

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S USIA TODLER (1 TAHUN 2 BULAN) DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : DIARE DI RUANG RAWAT INAP NUSA INDAH BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam
Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :
MUHAMMAD ZDAKI FADLURROHMAN
KHGA21053



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2024**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.S USIA TODLER
(1 TAHUN 2 BULAN) DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN : DIARE DI RUANG RAWAT INAP
NUSA INDAH BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT**

NAMA : MUHAMMAD ZDAKI FADLURROHMAN

NIM : KHGA21053

Garut,
Pembimbing

Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.S USIA TODLER
(1 TAHUN 2 BULAN) DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN : DIARE DI RUANG RAWAT INAP
NUSA INDAH BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT**

NAMA : MUHAMMAD ZDAKI FADLURROHMAN

NIM : KHGA21053

Karya Tulis Ilmiah

Ini telah disidangkan dihadapan

Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa

Husada Garut

Garut,

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

Andri Nugraha, M.Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII

KeperawatanSTIKes Karsa

Husada Garut

H. Zahara Farhan, M.Kep

Mengetahui

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Iin Patimah, S.Kep., Ners.,M.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 92 Halaman, 12 Tabel, 1 Bagan

Diare di RSUD Dr.Slamet Garut Ruang Rawat Inap Nusa Indah Bawah", yang dilatar belakangi oleh jumlah penderita diare yang menempati urutan ke 2 dari 6 besar penyakit terbanyak di RSUD Dr.Slamet Garut pada tahun 2024 dengan presentase sebanyak 17,3%. Penulis Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan. Metode yang digunakan adalah deskriptif yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Masalah keperawatan yang muncul pada An. S yaitu Hipovolemi, defisit nutrisi dan hipotermia. Perencanaan yang dilakukan pada An. S adalah lihat frekuensi bab nya dan konsistensi feses, catat kemungkinan sumber kehilangan cairan, lakukan pengkajian nutrisi awal. Pelaksanaan yang dilakukan pada An. S adalah lihat frekuensi bab nya dan konsistensi feses, mencatat kemungkinan sumber kehilangan cairan, melakukan pengkajian nutrisi awal. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu memberikan asupan cairan oral, menganjurkan pemberian ASI, dan menimbang berat badan secara rutin. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. S menunjukkan perkembangan semua masalah dapat teratasi. Kesimpulan karya tulis ilmiah ini sangat efektif yaitu penulis dapat melaksanakan pengkajian secara komprehensif, mendiagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan, mengevaluasi dari setiap tindakan keperawatan, dan melibatkan peran aktif keluarga agar dapat menentukan keberhasilan tindakan keperawatan secara optimal. Kesimpulan diare masih menjadi salah satu kasus terbesar yang terjadi pada kesehatan masyarakat di Indonesia yang disebabkan tingginya morbiditas dan mortalitasnya.

Kata Kunci: Diare, Anak, Asuhan keperawatan
Kepustakaan: 24 Sumber (2014-2020)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim Assalamualaikum Wr.Wb

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan semesta alam. Sholawat serta salam senantiasa dilimpah curahkan kepada jungjunan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S USIA TODLER (1 TAHUN 2 BULAN) DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : DIARE DI RUANG RAWAT INAP NUSA INDAH BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT”** Penulis karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Sebagai hamba-Nya yang lemah, dengan segala kerendahan hati penulis menanti saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulusnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis berterima kasih kepada :

1. Bapak DR. H. Hadiat, MA, Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kep. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep. Selaku Ketua Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu Iin Patimah , S.Kep., Ners., M.Kep Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan banyak bimbingan, arahan dan dukungan serta motivasi kepada penulis selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini sampai selesai dengan tepat waktu.
5. Semua dosen yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan serta pengalaman yang berarti bagi penulis selama menjadi mahasiswa di STIKes Karsa Husada Garut.
6. Keluarga An. S yang telah bekerjasama memberikan informasi pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan.
7. Kepada orang tua dan keluarga yang selalu memberikan perhatian, kasih sayang, didikan, bimbingan dan selalu memberikan do'a dan dukungannya baik moral maupun materi
8. Kepada Rika Tya Mardiana yang selalu memberikan perhatian, kasih sayang, serta motivasi kepada penulis selama penyelesaian karya tulis ilmiah ini yang selalu support penulis hingga menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat waktu “ I love You “
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Dengan demikian penulis menyadari bahwa dalam menyusun karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dalam kesempurnaan. Oleh karena itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun

demi perbaikan pada masa yang akan datang.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Garut, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Metode Penulisan Dan Teknik Pengumpulan Data	4
D. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar.....	7
1. Definisi Diare.....	7
2. Etiologi.....	9
3. Manifestasi Klinis	10
4. Klasifikasi Tingkat Dehidrasi	11
5. Pemeriksaan Penunjang	12
6. Patofisiologi	12
7. Komplikasi.....	13
8. Penatalaksanaan	13
9. Konsep Anak Usia Toddler (2 Tahun).....	16
10. Dampak Hospitalisasi	18
B. Konsep Asuhan Keperawatan	20
1. Pengkajian.....	20
2. Analisa Data.....	27
3. Diagnosa Keperawatan	29
4. Perencanaan	32

5. Implementasi.....	38
6. Evaluasi.....	39
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	41
A. Tinjauan Kasus.....	41
B. Pembahasan.....	63
1. Tahap pengkajian	63
2. Tahap Diagnosa.....	63
2. Tahap Perencanaan.....	65
3. Tahap Implementasi	66
4. Tahap Evaluasi	67
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	68
A. Kesimpulan	68
B. Rekomendasi.....	69
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Berikut Jenis Penyakit 6 Besar di Ruangan Nusa Indah BRSUD Dr. Slamet Garut Periode Bulan Januari – Mei 2024	
Tabel 2.1 Klasifikasi tingkat dehidrasi anak dengan diare	
Tabel 2.2 Status Gizi	
Tabel 2.3 Analisa Data	
Tabel 2.4 Perencanaan Keperawatan	
Tabel 3.1 Imunisasi	
Tabel 3.2 Kosioner Pra-Skrining Perkembangan	
Tabel 3.3 hasil pemeriksaan laboratorium	
Tabel 3.4 Aktivitas sehari-hari	
Tabel 3.5 Terapi Obat	
Tabel 3.6 Analisa Data	
Tabel 3.7 Proses Keperawatan	
Tabel 3.8 Proses Keperawatan	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 2. Leaflet

Lampiran 3. Lembar Bimbingan

Lampiran 4. Daftar riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya yang ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali sehari dan pada neonatus lebih dari 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir darah (Rospita et al, 2017).

Diare disebabkan beberapa faