalam feses dengan lamanya sakit lebih dari 14 hari. Diare kronis terjadi karena keadaan kronis seperti sindrom malabsorpsi, penyakit inflamasi usus, defisiensi kekebalan, alergi makanan, intoleransi laktosa atau diare non spesifik yang kronis, atau sebagai akibat dari pelaksanaan diare akut yang memadai.

E. Patofisiologi

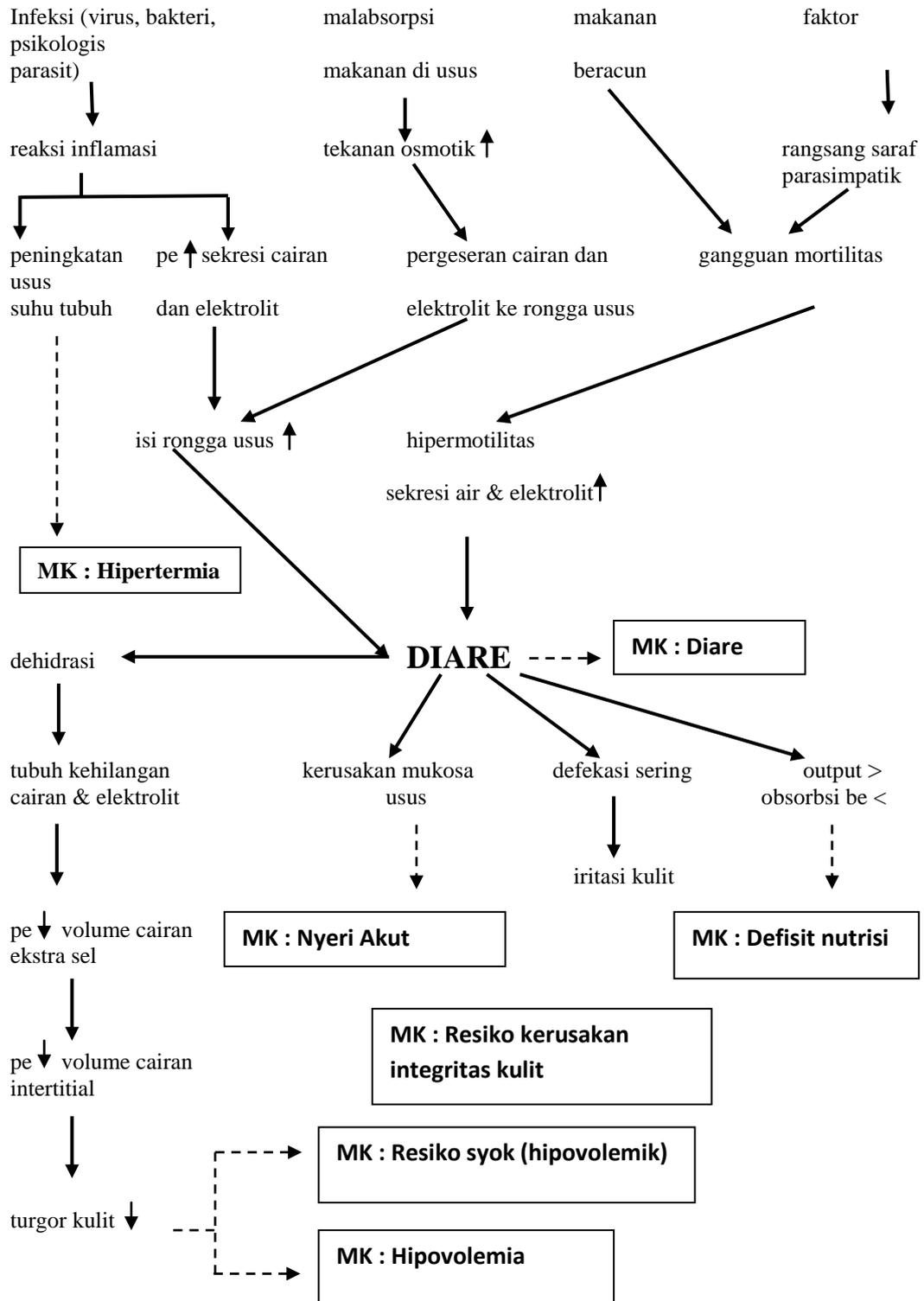
Menurut Suratun & Lusianah (2010), Proses terjadinya Gastroenteritis/yang sering kita sebut dengan diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan faktor diantaranya:

1. Faktor infeksi, proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Selanjutnya terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan sistem transport aktif dalam usus halus, sel di dalam mukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatnya cairan dan elektrolit.

2. Faktor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah Gastroenteritis.
3. Faktor makanan ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak dapat diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian menyebabkan Gastroenteritis.
4. Faktor psikologi dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya mempengaruhi proses penyerapan makanan yang dapat menyebabkan Gastroenteritis.

F. Pathway Diare

Gambar 2.1 (Suratun & Lusianah 2010)



G. Manifestasi Klinis

Menurut Suratun & Lusianah (2010), manifestasi klinis diare dibagi menjadi :

1. Muntah/muntah dan/atau suhu tubuh meningkat, nafsu makan berkurang.
2. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair, tenesmus, hematochezia, nyeri perut atau kram perut.
3. Tanda-tanda dehidrasi muncul bila intake lebih kecil dari outputnya. Tanda-tanda tersebut adalah perasaan haus, berat badan menurun, mata cekung, lidah kering, tulanmg pipi menonjol, turgor kulit menurun,dan suara serak.
4. Frekuensi nafas lebih cepat dan dalam (pernafasan kussmaul). Bikarbonat dapat hilang karena muntah dan diare sehingga dapat terjadi penurunan pH darah. pH darah yang menurun ini merangsang pusat pernafasan agar bekerja lebih cepat dengan meningkatkan pernafasan dengan tujuan mengeluarkan asam karbonat, sehingga pH darah kembali normal.
5. Anuria karena penurunan perfusi ginjal dan menimbulkan nekrosis tubulus ginjal akut, dan bila tidak teratasi, klien/pasien beresiko menderita gagal ginjal akut.
6. Demam Pada umumnya demam akan timbul jika penyebab diare mengadakan invasi ke dalam sel epitel usus. Demam dapat terjadi karena dehidrasi, demam yang timbul akibat dehidrasi pada umumnya tidak tidak tinggi dan akan menurun setelah mendapat hidrasi yang cukup. Demam yang tinggi mungkin mungkin diikuti kejang demam.

H. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Padila (2013) pemeriksaan diagnostik :

1. Pemeriksaan tinja Diperiksa dalam hal volume, warna dan konsistensinya serta diteliti adanya mukus darah dan leukosit. Pada umumnya leukosit tidak dapat ditemukan jika diare berhubungan dengan penyakit usus halus. Tetapi ditemukan pada penderita salmonella, E. Coli, Enterovirus dan Shigelosis. Terdapatnya mukus yang berlebihan dalam tinja

menunjukkan kemungkinan adanya peradangan kolon. pH tinja yang rendah menunjukkan adanya malabsorpsi HA, jika kadar glukosa tinja rendah/ Ph kurang dari 5,5 maka penyebab diare bersifat tidak menular.

2. Pemeriksaan darah Pemeriksaan analisis gas darah, elektrolit, ureum, kreatinin dan berat jenis plasma. Penurunan pH darah disebabkan karena terjadi penurunan bikarbonat sehingga frekuensi nafas agak cepat. Elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium, dan fosfor.

I. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

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

1. Jenis cairan

- (a) Oral : Pedialyte atau oralit, Ricelyte
- (b) Parenteral : NaCl, Isotonic, infuse

2. Jumlah cairan

Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan cairan yang dikeluarkan.

3. Jalan masuk atau cairan pemberian

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

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

4. Jadwal pemberian cairan

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

- 1) Identifikasi penyebab diare

- 2) Terapi sistemik seperti pemberian obat anti diare, obat anti motilitas dan sekresi usus, antimetik.
2. Pengobatan dietetic Untuk anak dibawah 1 tahun dan anak diatas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg jenis makanan :
- (a) Susus (ASI atau susu formula yang mengandung laktosa rendah adan asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM. Almiron atau sejenis lainnya).
 - (b) Makan setengah padat (bubur) atau makan padat (nasi tim), bila anak tidak mau minum susu karena dirumah tidak biasa.
 - (c) Susu khusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan misalnya susus yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh (Ngastiyah, 2014).
3. Penatalaksanaan keperawatan
- a) Bila dehidrasi masih ringan

Berikan minum sebanyak-banyaknya, 1 gelas setiap kali setelah pasien defekasi. Cairan mengandung elektrolit, seperti oralit. Bila tidak ada oralit dapat diberikan larutan garam dan 1 gelas air matang yang agak dingin dilarutkan dalam satu sendok teh gula pasir dan 1 jumput garam dapur. Jika anak terus muntah tidak mau minum sama sekali perlu diberikan melalui sonde. Bila cairan per oral tidak dapat dilakukan, dipasang infuse dengan cairan Ringer Laktat (RL) atau cairan lain (atas persetujuan dokter). Yang penting diperhatikan adalah apakah tetesan berjalan lancar terutama pada jam-jam pertama karena diperlukan untuk mengatasi dehidrasi.
 - b) 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:
 - (1) Jumlah tetesan per menit dikali 60, dibagi 15/20 (sesuai set infuse yang dipakai). Berikan tanda batas cairan pada botol infuse waktu memantaunya.
 - (2) Perhatikan tanda vital : denyut nadi, pernapasan, suhu.

- (3) Perhatikan frekuensi buang air besar anak apakah masih sering, encer atau sudah berubah konsistensinya.
- (4) Berikan minum teh atau oralit 1-2 sendok jam untuk mencegah bibir dan selaput lendir mulut kering.
- (5) Jika dehidrasi telah terjadi, infus dihentikan, pasien diberikan makan lunak atau secara realimentasi.

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

I. Rencana terapi A Penanganan diare rumah, dengan menjelaskan pada ibu tentang 4 aturan perawatan di rumah :

A. Beri cairan tambahan

1) Jelaskan pada ibu, untuk

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

Anak harus diberi larutan oralit dirumah jika:

- a. Anak telah diobati dengan Rencana Terapi B atau C dalam kunjungan ini.
- b. Anak tidak dapat kembali ke klinik jika diareanya bertambah parah.

2) Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit. Beri ibu 6 bungkus oralit (200 ml) untuk digunakan dirumah. Tunjukkan kepada ibu beberapa banyak oralit atau cairan lain yang harus diberikan setiap kali anak berak:

1. Sampai umur 1 tahun : 50 sampai 100 ml setiap kali berak.
2. Umur 1 sampai 5 tahun : 100 sampai 200 ml setiap kali berak.

Katakan kepada ibu:

- (a) Agar meminum sedikit-sedikit tapi sering dari mangkuk / cairan / gelas.
 - (b) Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian lanjutkan lagi lebih lambat.
 - (c) lanjutkan pemberian cairan tambahan sampai diare berhenti.
- B. Beri tablet Zinc selama 10 hari.
 - C. lanjutkan pemberian makanan
 - D. kapan harus kembali konseling bagi ibu.

- II. Rencana terapi B Penanganan dehidrasi ringan/ sedang dengan oralit.
Berikan oralit di klinik sesuai yang dianjurkan selama periode 3 jam.

Tabel 3.1
Pemberian Oralit

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

Sumber : Kemenkes, 2011.

- a) Tentukan jumlah oralit untuk 3 jam pertama
 - (1) Jika anak menginginkan, boleh diberikan lebih banyak dari pedoman diatas.
 - (2) untuk anak berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusui, berikan juga 100-200 ml air matang selama periode ini.
- b) Tunjukkan cara memberikan larutan oralit
 - (1) Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir/gelas
 - (2) Jika anak muntah, tunggu 10 menit . Kemudian berikan lagi lebih lambat.
 - (3) Lanjutkan ASI selama anak mau

- c) Berikan tablet Zinc selama 10 hari berturut-turut
 - (1) Umur <6 bulan : 10 mg/hari
 - (2) Umur \geq 6 bulan : 20 mg/hari
- d) Setelah 3 jam
 - (1) Ulangi penilaian dan klasifikasi kembali derajat dehidrasinya.
 - (2) Pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.
 - (3) Mulai memberi makan anak.
- e) Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan selesai
 - (1) Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit di rumah
 - (2) Tunjukkan beberapa banyak oralit yang harus diberikan dirumah untuk menyelesaikan 3 jam pengobatan.
 - (3) Beri oralit yang cukup untuk dehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi
 - (4) Jelas 4 aturan perawatan diare dirumah (lihat rencana terapi A).

III. Rencana terapi C Penanganan dehidrasi berat dengan cepat, yaitu dengan:

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

Tabel 3.2
Pemberian Cairan

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

Ulangi sekali lagi jika denyut nadi sangatlah lemah atau tidak teraba

Sumber :Kemenkes, 2011

- b. Periksa kembali anak setiap 15-30 menit. Jika nadi belum teraba, beri tetesan lebih cepat.
- c. Beri oralit (kira-kira 5 ml/kg/jam) segera setelah anak mau minum: biasanya sesudah 3-4 jam (bayi) atau 1-2 jam (anak) dan beri juga tablet Zinc.
- d. Periksa kembali bayi sesudah 6 jam atau anak sesudah 3 jam. Klasifikasi dehidrasi dan pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.
- e. Rujuk segera untuk pengobatan intravena, jika tidak ada fasilitas untuk pemberian cairan intravena terdekat (dalam 30 menit).
- f. Jika anak bisa minum, bekali ibu larutan oralit dan tunjukkan cara meminumkan pada anaknya sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan menuju klinik.
- g. Jika perawat sudah terlatih menggunakan pipa orogastik untuk rehidrasi, mulailah melakukan rehidrasi dengan oralit melalui pipa nasogastrik atau mulut: beri 20 ml/kg/jam selama 6 jam (total 120 ml/kg).
- h. Periksa kembali anak setiap 1-2 jam:
 - (1) Jika anak muntah terus atau perut makin kembung, beri cairan lebih lambat.
 - (2) Jika setelah 3 jam keadaan hidrasi tidak membaik, rujuk anak untuk pengobatan intravena.
- i. Sesudah 6 jam, periksa kembali anak. Klasifikasi dehidrasi. Kemudian tentukan rencana terapi sesuai (A, B, atau C) untuk melanjutkan pengobatan.

IV. Pemberian tablet Zinc untuk semua penderita diare

- a. Pastikan semua anak yang menderita diare mendapatkan tablet Zinc sesuai dosis dan waktu yang telah ditentukan.
- b. Dosis tablet Zinc (1 tablet – 20 mg). berikan dosis tunggal selama 10 hari
 - 1. Umur < 6 bulan : ½ tablet
 - 2. Umur ≥ 6 bulan : 1 tablet

c. Cara pemberian tablet Zinc

- 1) Larutan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut) 30 detik), segera berikan kepada anak.
- 2) Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet Zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.
- 3) Ingatkan ibu untuk memberikan tablet Zinc setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti, karena Zinc selain member pengobatan juga dapat memberikan perlindungan terhadap diare selama 2-3 bulan ke depan.

V. Pemberian Probiotik Pada Penderita Diare Probiotik merupakan mikroorganisme hidup yang diberikan sebagai suplemen makanan yang memberikan pengaruh menguntungkan pada penderita dengan memperbaiki keseimbangan mikroorganisme usus, akan terjadi peningkatan kolonisasi bakteri probiotik di dalam lumen. Saluran cerna. Probiotik dapat meningkatkan produksi musin mukosa usus sehingga meningkatkan respons imun alami (innate immunity). Probiotik menghasilkan ion hidrogen yang menurunkan pH usus dengan memproduksi asam laktat sehingga menghambat pertumbuhan bakteri patogen. Probiotik saat ini banyak digunakan sebagai salah satu terapi suportif diare akut. Hal ini berdasarkan perannya dalam menjaga keseimbangan flora usus normal yang mendasari terjadinya diare. Probiotik aman dan efektif dalam mencegah dan mengobati diare akut pada anak (Yonata. 2016).

VI. Kebutuhan nutrisi Pasien yang menderita diare biasanya juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisinya menjadi kurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika, pasien mengalami Muntah-muntah atau diare lama, keadaan ini menyebabkan makin menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat timbul komplikasi. Pada pasien yang menderita malabsorpsi

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

Cara Menghitung balance cairan :

Air merupakan 65%-80% dari berat badan. Total Body Water (TBW) bervariasi pada setiap anak tergantung beberapa faktor antara lain usia, jenis kelamin, massa otot dan kandungan lemak. Semakin bertambah usia maka TBW akan menurun dengan perubahan paling cepat terjadi pada usia 6 bulan pertama. Pada usia 6 bulan TBW sebesar 70% dari berat badan dan pada usia 1 tahun menjadi 65%. Anak gemuk dan anak perempuan persentasinya lebih rendah sebagai air.

Komposisi cairan tubuh adalah cairan ekstraseluler 1/3 dari total cairan tubuh yang terbagi atas cairan interstisiil (15% berat badan), cairan intravaskuler/plasma (5% berat badan) dan cairan transuler. Cairan transuler ditemukan dalam ruang dan rongga yang mengandung air misalnya cavum perikard, cavum pleura, cavum peritoneal. Sedangkan cairan intraseluler merupakan 2/3 dari total cairan tubuh.

Sebagai perbandingan dapat digunakan rumus:

1. Total cairan tubuh badan : 60% berat badan
2. Cairan intraseluler : 40% berat badan
3. Cairan ekstraseluler : 20% berat badan
4. Plasma/ darah : 5% berat badan

Perubahan total Total Body Water (TBW) dan komposisi cairan tubuh selama proses perkembangan:

Tabel 3.3

Umur	TBW (%Berat Badan)	Cairan ekstraseluler (%berat badan)	Cairan intraseluler (%berat Badan)
Premature	75-80	-	-
Bayi baru lahir	70-75	50	35
1 tahun	65	25	40-45
Adolesen	-	-	-
Laki-laki	60	20	40-45
Perempuan	55	18	40

Cairan intraseluler sepenuhnya berupa cairan yang berada dalam membrane sel tubuh dan merupakan komposisi cairan yang terbesar (40% berat badan pada anak umur 1 tahun).

Rumus kebutuhan cairan perhari sebagai berikut :

Kebutuhan rumatan = IWL + URINE + CAIRAN TINJA

Besarnya IWL (insensible water loss):

Tabel 3.4

Umur	IWL (ml/kgBB)
0-6 Bln	40
6 bln – 5 thn	30
5-10 thn	20
Adolesen	10

Faktor-faktor yang mempengaruhi insensible water loss :

Tabel 3.5

Peningkatan insensible loss	Penurunan insensible loss
Hipertemia*	Udara lembab
Aktivitas yang meningkat	Hipotermia
Pemanas radian**	Sedasi
Fototherapy***	Pengurangan aktivitas

* meningkat 12% tiap kenaikan 1°C diatas 38°C.

** Meningkat 40% - 50% pada bayi < 1500g.

***** Meningkat 40% pada bayi < 1500 g, lebih tinggi pada bayi yang lebih besar.**

Perhitungan kebutuhan cairan berdasarkan kebutuhan kalori metode Holiday Segar:

Tabel 3.6

Berat Badan (kg)	Jumlah cairan
<10	100 ml/kg
10-20	1000 mL + 50 mL/kg tiap kenaikan perkilo diatas 10
>20	1500 mL + 20 mL/kg tiap kenaikan perkilo diatas 20

Perjam Berat Badan (kg)	Jumlah cairan
<10	4 ml/kg
10-20	2 mL tiap kenaikan perkilo diatas 10
>20	1 mL tiap kenaikan perkilo diatas 20

J. Komplikasi

Diare dapat menyebabkan berbagai komplikasi menurut juffrie (2010), yaitu sebagai berikut :

a. Gangguan elektrolit

Penderita diare cair dengan mengeluarkan tinja yang mengandung sejumlah ion natrium, klorida, dan bikarbonat sehingga mengalami gangguan elektrolit yang sering berupa hipokalemia, dan hiponatremia.

b. Gangguan keseimbangan asam dan basa

Pada saat diare, sejumlah besar bikarbonat yang hilang melalui tinja bisa menyebabkan asidosis metabolik. Hal ini dapat terjadi dengan cepat pada keadaan hipovolemi, gagal ginjal melakukan kompensasi kehilangan basa akibat aliran darah ke ginjal berkurang, serta produksi asam laktat yang berlebihan ketika pasien jatuh pada keadaan syok hipovolemik. Gambaran utama asidosis metabolik meliputi konsistensi bikarbonat serum berkurang (< 10 mmol/l), pH arteri menurun (< 7,10), nafas cepat dan dalam, adanya muntah.

c. Dehidrasi

Pada diare pengeluaran cairan melebihi pemasukannya, sehingga akan terjadi defisit cairan tubuh yang dapat menyebabkan dehidrasi. Derajat dehidrasi dapat dibagi menjadi tiga bagian yaitu dehidrasi ringan, dehidrasi sedang, dan dehidrasi berat. Secara umum dehidrasi dapat dimanifestasikan sebagai rasa haus yang meningkat, berkurangnya jumlah buang air kecil dengan warna urine gelap, tidak mampu berkeringat, dan perubahan ortostatik.

Klasifikasi dehidrasi

Berdasarkan klasifikasi menurut WHO (2012), dehidrasi dapat dibagi menjadi tiga bagian yaitu dehidrasi ringan, sedang, dan berat sebagai berikut:

1. Dehidrasi ringan (jika penurunan cairan tubuh 5 % dari berat badan)

Gejala :

Muka memerah, rasa sangat haus, kulit kering dan pecah-pecah, volume urine berkurang dengan warna lebih gelap dari biasanya, pusing dan lemah, kram otot terutama pada kaki dan tangan, kelenjar air mata berkurang kelembabannya, sering mengantuk, mulut dan lidah kering dan air liur berkurang.

2. Dehidrasi sedang (jika penurunan cairan tubuh antara 5-10% dari berat badan)

Gejala :

Gelisah, cengeng, kehausan, mata cekung, kulit keriput misalnya jika cubit dinding perut, kulit tidak segera kembali ke posisi semula, tekanan darah menurun, pingsan, kontraksi kulit pada otot lengan, kaki, dan punggung, kejang, perut kembung, gagal jantung, ubun-ubun cekung.

3. Dehidrasi berat (jika penurunan cairan tubuh lebih dari 10% dari berat badan)

Gejala :

Berak cair terus-menerus, muntah terus-menerus, kesadaran menurun, lemas luar biasa dan terus mengantuk, tidak bisa minum, tidak mau

makan, mata cekung, bibir kering dan biru, cubitan kulit baru kembali setelah lebih dari 2 detik, kesadaran berkurang, tidak buang air kecil, tangan dan kaki menjadi dingin dan lembab, denyut nadi semakin cepat dan lemah hingga tidak teraba, tekanan darah menurun drastis hingga tidak dapat diukur, ujung mulut, kuku, dan lidah berwarna kebiruan, tidak kencing selama 6 jam atau lebih, frekuensi buang air kecil berkurang, atau kurang dari 6 pokok/hari.

Tabel 3.7 penilaian derajat dehidrasi

Penilaian	A	B	C
Kesadaran umum	Baik, sadar	Gelisah rewel	Lesu, lunglai, atau tidak sadar
Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung dan kering
Air mata	Ada	Tidak ada	Tidak ada
Mulut dan lidah	Basah	Kering	Sangat kering
Rasa haus	Minum biasa tidak haus	Haus ingin banyak minum	Malas minum atau tidak bisa minum
Turgor kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali dengan sangat lambat
Hasil pemeriksaan	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi ringan, sedang	Dehidrasi berat

Tanda-tanda dehidrasi yang juga dapat diperiksa : timbang berat badan, ubun-ubun besar, urine, nadi, dan pernafasan atau tekanan darah (Nursalam, 2008).

d. Hipovolemik

Pada diare akut dengan dehidrasi berat, volume darah berkurang sehingga dapat terjadi dampak negatif pada bayi dan anak-anak antara lain syok hipovolemik. Syok hipovolemik ditandai dengan adanya denyut jantung menjadi cepat, denyut nadi cepat, tidak kuat angkat, tekanan darah menurun, pasien lemah, kesadaran menurun, diuresis berkurang.

e. Gagal ginjal akut

Fungsi ginjal menurun karena terjadinya hipoperfusi ginjal yang disebabkan oleh hipovolemia atau menurunnya volume sirkulasi atau aliran darah ke ginjal.

f. Malnutrisi

Infeksi yang berkepanjangan, terutama pada diare persisten, dapat menyebabkan penurunan asupan nutrisi, penurunan fungsi absorpsi usus, dan peningkatan metabolisme hingga menyebabkan proses tumbuh kembang anak terhambat yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas hidup anak di masa depan.

g. Kematian

Tidak sedikit penyakit diare pada anak dapat berujung pada kematian. Hal ini disebabkan karena keterlambatan dalam penanganan karena sebagian besar kasus yang dibawa ke pelayanan kesehatan sudah jatuh pada keadaan syok hipovolemi akibat dehidrasi berat.

III. Konsep Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

Menurut Doengues, et al (2000) pengkajian yang di dapatkan pada pasien dengan masalah diare adalah sebagai berikut :

a. Identitas klien meliputi :

Nama klien, Jenis Kelamin, Umur, Alamat, Tanggal MRS, Nomor Registrasi, suku bangsa, nama orang tua, dll.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan oleh anak, dalam hal ini dalam melakukan pengkajian adalah yang berhubungan pada sistem gastrointestinal atau pencernaan anak. Pada anak, keluhan tidak dapat diungkapkan, sehingga hanya dapat di manifestasikan melalui perilaku anak. Akan tetapi beda halnya dengan anak, keluhan utama sudah dapat diungkapkan seperti sakit perut dan frekuensi BAB lebih dari normal (BAB \geq 4 kali sehari pada bayi 2 kali \geq 3 kali pada anak). Pada saat pengkajian klien biasanya mengeluh badannya lemas dan diare.

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Penyakit sekarang

Riwayat Penyakit sekarang merupakan keluhan yang terjadi sekarang. Jika pada keluhan utama tidak dijelaskan proses munculnya riwayat penyakit sekarang, maka pada pengkajian selanjutnya dapat dimunculkan berbagai keluhan lainnya. Hal yang ditanyakan pada anak atau orang tuanya adalah bagaimana kronologis atau alur sehingga keluhan tersebut terjadi dan tindakan yang dilakukan untuk mengatasinya, termasuk pengobatan yang dilakukan ketika keluhan tersebut terjadi. Berbagai keluhan yang muncul diantaranya seperti sakit perut, badan lemas, berkeringat, muntah, dehidrasi, menangis, dan frekuensi BAB lebih dari normal ($BAB \geq 4$ kali sehari pada bayi 2 kali ≥ 3 kali pada anak) dengan konsistensi feses yang cair.

2. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada riwayat penyakit dahulu, perawat dapat mengkaji waktu atau berapa lama klien mengalami diare dan apakah sebelumnya mengalami penyakit yang dapat memicu terjadinya diare, seperti alergi (fruktosa dan laktosa). Perlu ditanyakan juga apakah beberapa hari sebelumnya pernah mengonsumsi makanan pedas dan buah-buahan tertentu.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dapat ditanyakan apakah dalam keluarga juga ada yang mengalami penyakit diare yang sama. Perlu dikaji juga keadaan atau lingkungan rumah dan komunitas. Selain itu juga perlu ditanyakan makanan yang sering dikonsumsi oleh keluarga, apakah suka mengonsumsi makanan yang pedas sehingga dapat memicu terjadinya diare.

4. Riwayat Pemberian Imunisasi

Diare juga sering timbul apabila anak tidak diberi imunisasi. Oleh karena itu perlu ditanyakan pada orang tua apakah anak pernah dilakukan imunisasi atau tidak.

5. Riwayat tumbuh kembang

Pada anak yang menderita diare mengalami gangguan tumbuh kembang karena diare dapat menyebabkan dehidrasi sehingga berat badan pasien menurun.

d. Kebutuhan dasar

- 1) Pola eliminasi: Akan mengalami peningkatan yaitu BAB lebih dari tiga kali sehari.
- 2) Pola nutrisi: diawali dengan mual, muntah dan anorexia, menyebabkan penurunan berat badan klien.
- 3) Pola tidur dan istirahat: Akan tergantung akan adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.
- 4) Pola hygiene: kebiasaan biasa mandi setiap hari.
- 5) Aktivitas: Akan tergantung dengan kondisi tubuh yang lemah dan adanya rasa nyeri akibat distensi abdomen.

e. Pemeriksaan Fisik Umum

- 1) Keadaan umum: klien lemah, panas, muntah, gelisah, rewel, lesu, dan kesadaran menurun.
- 2) Pengukuran panjang badan, berat badan menurun, lingkaran lengan mengecil, lingkaran kepala, lingkaran abdomen membesar.
- 3) Sistem pencernaan : mukosa mulut kering, distensi abdomen, peristaltic meningkat > 35 x/mnt, nafsu makan menurun, mual muntah, minum normal atau tidak haus, minum lahap dan kelihatan haus, minum sedikit atau kelihatan bisa minum.
- 4) Sistem Pernafasan : dispnea, pernafasan cepat > 40 x/mnt karena asidosis metabolik (kontraksi otot pernafasan).
- 5) Sistem kardiovaskuler : nadi cepat > 120 x/mnt dan lemah, tensi menurun pada diare sedang.
- 6) Sistem integumen: warna kulit pucat, turgor menurun > 2 detik, suhu meningkat > 37 derajat celsius, akral hangat, akral dingin (waspada syok), capillary refill time memanjang > 2 detik, kemerahan pada daerah perianal.

7) Sistem perkemihan : urin produksi oliguria sampai anuria (200-400 ml/ 24 jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit.

f. Pemeriksaan penunjang

Menurut Doengues dkk (2000) pemeriksaan penunjang yang di dapatkan pada pasien dengan masalah diare adalah sebagai berikut :

1) Biopsi

Diare inflamatorik dapat disertai dengan leukositosis, kenaikan laju endap darah atau hipoalbuminemia. Ciri utama diare inflamatorik adalah ditemukannya darah baik secara makroskopis maupun mikroskopis dan leukosit di dalam tinja. Evaluasi lanjutan yaitu pemeriksaan endoskopi gastrointestinal bagian atas atau kolonoskopi dengan biopsi untuk tindakan diagnostik.

2) Pemeriksaan radiologi abdomen

Tes radiologik dapat mempunyai peranan diagnostik pada pasien dengan dugaan malabsorpsi. Radiograf abdomen dapat menunjukkan kalsifikasi pankreas pada pasien dengan pankreatitis kronik. Pemeriksaan USG abdomen, pemindaian CT atau endoskopik retrograd kolangiopankreatografi juga dapat digunakan dalam mengevaluasi kemungkinan penyakit pankreas.

3) Pemeriksan tinja

4) Mikroskopis warna feses dimulai berwarna coklat muda sampai warna kuning yang bercampur dengan lendir, darah atau pus yang mana konsistensinya encer.

5) Pemeriksan darah

Pemeriksaan darah lengkap dapat berupa PH cadangan alkali dan elektrolit untuk menentukan gangguan untuk keseimbangan asam basa.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan. Diagnosa menurut Nanda 2015, SDKI 2016 :

a. Diare berhubungan dengan infeksi bakteri

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Data Mayor

Obyektif : berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang normal.

Data Minor

Subyektif : cepat kenyang setelah makan, kram atau nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

Obyektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare

b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Definisi : penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseluler

Data Mayor.

Objektif : frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hemotokrit meningkat.

Data Minor.

Objektif : pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun tiba-tiba.

Subjektif : merasa lelah, mengeluh haus.

c. Devisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Data Mayor :

Objektif : berat badan menurun minimal 10 % dibawah rentang ideal.

Data Minor

Subjektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

Objektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan.

- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan seringnya BAB dan iritasi oleh feses yang bersifat asam.

Definisi : kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsil sendi dan/atau ligamen).

Data Mayor.

Objektif : kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.

Data Minor.

Objektif : nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

- e. Nyeri akut berhubungan dengan hipovolemik usus.

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Data Mayor.

Subjektif : mengeluh nyeri.

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Data Minor.

Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

- f. Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan kekurangan volume cairan.
 Definisi : berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.
 Faktor risiko : hipotermia, hipoksia, hipotensi, kekurangan volume cairan, sepsis, sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome (SIRS)).
 Kondisi klinis terkait : perdarahan, trauma multipel, pneumotoraks, infark miokard, kardiomiopati, cedera medula spinalis, anafilaksis, sepsis, koagulasi intravaskuler diseminata, sindrom respon inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome (SIRS)).
- g. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis, infeksi atau kanker).
 Definisi : suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.
 Data Mayor.
 Objektif : suhu tubuh diatas nilai normal
 Data minor.
 Objektif : kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah rencana keperawatan yang akan penulis rencanakan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Dalam teori ini perencanaan keperawatan ditulis dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Nursing Intervention Classification (NIC) dan Nursing Outcome classification (NOC), (Gloria dkk, 2013).

Tabel 3.8
Perencanaan Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Rasional
		Tujuan dan Kriteria Hasil NOC	Intervensi NIC	
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi	<p>Serelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan.</p> <p>NOC : klien mengalami eliminasi fekal yang efektif ditingkatkan menjadi 5.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gangguan ekstrem 2. gangguan berat 3. gangguan sedang 4. gangguan ringan 5. tidak ada gangguan <p>Kriteria hasil / indikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi BAB dalam batas normal (3x/hari) 2. Tanda-tanda dehidrasi tidak ada. 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal, suhu 36,5°C, RR 30-40, nadi 100-130 	<p>NIC : Eliminasi Fekal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji dan dokumentasi frekuensi, warna, konsistensi feses 2. Identifikasi faktor penyebab terjadinya diare. 3. Monitor vital sign (nadi, respirasi, suhu). 4. Pantau nilai laboratorium (elektrolit, hitung darah lengkap) 5. Pertahankan intake dan output yang akurat 6. Monitor status dehidrasi (turgor kulit, mukosa bibir, kelopak mata, ubun-ubun) sebagai indikator dehidrasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai data awal untuk melakukan intervensi selanjutnya. 2. Mengetahui faktor penyebab diare sehingga penyebab diare dapat dihindari dikemudian hari. 3. Untuk memonitori Perubahan tanda tanda vital yang akan berdampak terjadinya syok pada pasien. 4. Untuk mengetahui derajat dehidrasi pada klien 5. Menjaga output dan input

			<p>7. Pantau adanya iritasi dan serasi kulit di area anus</p> <p>8. Intruksikan pasien /keluarga untuk mencatat warna,jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses</p>	<p>pasien.</p> <p>6. Untuk mengetahui tingkat keparahan derajat dehidrasi pada pasien.</p> <p>7. Mengidentifikasi adanya kerusakan kulit akibat peningkatan frekuensi defekasi</p> <p>8. Agar dapat mengetahui perkembangan kesehatan pasien.</p>
2	Hipotermia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<p>Serelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan.</p> <p>NOC : klien mengalami hidrasi ditingkatkan menjadi 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deviasi berat dari kisaran normal 2. Deviasi cukup berat dari kisaran normal 3. Deviasi ringan dari kisaran normal 4. Tidak ada deviasi dari kisaran normal <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intake cairan 2. Membran mukosa lembab 	<p>NIC : manajemen cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status dehidrasi (kelemahan membran mukosa, nadi adekuat) 2. Monitor vital sign 3. Jaga intake yang akurat dan catat output 4. Monitor cairan/makanan dan hitung intake kalori harian. 5. Berikan health education pada ibu pasien dan keluarga tentang diare 6. Berikan obat oral sesuai indikasi dosis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tanda-tanda dehidrasi 2. Mengetahui gejala dini yang terjadi pada klien 3. Memastikan dengan tepat input dan output klien 4. Memberikann diit dan cairan yang cepat 5. Menambah pengetahuan ibu dan keluarga tentang penyakit yang diderita anaknya. 6. Mencegah komplikasi yang terjadi

		3. Kehilangan berat badan Turgor kulit	7. Kolaborasi pemberian cairan IV	7. Dapat memberikan cairan sesuai dengan kebutuhan
3	defisit nutrisi berhubungan dengan ketiaktampilan mencerna makanan	Serelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan. NOC : klien mengalami status nutrisi : intake makanan dan cairan ditingkatkan menjadi 4. 1. Tidak adekuat 2. Sedikit adekuat 3. Cukup adekuat 4. Sebagian besar adekuat 5. Sepenuhnya adekuat Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	NIC : manajemen nutrisi 1. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 2. Kaji adanya alergi makanan 3. Timbang BB pasien tiap pagi 4. Anjurkan pada ibu pasien untuk memberikan makan pasien dalam porsi kecil tapi sering 5. Hindari makan yang keras dan makanan yang banyak mengandung lemak. 6. Anjurkan pada ibu untuk sajikan makanan dalam keadaan hangat. 7. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat	1. Mengetahui pemasukan dan pengeluaran nutrisi klien 2. Mengetahui penyebab ketidakseimbangan nutrisi 3. Untuk mengetahui perubahan BB klien 4. Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan dari keadaan klien. 5. Untuk mencegah perangsangan yang mendadak pada lambung 6. Untuk merangsang nafsu makan klien 7. Untuk memberikan diit yang tepat
4	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan seiringnya BAB dan iritasi oleh feses yang bersifat asam	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan. NOC : klien mengalami integritas jaringan : kulit & jaringan ditingkatkan menjadi 4. 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang	NIC : manajemen tekanan 1. Observasi kemerahan eksplorasi pada daerah kulit 2. Gunakan krem kulit 2	1. Area ini meningkatkan risikonya untuk kerusakan dan memerlukan pengobatan lebih intensif. 2. Memberikan rasa aman pada klien

		<p>4. Ringan 5. Tidak ada</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi) 2. Tidak ada luka atau lesi pada kulit 3. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami 	<p>x/sehari</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Beri alas pada daerah bokong dan anus. 4. Anjurkan pad aibu agar selalu menjaga keberhasilan daerah bokong anus 5. Gunakan tehnik septik dan antiseptik saat mengganti popok. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mencegah terjadinya iritasi kulit karena lembab 4. Memberikan informasi yang adekuat dan menambah pengetahuan ibu 5. Untuk mencegah terjadinya infeksi
5	Nyeri akut berhubungan dengan hiperperistaltik usus	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan.</p> <p>NOC : klien mengalami tingkat nyeri ditingkatkan menjadi 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri yang dilaporkan 2. Panjangnya episode nyeri 3. Mengerang dan meringis 	<p>NIC : manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi yang nyaman bag iklien, misalnya dengan lutut fleksi. 2. Lakukan aktivitas pengalihan untuk memberikan rasa nyaman seperti masase punggung dan kompres hangat abdomen 3. Kaji keluhan nyeri dengan Visual Analog Scale (skalaperubahan karakteristik nyeri, petunjuk verbal dan non verbal 4. Kolaborasi pemberian obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan tegangan permukaan abdomen dan mengurangi nyeri 2. Meningkatkan relaksasi, mengalihkan fokus perhatian klien dan meningkatkan kemampuan koping 3. Mengevaluasi perkembangan nyeri untuk menetapkan intervensi selanjutnya 4. Analgetik sebagai agen anti

			analgetik	nyeri
6	Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan kekurangan volume cairan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan.</p> <p>NOC : klien mengalami syok pervention ditingkatkan menjadi 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas normal 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer dan cafilari refil 2. Monitor suhu dan pernafasan 3. Monitor input dan output 4. Monitor tanda awal syok 5. Monitor adekuat oksigenasi jaringan 6. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas syok management 7. Monitor tekanan nadi 8. Monitor status cairan, input output 9. Kolaborasi dengan tim 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui aliran darah yang mengalir pada tubuh 2. Hipotensi (termasuk postural), takhikardia, demam dapat menunjukkan respon terhadap dan/atau efek kehilangan cairan 3. Mengetahui pemasukan dan pengeluaran 4. Untuk mencegah dan mengantisipasi 5. Mengetahui kelancaran sirkulasi 6. Untuk menghindari syok 7. Hipotensi (termasuk postural), takhikardia, demam dapat menunjukkan respon terhadap dan/atau efek kehilangan cairan 8. Mengetahui kebutuhan status cairan

			medis untuk pemberian obat sesuai dengan dosis	9. Agar tidak terjadinya syok hipovolemik
7	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan.</p> <p>NOC : klien mengalami termoregulasi ditingkatkan menjadi 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan suhu tubuh 2. Perubahan warna kulit 3. Dehidrasi 	<p>NIC : Perawatan Demam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu dan ttv anak 2. Ajarkan ibu pasien untuk melakukan kompres hangat 3. Anjurkan pada ibu untuk memakaikan baju anak yang tipis 4. Anjurkan pada ibu untuk memberikan minum pada anak 5. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian obat penurun panas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui keadaan pasien 2. Untuk membantu menurunkan panas anak 3. Supaya meresap keringat 4. Untuk menambah cairan pada anak 5. Untuk pemberian obat pada anak dalam menurunkan demam

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptifanalitik dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan anak dengan Diare di ruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian asuhan keperawatan dengan Diare di ruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu adalah anak yang menderita gangguan atau penyakit Diare. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan Diare.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

- (1) Asuhan keperawatan adalah proses melakukan pengkajian, diagnosa, implementasi, dan evaluasi.
- (2) Pasien adalah anak yang di rawat baik laki-laki maupun perempuan yang di rawat di ruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu dengan masalah Diare.
- (3) Diare adalah kondisi sakit yang dialami pasien yang dinyatakan dengan diagnosis medis.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah di ruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu. Di ruang Edelweis ini menerima pasien-pasien dengan gangguan diare, malaria, kejang demam dan lain-lain. Study kasus dilakukan pada tanggal 1 Desember 2018 hingga 12 Februari 2019.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan penelitian atau proposal dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare di ruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2018. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data penelitian berupa hasil pengukuran, observasi, dan wawancara terhadap pasien yang dijadikan subyek penelitian.

F. Metode Penelitian dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

- a. Wawancara (hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang - dahulu - keluarga, riwayat psikologi, pola-pola fungsi kesehatan). (Sumber data bisa dari klien, keluarga, perawat lainnya).
- b. Observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan integumen, pemeriksaan kelapa leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan inguinal, genitalia, anus, pemeriksaan ekstremitas, pemeriksaan neurologis (dengan pendekatan : inspeksi, palpasi, perkusi dan sukultasi) dengan sistem tubuh pasien. Data fokus yang harus didapatkan adalah sistem pencernaan dan anus.
- c. Studi dokumentasi dan instrument dilakukan dengan melihat dari data MR (Medical Record), melihat pada status pasien, melihat hasil laboratorium, melihat cairan harian perawat ruangan, melihat hasil pemeriksaan diagnostik.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada di prodi D3 keperawatan Bengkulu.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari kampus, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat diruang Edelweis selama 3 hari berturut-turut. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis atau status pasien, pasien langsung, keluarga, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid. Di samping itu, untuk menjaga validitas dan keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data-data pasien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder.

H. Analisis data

Analisis data dilakukan dengan menyajikan hasil pengkajian yang dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Selanjutnya hasil pengumpulan data pengkajian di analisis dengan membandingkan dengan teori yang telah disusun pada bab sebelumnya (bab 2) untuk mendapatkan masalah keperawatan yang digunakan untuk menyusun tujuan dan intervensi. Selanjutnya intervensi dilaksanakan kepada pasien sesuai rencana-rencana yang telah disusun (implementasi). Hasil implementasi dianalisis untuk mengevaluasi kondisi pasien apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian, dimodifikasi atau diganti dengan masalah keperawatan yang lebih relevan. Hasil pengkajian, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi dituangkan dalam bentuk narasi pada bab pembahasan, yang dibandingkan dengan teori-teori yang sudah disusun sebelumnya untuk menjawab tujuan penelitian.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Asuhan Keperawatan Anak dengan Diare

Bab iv ini memaparkan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada An.R yang masuk RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu pada tanggal 26 Februari 2019 dengan nomor register 793602 dan di rawat di ruang Edelwis RSUD Dr. M. Yunus dengan diagnosa medic Diare. Asuhan kepeawatan dilakukan selama 3 hari dari tanggal 27 Februari sampai tanggal 01 Maret 2019.

Asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi; pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi sebagai berikut:

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

An.R lahir di Bengkulu pada tanggal 30 Juli 2018 berumur 7 bulan 32 hari, berjenis kelamin laki-laki, agama Islam, bertempat tinggal di JL. Adiyus 5 PD Nangka Kota Bengkulu.

b. Identitas Orang Tua

Tn.P sebagai ayah kandung dari An.R berumur 30 tahun, pendidikan SLTA, pekerjaan Tukang Parkir, agama islam, bertempat tinggal di JL. Adiyus 5 PD Nangka Kota Bengkulu. Ny.P sebagai ibu kandung dari An.R berumur 28 tahun, pendidikan SLTA, pekerjaan IRT, agama islam, bertempat tinggal di JL. Adiyus 5 PD Nangka Kota Bengkulu.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Tanggal 26 Februari 2019 pukul 20.15 WIB ibu datang ke IGD membawa An.R dengan keluhan mencret-mencret sebanyak 6 kali dan demam 1 hari sebelum masuk rumah sakit.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan sebelum anaknya masuk rumah sakit, dua minggu yang lalu An.R pernah menceret, sempat dibawa ibu ke Puskesmas dan mendapatkan obat antibiotik dan oralit. Ibu mengatakan semenjak

minum obat dari Puskesmas mencret anaknya sudah berkurang. Ibu mengatakan pada tanggal 26 Februari 2019 An.R kembali mencret sebanyak 6 kali tidak kunjung berhenti, berak cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam). Ibu mengatakan An.R lemah, lemas, dan badannya teraba hangat, tidak mau minum air putih dan nafsu makan berkurang, ibu mengatakan dia khawatir dengan keadaan anaknya sehingga membawa anaknya ke rumah sakit M.Yunus Bengkulu. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 27 Februari 2019 pukul 11:00 WIB ibu mengatakan anaknya masih mencret sudah 8 kali selama dirawat di rumah sakit, ibu mengatakan bahwa berak cair dan bercampur ampas, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam) satu hari sebelum masuk rumah sakit. Ibu mengatakan dari kemarin anaknya tidak mau minum air putih hanya mau minum susu formula sebanyak 100cc per kali minum dan diberi bubur cair dari tim ahli gizi sebanyak 1800cc/hari dihabiskan kurang lebih hanya 600cc. Ibu mengatakan badan anaknya teraba hangat. ibu mengatakan berat badan anaknya turun dari 6,6 kg sebelum sakit dan sekarang menjadi 6 kg.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

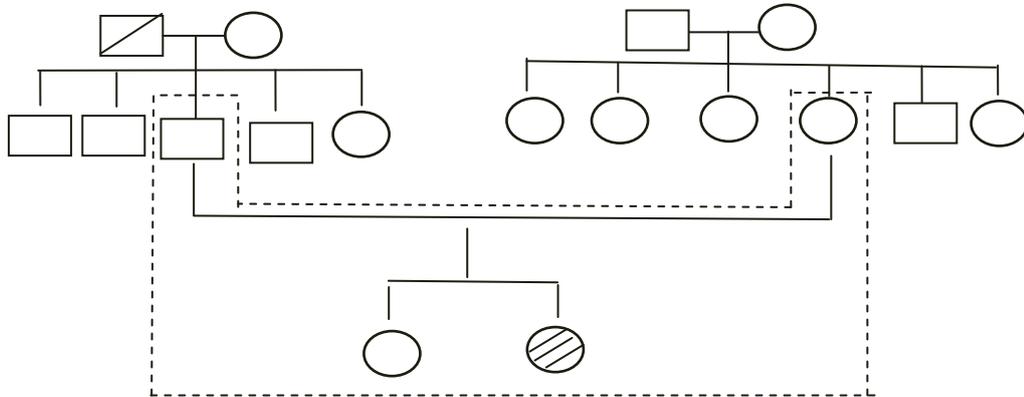
Ibu mengatakan An.R belum pernah dirawat di rumah sakit. An.R belum pernah di operasi dan tidak mempunyai alergi obat. Ibu mengatakan sebelumnya anaknya pernah mengalami diare tapi belum sampai masuk rumah sakit.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan di dalam keluarganya ada yang memiliki penyakit darah tinggi yaitu neneknya. Ibu mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang mengalami penyakit diare seperti An.R.

5) Genogram

Gambar 2.2



Keterangan :

□ = Laki-laki

○ = Perempuan

◐ = Pasien

----- = tinggal satu rumah

— = garis perkawinan

| = garis keturunan

An.R adalah anak kedua dari dua bersaudara, An.R tinggal bersama saudara dan kedua orang tuanya.

d. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Pre Naral

Ibu mengatakan saat hamil tidak ada keluhan. Selama kehamilan ibu melakukan pemeriksaan ke bidan setiap satu bulan sekali, ibu diberi suplemen penambah darah dan vitamin. Ibu mengatakan pernah mendapatkan imunisasi TT 1 kali pada saat usia kandungan 6 bulan.

2) Intra Natal

Ibu mengatakan An.R lahir pada usia kehamilan 38 minggu di Bidan secara normal, letak belakang kepala. Saat bayi lahir spontan langsung menangis, berat badan lahir 2500 gram.

3) Post natal

Ibu mengatakan An.R saat lahir mendapatkan ASI. Pada usia 4 bulan ASI ibu tidak mau keluar lagi, ibu memberikan An.R susu formula.

e. Riwayat Imunisasi

Ibu mengatakan An.R mendapatkan imunisasi BCG sebanyak 1 kali pada umur 2 bulan. Imunisasi hepatitis B sebanyak 2 kali pada umur 0 dan 1 bulan. Imunisasi DPT sebanyak 2 kali pada umur 2 dan 4 bulan. Kesan imunisasi pada An.R belum lengkap, karena usia anak belum mencukupi untuk imunisasi terakhir, imunisasi terakhir yang harus didapat oleh An.R adalah imunisasi campak.

f. Riwayat Psikososial

An.R tinggal bersama kedua orang tua dan kakanya. Hubungan keluarga dan anggota keluarga lainnya harmonis, An.R diasuh sendiri oleh ibunya.

g. Kondisi Lingkungan

Keluarga mengatakan lingkungan rumah berada di pinggir jalan, di rumah menggunakan racun nyamuk bakar, ayah pasien mengatakan sering merokok di dalam rumah dan terkadang merokok dekat anaknya.

h. Riwayat Spiritual

Keluarga beragama Islam dan melaksanakan sholat lima waktu, keluarga yakin dengan pengobatan yang diberikan dokter dan perawat untuk penyembuhan anaknya, tidak ada dilakukan ritual dalam pengobatan.

i. Reaksi Hospitalisasi

An.R terlihat lesu, lemas. An.R selalu nangis setiap perawat dan dokter ke ruangan untuk memeriksa An.R.

j. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

Berdasarkan hasil pemeriksaan tumbuh kembang anak menggunakan KTSP anak mampu:

(a) Perkembangan :

1) Motorik Kasar

Pada riwayat kesehatan motorik kasar An.R meliputi: pasien mampu duduk sendiri, jika diberi mainan An.R merangkak kearah mainan, An.R juga mulai berdiri sendiri sambil berpegangan di meja.

2) Motorik Halus

Pada saat dikaji An.R dapat menggenggam benda yang berada di dekatnya dengan menggunakan kedua tangannya, An.R juga dapat mengambil benda-benda kecil yang ada di sekitarnya. An.R juga bisa bergendang di meja dan di kaleng.

3) Bahasa

An.R sudah bisa menyebutkan nama-nama gambar yang di tunjuk oleh perawat dan orang tua.

4) Ketika ibu pergi dan menitipkan An.R dengan perawat An.R tidak menangis.

(b) Pertumbuhan :

Berat badan anak 6 kg, tinggi badan 58 cm, ligkar kepala 43 cm (ideal), LILA 14 cm (ideal). An.R memili gigi seri 2 diatas, 3 dibawah dan baru tumbuh gigi geraham di bawah.

k. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Pola Cairan dan Nutrisi

Ibu mengatakan di rumah anaknya diberi susu formula sebanyak 100cc. Ibu mengatakan anaknya diberi makanan nasi saring 3 kali perhari sebanyak 1/2 mangkok kecil.

Selama di rumah sakit An.R diberi susu formula dengan frekuensi 8 kali/hari selama 3 jam sebanyak 100cc dan diberi bubur cair dari tim ahli gizi sebanyak 1800cc/hari dihabiskan kurang lebih hanya 600cc. Minum air mineral sebanyak 100cc. setiap diberi bubur cair An.R selalu menolak untuk menghabiskannya. Jenis cairan parenteral yang

diberikan yaitu IVFD Ka-En 3B sebanyak 21 tt/menit (500cc) mikro melalui IV.

2) Pola Eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit ibu mengatakan An.R BAK 6-7 kali/hari, warna kuning jernih. BAB sebanyak 6 kali, konsistensi cair bercampur ampas, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam).

Selama di rumah sakit An.R BAB sudah 8 kali dalam sehari menggunakan pampers sebanyak 350cc setiap mengganti pampers bercampur BAK. Sedangkan pampers yang urine aja sebanyak 100cc.

Tabel 3.9
Tingkat Dehidrasi An.R

KRITERIA	1	2	3
Keadaan umum	Baik	Lemas	Gelisah, Lemas, Mengantuk, Syok
Mata	Biasa	Cekung	Sangat cekung
Mulut	Biasa	Kering	Sangat kering
Pernafasan	<30x/menit	30-40 x/menit	>40x/menit
Turgor	Baik	Kurang	Jelek
Nadi	<120x/menit	120-140x/menit	>140x/menit
Interprestasi :			
6 :Tidak dehidrasi			
7-12 :Dehidrasi ringan-sedang (kondisi An. R)			
≥13 :Dehidrasi berat			

Tabel 4.0
Balance Cairan An.R

No	Input	Hari ke I	Hari ke II	Hari ke III
1	susu formula	8 x 100 = 800cc	8 x 100 = 800cc	8 x 100 = 800cc
2	infus	2 x 500 = 1000cc	2 x 500 = 1000cc	500cc
3	obat-obatan	130,8cc	101,8cc	75cc
4	makan+minum	600cc	600cc	800cc
5	air metabolisme	8 x 6 = 48cc	8 x 6,3 = 50.4cc	8 x 6,3= 50,4cc
		TOTAL: 2,578.8 cc	TOTAL: 1,952.2cc	TOTAL: 1,425.4cc
	Output			
1	Urine + feses	8 x 350 = 2,800cc	5x 350 = 1,750 cc	3x 350 = 1,050cc
2	Urine	100cc	100 cc	200 cc
3	IWL	5cc x kgBB/ 24jam 25cc x 6	5cc x kgBB /24jam 25cc x 6,3	5cc xkgBB/ 24jam 25cc x 6,3
4	IWL kenaikan suhu	130cc IWL + 200 (suhu tubuh – 36,8) 130 + 200 (38,4 – 36,8) 130 + 200 (1,6) 130+320 450CC	157,5cc IWL + 200 (suhu tubuh – 36,8) 157,5 + 200 (37,4 – 36,8) 157,5 + 200 (0,6) 157,5+120 277,5CC	50.4cc TOTAL : 1,300.4cc
		TOTAL : 3,350 cc	TOTAL : 2,562.5cc	
	Balance CM-CK	2,578.7 – 3,350 = -762.2 cc	1,952.2 - 2,562.5= - 610 cc	1,425.4– 1,300.4 = 125cc

3) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum masuk rumah sakit ibu mengatakan An.R biasanya siang hari tidur 2-3 jam, malam An.R tidur kurang lebih 8-9 jam, kebiasaan sebelum tidur An.R minum susu dan harus ditemani tidur oleh orang tua sampai anak tertidur, anak terbangun dari tidur karena lapar dan BAB.

Selama di rumah sakit anak beristirahat selama 1-2 jam pada siang hari dan 6-7 jam pada malam hari, kebiasaan sebelum tidur An.R minum susu harus ditemani tidur oleh orang tua sampai anak tertidur, anak terbangun dari tidur karena lapar dan BAB.

4) Pola personal Hygiene

An.R di rumah biasanya mandi 2 kali/hari, cuci rambut 2 kali/hari, potong kuku 1 kali/seminggu. Pada saat di rumah sakit An.R mandi 2 kali/hari, cuci rambut 1 kali/hari hanya di lap menggunakan was lap pemberian dari IGD.

1. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Fisik Umum

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 27 Februari 2019 pukul 11:00 WIB didapatkan data yaitu keadaan umum pasien lemas, mukosa bibir kering, turgor kulit baik (kembali ≤ 2 detik), mata sedikit cekung, tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15, frekuensi nadi 127 x/menit, RR 42 x/menit, suhu 38,4°C, berat badan 6 kg.

2) Antropometri

Hasil pengkajian didapatkan berat badan anak 6 kg, tinggi badan 58 cm, ligkar kepala 43 cm (ideal), LILA 14 cm (ideal).

3) Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris kiri dan kanan, kelopak mata tidak ada edema, pupil isokor, mata sedikit cekung, terdapat reflex pupil terhadap cahaya (pupil mengecil saat terkena cahaya), konjungtiva anemis, sclera an ikterik.

4) Sistem pendengaran

Pada saat dilakukan pengkajian di dapat inspeksi; tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, frekuensi pernafasan 42 x/menit, jalan nafas paten, suara nafas vesikuler.

5) Sistem Kardiovaskuler dan Sirkulasi

Saat inspeksi tidak ada distensi vena jugularis, warna kulit tidak pucat, frekuensi nadi 127 x/menit, akral dingin, kapilary refill < 3 detik, auskultasi bunyi jantung S1 dan S2 normal tidak terdapat bunyi tambahan, akral hangat

6) Sistem pencernaan

Mukosa bibir kering, gigi belum tumbuh, tidak ada stomatitis, lidah pasien sedikit kotor, abdomen cembung, auskultasi bising usus 20x/menit, palpasi abdomen hepar dan lien tidak teraba, tidak terdapat nyeri tekan pada kuadran I, II, III, dan IV, perkusi abdomen hypertimpani, dan tidak terdapat alat bantu makan.

7) Sistem endokrin

Palpasi tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton.

8) Sistem urogenital

Ada perubahan pola berkemih pada pasien, tidak ada distensi atau ketegangan kandung kemih, An.R memakai popok dan mengganti popok lebih dari 8x/hari.

9) Sistem integument

Inspeksi warna kulit normal dan tidak pucat, palpasi turgor kulit baik tidak terdapat sianosis pada perifer, ada tanda bekas luka pemasangan infus, kondisi kulit pemasangan infus baik, bokong lecet, dan anus berwarna merah muda.

10) Sistem musculoskeletal

Ekstremitas atas dan bawah lengkap, pasien mampu untuk menggerakkan kaki dan tangannya, akral hangat, pada tangan kanan di metakarpal terpasang infus Ka-En 3B (500cc), 21 tetes/menit mikro.

m. Tes Diagnostik

1) Hasil Laboratorium, tanggal dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 41
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Urine An.R
tanggal 26 Februari 2019

NO	Jenis Pemeriksaan	HASIL
1	MAKROSKOPIS Warna Konsistensi Lendir Darah Nanah	Kuning Lembek (-) Negatif (-) Negatif (-) Negatif
2	MIKROSKOPIS Leukosit Eritrosit Amoeba Telur cacing : Ascaris Anylostoma Trichuris Enterobius Jamur Bakteri	1-2 1-2 (-) Negatif (-) Negatif (-) Negatif (-) Negatif (-) Negatif (-) Negatif (-) Negatif (+) Positif

Tabel 4.2
Hasil pemeriksaan laboratorium An.R
tanggal 27 Februari 2019

NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
1.	Malaria	Negatif	
2.	Fe Serum	20	Lk : 65-175 Pr : 50-170
3.	Hb	12,0 gr/dl	Lk 13,0-18,0 gr/dl Pr 12,0-16,0 gr/dl
4.	Hematokrit	27 %	Lk 37-41%, Pr 40-54%
5.	Leukosit	8700 mm ³	4000-10.000 mm ³
6.	Trombosit	410.000 sel/mm ³	150.000-400.000 sel/mm ³

Tabel 4.3
Terapi Obat An.R

NO	TERAPI	DOSIS	GOLONGAN	TANGGAL		
				27-02-2019	28-02-2019	01-03-2019
1.	Cairan Infus	21 tt/m	ka-en 3b	√	√	√
2.	Metronidazole	100 mg	Antimikroba	√	√	STOP
3.	Zink kid	1x1 cth 75 cc (P.O)	Mineral	√	√	√
4.	L.bio	2x½cc = 1cc	Probiotik	√	√	√
5.	Paracetamol	3x0,8 mg = 2.4mg	Analgesik dan antipiretik	√	√	STOP

6	Ceftriaxone	2 x 20 mg	Antibiotic sefalospirin	√	√	√
---	-------------	--------------	----------------------------	---	---	---

2. Analisa data

Nama pasien : An.R No.MR : 793602
 Ruang : Edelweis Diagnosa Medis : Diare

Tabel 4.4
Analisa data

No	Data Penunjang	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data Subjektif (DS) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan anaknya BAB 8 kali cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam) pada hari ini 26 februari 2019. Ibu mengatakan anaknya menderita diare sejak 2 minggu yang lalu sempat berhenti, 1 hari sebelum masuk rumah sakit anaknya mencret sebanyak 8 kali tidak berhenti-berhenti. <p>Data Objektif (DO) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Badan anak teraba hangat, suhu tubuh 38,4^oC Hasil laboratorium bakteri (+) positif, Peristaltik usus 20x/menit. Konsistensi tampak BAB cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam). Perkusi abdomen hypertimpani Klien tampak lemas. 	Proses Infeksi	Diare
2.	<p>Data Subjektif (DS) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan dari kemarin anaknya tidak mau minum air putih hanya mau minum susu formula sebanyak 100 per kali minum. Ibu mengatakan semenjak sakit 	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia

	<p>anaknya tidak nafsu makan, diberi bubur cair dari tim ahli gizi sebanyak 1800cc/hari dihabiskan kurang lebih hanya 600cc..</p> <p>3. Ibu mengatakan anaknya BAB kurang lebih 8 kali selama di rumah sakit</p> <p>Data Objektif (DO):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemas 2. Mukosa bibir kering 3. Turgor kulit baik kembali \leq 2 detik 4. Mata sedikit cekung 5. Tanda tanda vital: nadi 127x/menit, suhu 38,4°C. 6. Balance cairan= - 762.2 cc 		
3	<p>Data Subjektif (DS) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengatakan kulit anaknya teraba hangat. 2. Ibu mengatakan anaknya lemah <p>Data Objektif (DO):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda tanda vital : RR 42 x/menit, Nadi 127 x/menit, suhu 38,4°C. 2. Akral anak teraba hangat. 3. Kulit anak teraba hangat. 	Proses infeksi / Dehidrasi	Hipertermia

3. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5

NO	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Paraf
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi	27-02-2019	Sarifah
2.	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	27-02-2019	Sarifah
3	Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi/dehidrasi.	27-02-2019	Sarifah

4. Intervensi Keperawatan

Nama pasien : An. R
Umur : 7 bulan 32hari

Ruangan : Edelweis
No. Reg : 793602

Tabel 4.6
Perencanaan Keperawatan

NO	Diagnosa	Intervensi		Rasional
		NOC	NIC	
1.	Diare berhubungan dengan proses infeksi DS : 3. Ibu mengatakan anaknya BAB 8 kali cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam) pada hari ini 26 februari 2019. 4. Ibu mengatakan anaknya menderita diare sejak 2 minggu yang lalu sempat berhenti, 1 hari sebelum masuk	<p>Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan 3 x 24 jam di harapkan:</p> <p>NOC : Eliminasi Fekal</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Ditingkatkan pada level 4 □ Dipertahankan pada level 3 <p>Level:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan ekstrem 2. Gangguan berat 3. Gangguan sedang 4. Gangguan ringan 5. Tidak ada gangguan <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi BAB dalam batas normal (3x/hari) 	<p>NIC : Manajemen Eliminasi Fekal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji dan dokumentasi frekuensi, warna, konsistensi feses. 2. Identifikasi faktor penyebab terjadinya diare. 3. Monitor vital sign (nadi, respirasi, suhu). 4. Pantau nilai laboratorium. (elektrolit, 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Sebagai data awal untuk melakukan intervensi selanjutnya. 10. Mengetahui faktor penyebab diare sehingga penyebab diare dapat dihindari dikemudian hari. 11. Untuk memonitori Perubahan tanda tanda vital yang akan berdampak terjadinya syok pada pasien. 12. Untuk mengetahui derajat dehidrasi pada klien 13. Menjaga output dan input pasien.

	<p>rumah sakit anaknya mencret sebanyak 8 kali tidak berhenti-berhenti.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badan anak teraba panas, suhu tubuh 37,8°C. 2) Hasil laboratorium bakteri (+) positif, Klien tampak rewel. 3) Peristaltik usus 20x/menit. 4) Konsistensi BAB cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam). 5) Perkusi abdomen hypertimpani 6) Klien tampak lemas. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tanda-tanda dehidrasi tidak ada. 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal RR 30-40, nadi 100-130, suhu 36,5 	<p>hitung darah lengkap)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pertahankan intake dan output yang akurat. 6. Monitor status dehidrasi (turgor kulit, mukosa bibir, kelopak mata, ubun-ubun) sebagai indicator dehidrasi. 7. Pantau adanya iritasi dan serasi kulit di area anus. 8. Intruksikan pasien /keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses. 9. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi. 	<ol style="list-style-type: none"> 14. Untuk mengetahui tingkat keparahan derajat dehidrasi pada pasien. 15. Mengidentifikasi adanya kerusakan kulit akibat peningkatan frekuensi defekasi. 16. Agar dapat mengetahui perkembangan kesehatan pasien. 17. Memberikan obat yang sesuai dengan pasien.
--	--	--	---	---

2.	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif DS :</p> <p>4. Ibu mengatakan dari kemarin anaknya tidak mau minum air putih hanya mau minum susu formula sebanyak 100 per kali minum.</p> <p>5. Ibu mengatakan semenjak sakit anaknya tidak nafsu makan, diberi bubur cair dari tim ahli gizi sebanyak 1800cc/hari dihabiskan kurang lebih hanya 600cc.</p> <p>6. Ibu mengatakan anaknya BAB kurang lebih 8 kali selama di rumah sakit.</p> <p>DO :</p> <p>1) Klien tampak</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan 3 x 24 jam di harapkan:</p> <p>NOC : Keseimbangan cairan : keseimbangan air intraseluler dan ekstra seluler tubuh yang adekuat.</p> <p>□ Ditingkatkan pada level 4 □ Dipertahankan pada level 3</p> <p>Level:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan ekstrem 2. Gangguan berat 3. Gangguan sedang 4. Gangguan ringan 5. Tidak ada gangguan. <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda dehidrasi tidak ada 2. Menampilkan hidrasi yang baik (membran mukosa lembab, mampu berkeringat) 3. Intake dan output cairan seimbang. 4. Pemasukan cairan oral yang adekuat 	<p>NIC : Manajemen Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda dehidrasi 2. Observasi tanda-tanda vital 3. Pantau asupan dan pengeluaran cairan. 4. Monitor hasil nilai laboratorium (tingkat Hb dan hematokrit, BUN, albumin). 5. Monitor berat badan setiap hari. 6. Anjurkan orang tua untuk selalu memotivasi dan memberikan minum pada anak 7. Kolaborasi dalam pemberian terapi diuretic. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mendeteksi tanda awal bahaya pada pasien. 2. Peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah dapat mengindikasikan hipovolemia yang mengarah pada penurunan perfusi jaringan. Peningkatan frekuensi pernapasan berkompensasi pada hipoksia jaringan. 3. Untuk mengetahui keseimbangan cairan pada pasien 4. Mengetahui kekurangan cairan dan elektrolit. 5. Mengetahui dampak yang terjadi. 6. Membuat anak yang selalu patuh terhadap terapi yang diberikan tim medis 7. Memberikan kebutuhan cairan yang diakibatkan karena dehidrasi pada pasien.
----	---	--	---	--

	<p>lemas</p> <p>2) Mukosa bibir kering</p> <p>3) Turgor kulit kurang baik</p> <p>4) Mata sedikit cekung</p> <p>5) Tanda tanda vital: nadi 127x/menit, suhu 38,4°C.</p>			
3.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi</p> <p>DS :</p> <p>3. Ibu mengatakan kulit anaknya teraba hangat.</p> <p>4. Ibu mengatakan anaknya lemah</p> <p>DO :</p> <p>1) Tanda tanda vital : RR 42 x/menit, Nadi 127 x/menit, suhu 37,8°C.</p> <p>2) Akral anak teraba hangat.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan Asuhan Keperawatan 3 x 24 jam di harapkan:</p> <p>NOC : Thermoregulation</p> <p><input type="checkbox"/> Ditingkatkan pada level 3</p> <p><input type="checkbox"/> Dipertahankan pada level 4</p> <p>Level:</p> <p>1. Sangat terganggu</p> <p>2. Gangguan berat</p> <p>3. Gangguan sedang</p> <p>4. Gangguan ringan</p> <p>5. Tidak ada gangguan .</p> <p>Dengan Kriteria Hasil:</p> <p>1. Demam, menggigil, dan berkeringat.</p>	<p>NIC : Manajemen Hipertermia</p> <p>1. Monitor Tanda-tanda vital pasien.</p> <p>2. Pantau status hidrasi pasien.</p> <p>3. Berikan cairan yang cukup untuk mencegah dehidrasi.</p> <p>4. Pantau dan catat denyut dan irama nadi, frekuensi pernapasan.</p>	<p>1. Suhu 37,8°C – 40°C menunjukkan proses penyakit infeksius akut. Pola demam dapat membantu dalam diagnosis.</p> <p>2. Peningkatan suhu tubuh dapat mengakibatkan kekurangan volume cairan secara aktif</p> <p>3. Asupan cairan dapat mencegah terjadinya dehidrasi yang diakibatkan oleh peningkatan suhu tubuh.</p> <p>4. Untuk mengetahui perubahan suhu yang terjadi pada suhu pasien.</p>

	3) Kulit anak teraba hanga	<ol style="list-style-type: none"> 2. Suhu tubuh pasien dalam batas normal 36,5-37,5°C. 3. status hidrasi yang baik. 4. Tanda-tanda vital dalam batas normal. 5. Status neurologis 6. Status neurologis oronom 7. Berkeringat saat panas 8. Denyut jantung apical 9. Denyut jantung radical 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan kompres hangat pada lipatan paha dan aksila. 6. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian tipis. 7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat anti piretik. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Dapat membantu mengurangi demam. 6. Untuk melancarkan pengeluaran panas tubuh. 7. Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hipotalamus,meskipun demam mungkin dapat bergunadalam membatasi pertumbuhan organismedan meningkatkan autodestruksi dari sel-sel yang terinfeksi
--	----------------------------	---	---	--

5. Implementasi Keperawatan

Nama pasien : An. R
Umur : 7 bulan 32hari

Ruangan : Edelweis
No. Reg : 793602
Hari Perawatan ke : 1

Tabel 4.7
Implementasi Keperawatan

No	Pengkajian (S-O-A-P)	Implementasi	Evaluasi	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon perkembangan)
1.	<p>Diare berhubungan dengan proses infeksi.</p> <p>Subjekrif :</p> <p>5. Ibu mengatakan anaknya BAB 8 kali cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam) pada hari ini 26 february 2019.</p> <p>6. Ibu mengatakan anaknya menderita diare sejak 2 minggu yang lalu sempat berhenti, \1 hari sebelum masuk rumah sakit anaknya mencret</p>	<p>Pukul 08:30-09:00 WIB</p> <p>10. Mengkaji dan dokumentasi frekuensi, warna, konsistensi feses.</p> <p>11. Mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya diare.</p> <p>12. Memonitor vital sign (nadi, respirasi, suhu).</p> <p>13. Memantau nilai laboratorium. (elektrolit,</p>	<p>1. Ibu mengatakan anaknya BAB kurang lebih 8 kali tidak berhenti, warna kuning, cair.</p> <p>2. Ibu mengatakan anaknya diare semenjak ganti susu.</p> <p>3. Pemeriksaan tanda-tanda vital: nadi:127 x/mnt, pernafasan:42 x/mnt, suhu:38,4°C.</p> <p>4. Hasil laboratorium terdapat bakteri pada</p>	<p>13:00 WIB</p> <p>Subjekrif :</p> <p>1. Ibu mengatakan anaknya BAB 8 kali cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam).</p> <p>2. Ibu mengatakan anaknya menderita diare sejak 2 minggu yang lalu sempat berhenti, 1 hari sebelum masuk rumah sakit anaknya mencret sebanyak 8 kali tidak berhenti-berhenti.</p> <p>Objektif :</p>

	<p>sebanyak 8 kali tidak berhenti-berhenti.</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Hasil laboratorium bakteri (+) positif, 8. Peristaltik usus 20x/menit. 9. Konsistensi tampak BAB cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam). 10. Perkusi abdomen hipertimpani 11. Klien tampak lemas. <p>Analisis : Eliminasi fekal berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC: manajemen eliminasi fekal.</p>	<p>hitung darah lengkap) Pukul 10:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Menghitung jumlah cairan intake dan output yang akurat. 15. Memonitor status dehidrasi 16. Memantau adanya iritasi dan sedasi kulit di area anus. 17. Menganjurkan ibu untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses. 18. Memberikan pasien obat 	<p>feses anak.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Balance cairan : Input – output $2,578,7 - 3,350 = -762.2$ cc 6. Turgor kulit pasien baik kembali dalam < 2 detik, mukosa bibir kering, kelopak mata cekung. 7. Ibu mengatakan anus anaknya berwarna merah. 8. Warna anus merah muda, jumlah 8 kali, konsistensi cair, berbau khas (anyir dan asam). 9. Obat L.bio 1/2cc, zink kid 75cc 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil laboratorium bakteri (+) positif, 2. Konsistensi tampak BAB cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam). 3. Perkusi abdomen hipertimpani 4. Klien tampak lemas. <p>Analisis : Eliminasi fekal berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC: manajemen eliminasi fekal 1, 3, 5,6,7,8, dan 9</p>
2	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.</p> <p>Subjektif:</p>	<p>Pukul 14:30-15:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Memonitor tanda-tanda dehidrasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit pasien baik kembali dalam < 2 detik, mukosa bibir 	<p>18:00 WIB</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengatakan dari kemarin anaknya tidak

	<p>7. Ibu mengatakan dari kemarin anaknya tidak mau minum air putih hanya mau minum susu formula sebanyak 100 per kali minum.</p> <p>8. Ibu mengatakan semenjak sakit anaknya tidak nafsu makan, diberi bubur cair dari tim ahli gizi sebanyak 1800cc/hari dihabiskan kurang lebih hanya 600cc.</p> <p>9. Ibu mengatakan anaknya BAB kurang lebih 8 kali selama di rumah sakit</p> <p>Objektif :</p> <p>7. Klien tampak lemas</p> <p>8. Mukosa bibir kering</p> <p>9. Turgor kulit baik kembali ≤ 2 detik</p> <p>10. Mata sedikit cekung</p> <p>11. Tanda tanda vital: n</p>	<p>9. Memonitor vital sign (nadi, respirasi, suhu).</p> <p>10. Memantau asupan dan pengeluaran cairan.</p> <p>11. Memonitor hasil nilai laboratorium (tingkat Hb dan hematokrit, BUN, albumin).</p> <p>12. Memonitor berat badan seriap hari.</p> <p>13. Menganjurkan ibu untuk memberikan anaknya minum sedikit-sedikit tapi sering.</p> <p>14. Memberikan pasien obat</p>	<p>tampak kering, kelopak mata cekung.</p> <p>2. HR:125 x/mnt RR: 30 x/mnt T : 38,4°C.</p> <p>3. Terpasang infus mikro, cairan Ka-En 3B dengan tetesan 21 x/tpm. Input : 2,578,7 Output : 3,350</p> <p>4. Hasil laboratorium Hb 12,0 gr/dl, hematocrit 27 %, Fe serum 20.</p> <p>5. Berat badan An.R 6 kg</p> <p>6. Ibu mengikuti anjuran yang diberikan perawat.</p> <p>7. Perawat memberi obat zink kid 75 cc, L.bio 1cc.</p>	<p>mau minum air putih hanya mau minum susu formula sebanyak 100 per kali minum.</p> <p>2. Ibu mengatakan semenjak sakit anaknya tidak nafsu makan, diberi bubur cair dari tim ahli gizi sebanyak 1800cc/hari dihabiskan kurang lebih hanya 600cc.</p> <p>3. Ibu mengatakan anaknya BAB kurang lebih 8 kali selama di rumah sakit</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Klien tampak lemas</p> <p>2. Mukosa bibir kering</p> <p>3. kulit baik kembali ≤ 2 detik</p> <p>4. Mata sedikit cekung</p> <p>5. Tanda tanda vital: nadi 127x/menit, suhu 38,4°C.</p> <p>6. Balance cairan = -762.2cc</p> <p>Analisis :</p>
--	---	---	---	--

	<p>adi 127x/menit, suhu 38,4°C. 12. Balance cairan= - 762.2 cc</p> <p>Analisis : Keseimbangan cairan:keseimbangan air intraseluler dan ekstra seluler tubuh yang adekuat berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning: Lanjutkan NIC: Manajemen cairan</p>			<p>Keseimbangan cairan:keseimbangan air intraseluler dan ekstra seluler tubuh yang adekuat berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning: Lanjutkan NIC: Manajemen cairan 1,2,3,5,6,dan 7.</p>
3.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi/dehidrasi.</p> <p>Subjektif : 5. Ibu mengatakan kulit anaknya teraba hangat. 6. Ibu mengatakan anaknya lemah</p> <p>Objektif : 4. Tanda tanda vital : RR 42 x/menit, Nadi 127 x/menit, suhu 38,4°C. 5. Akral anak teraba</p>	<p>08:30-09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor vital sign (nadi, respirasi, suhu). 2. Memantau status hidrasi pasien. 3. Menganjurkan ibu untuk memberikan anaknya minum sedikit tapi sering. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. tanda-tanda vital pasien HR:127 x/mnt, RR: 42 x/mnt, T:38,4°C. 2. Turgor kulit pasien baik kemnali dalam < 2 detik, mukosa bibir tampak kering, kelopak mata cekung. 3. Ibu mengikuti anjuran yang diberikan oleh perawat. 	<p>13:00 WIB</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengatakankulit anaknya teraba hangat. 2. Ibu mengatakan anaknya lemah <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Tanda tanda vital : RR 42 x/menit, Nadi 127 x/menit, suhu 37,8°C. 5) Akral anak teraba hangat. 6) Kulit anak teraba hanga

	<p>hangat.</p> <p>6. Kulit anak teraba hangat</p> <p>Analisis: status termoregulasi berada pada level 3 gangguan berat.</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC : Termoregulasi</p>	<p>4. Memantau dan catat denyut dan irama nadi, frekuensi pernapasan.</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan kompres hangat pada lipatan paha dan aksila.</p> <p>6. Menganjurkan ibu untuk menggunakan pakaian tipis pada anaknya.</p> <p>7. Memberikan pasien obat</p>	<p>4. Nadi :127 x/mnt, pernafasan:42x/mnt, suhu:38,4°C.</p> <p>5. Keluarga mengikuti anjuran yang diberikan oleh perawat.</p> <p>6. Keluarga mengikuti anjuran yang diberikan perawat.</p> <p>7. Perawat memberi obat metronidazole 100 mg, paracetamol 2,4 mg, ceftriaxone 20 mg.</p>	<p>Analisis: status termoregulasi berada pada level 3 gangguan berat.</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC : Termoregulasi 1,2,3,4,5,6 dan 7.</p>
--	---	---	--	--

Nama pasien : An. R

Ruangan : Edelweis

Umur : 7 bulan 32hari

No. Reg : 793602

Hari Perawatan ke : 2

No	Pengkajian (S-O-A-P)	Implementasi	Evaluasi	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon perkembangan)
1	<p>Diare berhubungan dengan proses infeksi.</p> <p>Subjekrif : Ibu mengatakan anaknya BAB 5 kali.</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peristaltik usus 20x/menit. 2. Konsistensi tampak BAB cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam). 3. Perkusi abdomen hypertimpani 	<p>Pukul 08:30-09:00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mengkaji dan dokumentasi frekuensi, warna, konsistensi feses. <ol style="list-style-type: none"> 3. Memonitor vital sign (nadi, respirasi, suhu). 5. Mempertahankan intake dan output yang akurat. 6. Memonitor status dehidrasi (turgor kulit, mukosa bibir, kelopak mata, ubun-ubun) sebagai indicator dehidrasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengatakan anaknya BAB kurang lebih 5 kali. 3. Pemeriksaan tanda-tanda vital; nadi:100 x/mnt, pernafasan:39 x/mnt, suhu:37,4°C. 5. Balance cairan : Input – output 1,952.2-2,562.2 = -610 cc 6. Turgor kulit pasien baik kembali dalam < 2 detik, mukosa bibir tampak kering, kelopak mata 	<p>13:00 WIB</p> <p>Subjekrif : Ibu mengatakan anaknya BAB 5 kali cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam).</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsistensi tampak BAB cair, berwarna kuning, berbau khas (anyir dan asam). 2. Perkusi abdomen hypertimpani 3. Klien tampak lemas. <p>Analisis :</p>

	<p>4. Klien tampak lemas.</p> <p>Analisis : Eliminasi fekal berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC: manajemen eliminasi fekal.</p>	<p>7. Memantau adanya iritasi dan serasi kulit di area anus.</p> <p>8. Menganjurkan ibu untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses.</p> <p>9. Memberikan pasien obat</p>	<p>cekung.</p> <p>7. Ibu mengatakan anus anaknya berwarna merah dan lecet.</p> <p>8. Keluarga mengikuti anjuran yang diberikan perawat.</p> <p>9. Obat L.bio dan zink kid</p>	<p>Eliminasi fekal berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC: manajemen eliminasi fekal 1, 3, 5,6, dan 9.</p>
2	<p>Hipovilemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.</p> <p>Subjektif: Ibu mengatakan anaknya masih tidak mau makan dan hanya minum susu formula.</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemas 2. Mukosa bibir kering 3. Turgor kulit baik 	<p>Pukul 14:30-15:00 WIB</p> <p>a. memonitor tanda-tanda dehidrasi.</p> <p>2. Memonitor vital sign (nadi, respirasi, suhu).</p> <p>7) Memantau asupan dan pengeluaran cairan.</p>	<p>1. Turgor kulit pasien baik kemnali dalam < 2 detik, mukosa bibir tampak kering, kelopak mata cekung.</p> <p>2. Nadi: 100 x/mnt Pernafasan: 39x/mnt Suhu: 37,4°C.</p> <p>4. Terpasang infus mikro, cairan Ka-En 3B dengan tetesan 21 x/tpm. Balance cairan : Input – output</p>	<p>18:00 WIB</p> <p>Subjektif: Ibu mengatakan anaknya sudah mulai mau makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering.</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih tampak lemas. 2. Mukosa bibir kering 3. Turgor kulit baik kembali \leq 2 detik 4. Mata sedikit cekung 5. Tanda tanda vital: na di 100x/menit, suhu 37,4°C.

	<p>kembali \leq 2 detik</p> <p>4. Mata sedikit cekung</p> <p>5. Tanda tanda vital: nadi 125x/menit, suhu 37,4°C.</p> <p>6. Balance cairan= - 610 cc</p> <p>Analisis : Keseimbangan cairan:keseimbangan air intraseluler dan ekstra seluler tubuh yang adekuat berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning: Manajemen cairan</p>	<p>8) Memonitor berat badan seriap hari.</p> <p>9) Menganjurkan ibu untuk memberikan anaknya minum sedikit-sedikit tapi sering.</p> <p>7. Memberikan pasien obat</p>	<p>1,425.4-1,300.4 = 125 cc</p> <p>5.Berat badan An.R 6,3 kg.</p> <p>6. Ibu mengikuti anjuran yang diberikan perawat.</p> <p>7. Perawat memberi obat zink kid 75 cc, L.bio 1cc.</p>	<p>6. Balance cairan= - 610 cc</p> <p>Analisis : Keseimbangan cairan:keseimbangan air intraseluler dan ekstra seluler tubuh yang adekuat berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning: Lanjutkan NIC: Manajemen cairan 1,2,3,5,6 dan 7.</p>
3	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi/ dehidrasi.</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Ibu mengatakankulit anaknya teraba</p>	<p>08:30-09:00 WIB</p> <p>1. Memonitor vital sign (nadi, respirasi, suhu).</p> <p>2. memantau status dehidrasi pasien.</p>	<p>1.tanda-tanda vital pasien nadi:100x/mnt, pernafasan: 39x/mnt, suhu:37,4°C.</p> <p>2.Turgor kulit pasien baik kembali < 2 detik, mukosa bibir tampak kering, kelopak mata cekung.</p>	<p>13:00 WIB</p> <p>Subjektif :</p> <p>1.ibu mengatakan kulit anaknya masih teraba hangat.</p> <p>2.Ibu mengatakan anaknya lemah</p>

<p>hangat.</p> <p>2. Ibu mengatakan anaknya lemah</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Tanda tanda vital : RR 39x/menit, Nadi:125 x/menit, suhu 37,4°C.</p> <p>2. Akral anak teraba hangat.</p> <p>Analisis: status termoregulasi berada pada level 3 gangguan berat.</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC : Termoregulasi</p>	<p>3. Menganjurkan ibu untuk memberikan anaknya minum sedikit tapi sering.</p> <p>4. Memantau dan catat denyut dan irama nadi, frekuensi pernapasan.</p> <p>5. Mengingatkan ibu agar anaknya dikompres dengan menggunakan air hangat.</p> <p>6. Mengingatkan ibu agar anaknya diberi pakaian yang tipis.</p> <p>7. Memberikan obat pada anak.</p>	<p>3. Ibu mengikuti anjuran yang diberikan oleh perawat.</p> <p>4. Nadi :100 x/mnt, pernafasan:39x/mnt, suhu:37,4°C.</p> <p>7. Perawat memberi obat metronidazole 100 mg, paracetamol 2,4 mg, ceftriaxone 20 mg.</p>	<p>Objektif:</p> <p>1. Tanda tanda vital : RR 35x/menit, Nadi:100 x/menit, suhu 37,4°C.</p> <p>2. Akral anak teraba hangat.</p> <p>Analisis: status termoregulasi berada pada level 3 gangguan berat.</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC : Termoregulasi 1,2,3, dan 4</p>
--	---	--	---

Nama pasien : An. R

Ruangan : Edelweis

Umur : 7 bulan 32hari

No. Reg : 793602

Hari Perawatan ke : 3

No	Pengkajian (S-O-A-P)	Implementasi	Evaluasi	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon perkembangan)
1	<p>Diare berhubungan dengan proses infeksi.</p> <p>Subjektif : Ibu mengatakan hari ini anaknya BAB 2 kali.</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsistensi tampak BAB lembek, berwarna coklat. 2. Perkusi abdomen timpani 3. Klien tampak mulai ceria. <p>Analisis :</p>	<p>Pukul 08:30-09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji dan dokumentasi frekuensi, warna, konsistensi feses. 3. Memonitor vital sign (nadi, respirasi, suhu). 5. Mempertahankan intake dan output yang akurat. 6. Memonitor status dehidrasi (turgor kulit, mukosa bibir, kelopak mata, ubun-ubun) sebagai indikator dehidrasi. 7. Memantau adanya iritasi dan serasi kulit di area anus. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengatakan anaknya BAB kurang lebih 2 kali. 3. Pemeriksaan tanda-tanda vital; nadi:110 x/mnt, pernafasan:25 x/mnt, suhu:36,8°C. 5. Input : 1,952.2 Output : 2,562.2 6. Turgor kulit pasien baik kembali dalam < 2 detik, mukosa bibir tampak lembab. 7. Ibu mengatakan anus anaknya berwarna tidak ada merah. 	<p>11:00 WIB</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengatakan anaknya hari ini BAB 2 kali. 2. Ibu mengatakan anaknya sekarang mulai mau bermain. <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsistensi tampak BAB lembek, berwarna coklat. 13. Perkusi abdomen timpani 14. Klien tampak mulai tertawa.

	<p>Eliminasi fekal berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC: manajemen eliminasi fekal.</p>			<p>Analisis : Eliminasi fekal berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning : manajemen eliminasi fekal dihentikan</p>
2	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.</p> <p>Subjektif: Ibu mengatakan anaknya sudah mulai mau makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering.</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih tampak lemas. 2. Mukosa bibir kering 3. Turgor kulit baik kembali ≤ 2 detik 4. Mata sedikit cekung 5. Tanda tanda vital: nadi 100x/menit, suhu 37,4°C. 6. Balance cairan= 	<p>Pukul 14:30-15:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda dehidrasi 2. Memonitor vital sign (nadi, respirasi, suhu). 3. Menghitung cairan input dan output. 5. Memonitor berat badan seriap hari. 6. Menganjurkan ibu untuk memberikan cairan sedikit demi sedikit tapi sering. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit pasien baik kemnali dalam < 2 detik, mukosa bibir tampak kering, kelopak mata cekung. 2. Pemeriksaan tanda-tanda vital; nadi:110 x/mnt, pernafasan:25 x/mnt, suhu:36,8°C. 3. Terpasang infus mikro, cairan Ka-En 3B dengan tetesan 21 x/tpm. Input : 1,652.8 Output : 1,065 5. Berat badan An.R 6,3 kg. 6. Ibu mengikuti anjuran yang diberikan perawat. 	<p>18:00 WIB</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengatakan anaknya sudah mau minum dan makan 2. Ibu mengatakan anaknya mulai lincah lagi dan ingin bermain. <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak ceria 2. Mukosa bibir lembab 3. Turgor kulit baik kembali ≤ 2 detik 4. Pemeriksaan tanda-tanda vital; nadi:110 x/mnt, pernafasan:25 x/mnt, suhu:36,8°C.

	<p>- 610 cc</p> <p>Analisis : Keseimbangan cairan:keseimbangan air intraseluler dan ekstra seluler tubuh yang adekuat berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning: Manajemen cairan</p>			<p>Analisis : Keseimbangan cairan:keseimbangan air intraseluler dan ekstra seluler tubuh yang adekuat berada pada level 4 deviasi ringan.</p> <p>Planning: Manajemen cairan dihentikan.</p>
3	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi/dehidrasi.</p> <p>Subjektif: 1.ibu mengatakan kulit anaknya masih teraba hangat. 2.Ibu mengatakan anaknya lemah.</p> <p>Objektif: Pemeriksaan tanda-tanda vital; nadi:110 x/mnt, pernafasan:25 x/mnt, suhu:36,8°C.Akral anak teraba hangat.</p>	<p>08:30-09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor vital sign (nadi, respirasi, suhu). 2. Memantau status dehidrasi pasien. 3. Menganjurkan ibu untuk memberikan anaknya minum sedikit tapi sering. 4. Memantau dan catat denyut dan irama nadi, frekuensi pernapasan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan tanda-tanda vital; nadi:110 x/mnt, pernafasan:25 x/mnt, suhu:36,8°C. 2.Turgor kulit pasien baik kembali < 2 detik, mukosa bibie tampak lembab. 3. Ibu mengikuti anjuran yang diberikan oleh perawat. 4. Pemeriksaan tanda-tanda vital; nadi:110 x/mnt, pernafasan:25 	<p>11:00 WIB</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu mengatakan anaknya tidak panas lagi. b. Ibu mengatakan anaknya ceria. <p>Objektif: Pemeriksaan tanda-tanda vital; nadi:110 x/mnt, pernafasan:25 x/mnt, suhu:36,8°C.Akral anak teraba hangat.</p> <p>Analisis:</p>

	<p>Analisis: status termoregulasi berada pada level 5 tidak ada gangguan</p> <p>Planning : Lanjutkan NIC : Termoregulasi</p>		<p>x/mnt, suhu:36,8°C. .</p>	<p>status termoregulasi berada pada level 5 tidak ada gangguan</p> <p>Planning : Termoregulasi dihentikan</p>
--	--	--	----------------------------------	--

BAB V

PEMBAHASAN

Bab V ini membahas mengenai kesenjangan yang penulis dapatkan antara konsep dasar teori dan kasus An. R di Ruang Edelweis RSUD Dr.M.Yunus Bengkulu. Pembahasan yang penulis lakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Data-data yang didapatkan pada pengkajian sesuai dengan konsep teori yang ada pada bab 2. Dalam memberikan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 27 Februari 2019 yang merupakan hari pertama An.R di rawat dengan diagnosa Diare. Pada tahap pengkajian penulis mengumpulkan data dengan metode observasi langsung, wawancara dengan keluarga klien, pemeriksaan fisik, catatan medis, catatan keperawatan dan informasi dari perawat ruangan sehingga penulis mengelompokkan menjadi data subjektif dan objektif.

Diare disebabkan oleh faktor infeksi (virus, bakteri, jamur, protozoa), faktor malabsorpsi seperti malabsorpsi karbohidrat, faktor makanan dan faktor psikologis seperti rasa takut dan cemas. Dalam kasus penulis menemukan penyebab dari diare pada An.R yaitu pada pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 26 Februari 2019 didapatkan hasil pemeriksaan mikroskopis feses rutin ditemukan leukosit 1-2, eritrosit 1-2, dan bakteri positif. Dari hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap didapatkan Leukosit 8700 mm³ (nilai normal 4000-10.000) merujuk pada terjadinya infeksi. Dari penjelasan diatas penyebab diare pada An.R disebabkan oleh faktor infeksi bakteri

Tanda dan gejala *Diare* menurut Sodikin (2011) yaitu frekuensi defekasi meningkat lebih dari 3 kali dengan konsistensi tinja cair disertai

lendir atau darah, anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi, nyeri pada abdomen, anak menjadi cengeng dan gelisah, terjadi peningkatan suhu tubuh karena terjadi proses pertahanan tubuh terhadap agen infeksi, anak menjadi lelah, dan terjadinya dehidrasi akibat ketidakseimbangan antara intake dan output cairan.

Tanda dan gejala tersebut juga dialami oleh An.R, pada pemeriksaan ditemukan frekuensi defekasi anak lebih dari 6 kali/ hari dengan konsistensi BAB anak cair, berbau khas dan berwarna kekuningan, anak menjadi cengeng dan rewel, daerah anus anak tampak kemerahan, terdapat tanda tanda dehidrasi pada anak seperti mukosa bibir anak kering, kelopak mata sedikit cekung, dan terdapat peningkatan suhu tubuh anak (suhu 38,4°C).

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada diare kronis menurut Mansjoer (2002) yaitu pemeriksaan tinja yang dilakukan untuk melihat adanya leukosit dalam tinja yang menunjukkan adanya infeksi bakteri, adanya telur cacing dan parasit dewasa. Pemeriksaan darah seperti hemoglobin, hematokrit leukosit. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin darah untuk melihat adanya kekurangan volume cairan dan mineral tubuh. Selanjutnya pemeriksaan duodenal intubation untuk mengetahui kuman penyebab secara kuantitatif dan kualitatif terutama pada diare kronik.

Dari hasil pemeriksaan penunjang An.R yaitu pemeriksaan tinja didapatkan hasil Leukosit 1-2, Eritrosit 1-2, Bakteri (+) positif. Dalam keadaan normal dapat terlihat beberapa leukosit dalam seluruh sediaan. Eosinofil ditemukan pada penderita dengan alergi saluran pencernaan. Selanjutnya eritrosit hanya terlihat bila terdapat lesi dalam kolon, rektum atau anus. Adanya eritrosit dalam tinja selalu berarti abnormal.

Dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan Hb 8,5 gr/dl (nilai normal 12,0-16,0 gr/dl), Hematokrit 27% (nilai normal 40-54%), Leukosit 8700 mm³ (nilai normal 4000-10.000), Trombosit 410.000 (nilai normal 150.000-400.000). Hb yang rendah disebut anemia, ada banyak penyebab anemia diantaranya yang paling sering adalah perdarahan, kurang gizi, gangguan sum sum tulang belakang. Hematokrit merupakan ukuran yang

menentukan banyaknya jumlah sel darah merah dalam 100 ml darah yang dinyatakan dalam persent (%). Hematokrit berbanding lurus dengan hemoglobin, sehingga penyebab penurunan hematokrit sama dengan hemoglobin. Leukosit merupakan sel darah yang berperan sebagai pertahanan dari agen infeksi sehingga peningkatannya bisa ditemukan pada penyakit infeksi bakteri, penyakit inflamasi kronis, perdarahan akut, leukemia, gagal ginjal, dan lain lain.

Penatalaksanaan medis menurut Ngastiyah, 2011 secara teori pada pasien diare dilakukan pemberian terapi cairan untuk mengganti cairan yang hilang akibat diare, pemberian terapi nutrisi untuk mengganti nutrisi yang hilang akibat diare dan penurunan nafsu makan anak, serta pemberian terapi farmakologi seperti antibiotik.

Penatalaksanaan pada An.H yaitu dengan pemberian terapi cairan ka-En 3B 21 tetes/menit mikro, Zink kid 1x1 cth 75cc, L.Bio 2x½ sachet (P.O), Cefriaxon 2x20mg, Metronidazole 100mg, Paracetamol 3x0,8

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan sesuai dengan teori yang ada pada bab 2. Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan. Respon aktual dan potensial yang didapatkan merupakan data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis kllien dimasa lalu yang semuanya dikumpulkan selama pengkajian (Potter & Perry, 2011).

Berdasarkan data yang dikumpulkan melalui pengkajian baik pemeriksaan fisik maupun wawancara pada ibu serta keluarga An.R dapat ditemukan beberapa diagnosa yang muncul yaitu Diare berhubungan dengan infeksi bakteri, defisit volume cairan berhubungan dengan intake cairan tidak adekuat, hipertermia berhubungan dengan proses infeksi, dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan frekuensi defekasi.

Sementara dikonsep teori ditemukan tujuh diagnosa keperawatan berdasarkan tanda dan gejala diare yaitu diare berhubungan dengan infeksi

bakteri, kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan intake cairan dan peningkatan output cairan (diare), ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan absorpsi makanan, nyeri berhubungan dengan lesi di mukosa usus, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan asidosis metabolik, hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi oleh agen infeksi, intoleransi aktifitas berhubungan dengan gangguan pembentukan ATP, gangguan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan frekuensi BAB.

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tidak ditegakkan karena pada rencana tindakan keperawatan pada diagnosa tersebut hampir sama dengan diagnosa kekurangan volume cairan. Diagnosa nyeri tidak ditegakkan karena anak tampak tenang dan hanya rewel jika ditinggal oleh orang tuanya. Dari hasil pemeriksaan palpasi area empat kuadran abdomen tidak ditemukan respon nyeri non verbal seperti wajah anak meringis dan menangis. Diagnosa pola nafas tidak efektif tidak ditegakkan karena dari hasil pemeriksaan anak tidak menunjukkan adanya tanda-tanda kesulitan dalam bernapas, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, RR 42x/menit.

C. Perencanaan

Perencanaan sesuai dengan teori yang ada pada bab 2. Rencana keperawatan yang penulis lakukan pada An.R sama dengan landasan teori, karena rencana tindakan keperawatan tersebut telah sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang telah ditetapkan. Pada masalah keperawatan diare berhubungan dengan infeksi bakteri rencana tindakan keperawatannya yaitu kaji dan dokumentasi frekuensi, warna, konsistensi dan jumlah (ukuran feses), identifikasi faktor penyebab terjadinya diare, pantau nilai laboratorium (elektrolit, hitung darah lengkap), pertahankan intake dan output yang akurat, monitor status dehidrasi (turgor kulit, mukosa bibir, kelopak mata, ubun-ubun) sebagai indikator dehidrasi, monitor vital sign (nadi, respirasi, suhu), intruksikan pasien /keluarga untuk mencatat

warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologi

Rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa yang kedua yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan ketidakseimbangan intake dan output cairan yaitu monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik) jika diperlukan, monitor masukan makanan/cairan, monitor hasil nilai laboratorium (tingkat Hb dan hematokrit), monitor berat badan, anjurkan keluarga untuk memberikan cairan melalui oral, kolaborasi pemberian terapi cairan IV.

Rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa ketiga yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi/dehidrasi yaitu monitor suhu sesering mungkin, anjurkan pasien untuk minum, anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis, monitor intake dan output, pantau dan catat denyut dan irama nadi, frekuensi pernapasan, berikan kompres hangat pada lipatan paha dan aksila, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat anti piretik.

D. Implementasi

Implementasi sesuai dengan teori yang ada pada bab 2. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Penulis melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yaitu dari tanggal 27 Februari 2019 sampai dengan 01 Maret 2019. Pada diagnosa pertama dan ketiga implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat. Implementasi ini dapat dilakukan dengan baik karena terdapat kerja sama dan keluarga pasien kooperatif selama dalam perawatan yang dilakukan.

Implementasi dilakukan penulis untuk masalah keperawatan diare, kekurangan volume cairan dan hipertermi selama 3 hari.

E. Evaluasi

Evaluasi sesuai dengan teori yang ada pada bab 2. Evaluasi adalah proses keperawatan yang mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan kearah pencapaian tujuan, dengan menggunakan dua jenis evaluasi yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap kali selesai melakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan (NOC dan kriteria hasil) (Potter & perry, 2011).

Saat di evaluasi pada diagnosa pertama diare berhubungan dengan infeksi bakteri, kriteria hasil yang diharapkan tercapai yaitu dengan gangguan ringan atau nilai 4 dan tidak ada gangguan atau nilai 5. Hal ini terlihat dari perubahan pola eliminasi fekal pada anak yang pada mula nya lebih dari 4 kali/hari pada hari pertama dengan konsistensi feses cair, berbau khas (anyir dan asam) dan berwarna kuning. Pada hari kedua frekuensi BAB 4x/hari dengan konsistensi feses cair, berwarna kuning, dan berbau khas (anyir dan asam). Pada hari ketiga didapatkan frekuensi BAB 3x/hari dengan konsistensi feses lembek, berwarna kuning dan berbau khas (anyir).

Evaluasi pada diagnosa kedua yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan ketidakseimbangan intake dan output cairan, kriteria hasil yang diharapkan tercapai yaitu dengan gangguan ringan atau nilai 4 dan tidak ada gangguan atau nilai 5 . Hal ini terlihat dari perubahan nafsu anak untuk minum, tanda tanda dehidrasi berkurang dan penurunan frekuensi defekasi anak. Didapatkan pada hari pertama nasi bubur ± 6 sendok dan minum yang dihabiskan anak kurang lebih 150cc/24jam, membran mukosa kering, ubun ubun sedikit cekung, turgor kulit baik, frekuensi defekasi lebih dari 4 kali/hari. Pada hari kedua anak masih menunjukkan tidak nafsu untuk makan nasi bubur dan minum , nasi yang dihabiskan ± 6 dan minum yang dihabiskan kurang lebih 150cc/24jam, mukosa bibir sedikit lembab, ubun ubun sedikit cekung, turgor kulit sedikit baik, dan frekuensi defekasi 4 kali/ hari. Pada hari ketiga makanan nasi bubur dihabiskan ± 10 sendok dan minum yang dihabiskan kurang lebih 150cc / 24 jam, anak sudah

menunjukkan adanya peningkatan untuk minum dan makan. Mukosa bibir anak lembab, ubun ubun sedikit cekung, turgor kulit baik, dan frekuensi defekasi 3 kali/ hari.

Evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu hipertermia berhubungan dengan proses infeksi kriteria hasil yang diharapkan tercapai yaitu dengan gangguan ringan atau nilai 4 dan tidak ada gangguan atau nilai 5. Hal ini terlihat dari penurunan suhu badan anak. Pada hari pertama suhu badan anak $37,8^{\circ}\text{C}$ dengan status hidrasi mukosa bibir kering, ubun ubun sedikit cekung, turgor kulit baik, nadi 127x/menit. Pada hari kedua didapatkan penurunan suhu tubuh anak $37,6^{\circ}\text{C}$, dengan mukosa bibir anak lembab, turgor kulit baik, ubun ubun sedikit cekung, nadi 124x/menit. Pada hari ketiga suhu tubuh $36,6^{\circ}\text{C}$ dengan mukosa bibir anak lembab, turgor kulit baik, ubun ubun sedikit cekung.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada An.R dengan Diare yang telah penulis lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Sebagian besar manifestasi klinis diare pada konsep pengkajian ditemukan pada An.R meliputi peningkatan frekuensi defekasi, hipertemi, dehidrasi. Yang bisa ditemukan pada saat pengkajian didapatkan frekuensi defekasi anak lebih dari 4 kali/ hari dengan konsistensi cair, berbau khas (anyir dan asam).

2. Diagnosa keperawatan

Dari 7 diagnosa keperawatan diare kronis ada 3 diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien sama dengan toksonomi diagnosa keperawatan diare yaitu diare berhubungan dengan hiperperistaltik usus, kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake dan output cairan tidak seimbang, hipertermi berhubungan dengan dehidrasi.

3. Perencanaan keperawatan

Semua perencanaan yang dibuat pada kasus An.R dibuat berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelumnya. Pada diagnosa kekurangan volume cairan, intervensi monitor berat badan tidak dicantumkan pada hari kedua, dan ketiga dikarenakan orang tua menolak untuk menimbang berat badan anak nya kembali, penkes telah diberikan kepada orang tua bahwa menimbang berat badan itu penting untuk mengetahui apakah ada perubahan pada berat badan anak setiap hari nya sehingga bisa merujuk terjadinya kekurangan nutrisi dan cairan pada anak. Sehingga dapat mengetahui tindakan selanjutnya yang bisa dilakukan pada anak, tetapi orang tua anak tetap menolak untuk menimbang berat badan anaknya kembali.

4. Implementasi keperawatan

Dari semua intervensi perencanaan, hampir seluruh diintervensikan kepada pasien. Tetapi ada intervensi yang tidak dilakukan pada diagnosa kekurangan volume cairan intervensi yang tidak dilakukan yaitu memonitor berat badan. Sedangkan pada diagnosa, diare, hipertermi semua yang ada diintervensi diimplementasikan. diare,kekurangan volume cairan dilakukan selama 2 hari, dan hipertemi selama 1 hari.

5. Evaluasi keperawatan

Dari ke 3 diagnosa yang ada ber kriteria hasil tercapai. Meski tidak berhasil secara keseluruhan, tetapi pasien menunjukkan perubahan yang positif atau semakin membaik.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa perlu memperbanyak referensi bacaan tentang konsep asuhan keperawatan dan meningkatkan pemahamannya tentang patofisiologi penyakit hingga penatalaksanaan yang tepat sehingga dapat segera menangani masalah klien, mencegah kecacatan dan meminimalisir komplikasi dari penyakitnya.

2. Bagi perawat

Perawat harus memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan menyeluruh kepada klien dengan gastroenteritis kronis sesuai dengan standar operasional prosedur pelaksanaan asuhan keperawatan. Jadi, bagi semua perawat bekerjalah sesuai dengan tanggung jawab dan lakukanlah implementasi keperawatan secara benar sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mencapai tujuan yang diharapkan yaitu kesembuhan pasien. Selain itu juga perawat hendaknya melakukan perencanaan pulang pada pasien dengan diare kronis dengan baik dan menyeluruh sehingga angka perawatan ulang pada pasien diare dapat diturunkan. Untuk mendukung perawatan yang baik hendaknya perawat selalu memperbaiki ilmunya baik melalui pendidikan maupun latihan.

3. Bagi Keluarga

Keluarga harus dapat mewaspadaai tanda dan gejala dari gastroenteritis kronis tersebut sehingga pasien bisa mendapatkan penanganan untuk mencegah terjadinya tingkat dehidrasi yang parah yang bisa menimbulkan kematian.

4. Bagi rumah sakit

Bagi seluruh rumah sakit hendaknya memiliki peralatan dan fasilitas yang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan sehingga pasien dapat merasa nyaman.

5. Bagi Akademik

Institusi pendidikan harus meningkatkan mutu pendidikan dengan menambah tenaga pendidik yang kompeten dibidangnya, membahas kasus-kasus yang sering terjadi di lapangan baik melalui ceramah, tanya jawab bahkan video dokumenter. Selain itu, sarana perpustakaan juga berperan dalam hal ini, yakni dengan menambah dan menyediakan buku-buku referensi terbaru sehingga ilmu yang didapatkan lebih berkembang. Kemudian sarana lain seperti wifi juga perlu diperbaiki karena selain dari buku, ilmu pengetahuan juga dapat diperoleh melalui jaringan internet.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, 2016. *Diare Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Diare*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Dinkes Kota Bengkulu. 2016. *Data Penyakit diare di Bengkulu*. Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
- Depkes RI. 2011. *Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare Pada Balita*, Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- _____. 2010. *Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare*. Jakarta : Ditjen PPM dan PL. Diaskes
- Jufrie,mohammad,at all. 2010. *Gastroenterologi-hepatologi jilid I*. Jakarta.
- Kemenkes RI, 2011. *Buletin Data dan Kesehatan: Situs Diare di Indonesia*, Jakarta : Kemenkes.
- _____, 2017. *Profil Data Kesehatan Indonesia*, Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- _____, 2011. *Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*, Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Mansjoer,Arif at all. (2008). *Kapita Selekta Kedokteran Edisi Ketiga Jilid 2*. Media Aesculapius. EGC: Jakarta
- Medical Record, *RSUD. Dr. M. Yunus Bengkulu*, 2018.
- Nursalam, 2013. *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodelogi Penelitian Keperawatan* : Jakarta : Salemba Medika
- Ngastiyah, 2014. *Perawatan Anak Sakit*, Edisi 2, Jakarta : EGC
- Padila, 2013. *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. *Badan Pengembangan Kesehatan , Departemen Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta
- Suratun, Lusianah. 2010. *Asuhan Keperawatan Kliien Dengan Gangguan Sistem*

Gastrointestinal. Jakarta : Trans Info Media

Tan, HT & Kirana Raharjo. 2010. *Obat-Obatan Sederhana untuk Gangguan Sehari-hari*. PT Elex Media Komputindo, Jakarta.

Widoyono. 2012. *Penyakit Tropis, Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta : Erlangga

_____. 2008. *Penyakit tropis : Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya*. Jakarta : penerbit erlangga

WHO 2013. Diarrhea Disease. Diakses dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets>

Wong, Donna L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Vol 2. EGC : Jakarta.

_____. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Vol 3. EGC : Jakarta.

Yonata, A & Farid, A.F. 2016. Penggunaan Probiotik Sebagai Terapi Diare. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung Majority Volume 5 Nomor 2*. Dari <http://jukeunila.com/wp-content/uploads/2016/04/5.2-Agus-Fathul-Muindone.pdf> diakses Tanggal 9 November 2018

BIODATA

Nama : Sarifah
Tempat Tanggal Lahir : Hospital Besar Seremban, 17 April 1996
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswi
Nama Orang Tua :
Ayah : Syafuan
Ibu : Yunimar Nada
Alamat Rumah : Jl.M.Hasan Rt.004 No.7A Rw.002 Kelurahan Pasar Baru, Kecamatan Teluk Segara Kota Bengkulu.
No.Telp : 0896-3235-1907
Riwayat Pendidikan :

1. SDN 08 Kota Bengkulu
2. SMP Negeri 09 Kota Bengkulu
3. SMA Plus Negeri 07 Kota Bengkulu

Bengkulu, 21 Maret 2019

Sarifah



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



Bengkulu, 27 Februari 2019

Nomor : 074/ 226 /BID-DIK
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada
Yth. Kabid. Pelayanan Keperawatan
RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
di-
Tempat

*YB telah selesai
Melalui fmail
di ruang Edelwis*

Dengan hormat,

Menindaklanjuti Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu,

Nomor : DM.01.04/ 1455/2/2019, Tanggal 22 Februari 2019,

Perihal : Permohonan izin Penelitian Mahasiswa :

Nama : **SARIFAH**

NIM : P05120216060

Jurusan : DIII Keperawatan

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Anak Pada Pasien Diare di
Ruang Edelwis RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

Ruangan : Edelwis

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan
izin terhitung mulai tanggal 27 Februari s/d 27 Maret 2019

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

Bengkulu.....20

Bidang Pelayanan Keperawatan
Ka. Sie Rawat Inap

[Signature]
HERRY NOVERIZAL, SKM
NIP. 19701119 758903 1 001

Tembusan disampaikan kepada Yth
1. Yang Bersangkutan
2. Arsip

KEPALA BIDANG PENDIDIKAN

[Signature]
KEP. BID. PENDIDIKAN
REEMIZALTY, S.Kep
NIP. 19640124 198312 2 001





PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



SURAT KETERANGAN

Nomor : 074/1133/BID-DIK/11/2019

Yang bertandatangan dibawah ini :

- a. Nama : MARIANI, SST., SKM
- b. Jabatan : Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan

dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : **SARIFAH**
- b. NIM : P05120216060
- c. Institusi : DIII Keperawatan
- d. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Anak Pada Pasien Diare di Ruang Edelwis RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
- e. Tempat Penelitian : Ruang Edelwis
- f. Maksud : Telah Selesai Melaksanakan Penelitian Mulai Tanggal 27 Februari s/d 27 Maret 2019

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bengkulu, 11 Maret 2019

Wakil Direktur Penunjang Medik dan Kependidikan



MARIANI, SST., SKM

NIP 19650323 198803 2 006



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD Dr. M. YUNUS

Jl. Bhayangkara Bengkulu 38229 Telp. (0736) 52004 – 52006 Fax. (0736) 52007
BENGKULU 38229



Bengkulu, 16 Oktober 2018

Kepada

Nomor : 074/1248 /BID-DIK Yth: 1. Kabag. Penyusunan Program & Evaluasi
Lampiran : - Cq. Rekam Medis
Perihal : Permohonan Izin Pra Penelitian 2. Kabid Pelayanan Keperawatan
RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu
di-

Tempat

Dengan hormat,

Menindaklanjuti surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu, Nomor:
DM.01.04/474065/2/2018 tanggal 27 September 2018. Perihal: Permohonan
Izin Pra Penelitian Mahasiswa:

Nama : **SARIFAH**

Acc data rekam medis 16/10 2018

NPM : PO5120216060

Pmp
Rm A.1100

Program Studi : D III Keperawatan

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Anak Pada Pasien dengan Diare di
Ruang Edelweis RSUD dr. M. Yunus Bengkulu.

Tempat Penelitian : MR dan Edelweis

Bersama ini kami mohon kesediaan unit bersangkutan untuk memberikan izin
terhitung mulai tanggal 29 Oktober s.d 29 November 2018.

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

27.10.2018

27.10.2018
Kepala Bidang Pendidikan
RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

KEPALA BIDANG PENDIDIKAN

Acc pm f...
REPMIZALTI, S.Kep
NIP 19640124 198312 2 001

Tembusan disampaikan kepada Yth;

1. Yang Bersangkutan
2. Arsip



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

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

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon : (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : www.poltekkos-kemendes-bengkulu.ac.id, email : poltekkos26bengkulu@gmail.com



22 Februari 2019

Nomor : : DM. 01.04/.../2019
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala DPMPTSP Provinsi Bengkulu
di
Tempat

Schubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2018/2019 , maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data kepada:

Nama : Sarifah
NIM : P05120216060
Program Studi : Diploma III Keperawatan
No Handphone : 089632351907
Tempat Penelitian : RSUD.M. Yunus Bengkulu
Waktu Penelitian : 3 (tiga) Bulan
Judul : Asuhan Keperawatan Anak Pada Pasien Diare Di Ruang Edelwis
RSUD.M. Yunus Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

Pembantu Direktur Bidang Akademik,



Tembusan disampaikan kepada:



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

Jalan Indragiri Nomor 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
 Telepon: (0736) 341212 Faksimile: (0736) 21514, 25343
 Website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, Email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



09 September 2018

Nomor : : DM. 01.04/96993..2/2018
 Lampiran : -
 Hal : **Izin Pra Penelitian**

Yang Terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
 di_
Bengkulu

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2018/2019, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) dimaksud. Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Sarifah
 NIM : P05120216060
 Judul : Asuhan Keperawatan Anak Pada Pasien Diare

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

↳ Pembantu Direktur Bidang Akademik,


Eliana, SKM, M.PH
 NIP.196505091989032001

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Pembimbing : Ns.Husni, S.Kep., M.Pd

Nama Mahasiswa : Sarifah

NIM : P05120216060

Judul Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA PASIEN
An.R DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIARE DI
RUANGAN EDELWIS RSUD.Dr.M.YUNUS
BENGKULU.

NO	TANGGAL	TOPIK	SARAN	PARAF
1	05 SEPTEMBER 2018	Konsul judul	ACC	
2	04 Oktober 2018	Konsul bab I	Benarkan penulisan, urutkan data, tambahkan data, perbaiki kalimat tujuan, manfaat.	
3	26 Oktober 2018	Konsul bab I	Sudah koma (,) tidak boleh menggunakan kata dan, atau, kemudian.	
4	27 Oktober 2018	Konsul bab II, dan bab III	- Judul gambar, tabel, diletakkan ditengah. - Kata WOC tidak boleh di singkat.	
5	09 November 2018	Konsul bab II dan bab III	- Diagnosa d disesuaikan dengan WOC. - Intervensi diperbaiki.	
6	8 November 2018	Konsul bab I, II, dan III	- Perbaiki penulisan huruf di bab I. - Perbaiki kepanjangan UNICEF dan WHO. - Tambahkan klasifikasi di komplikasi.	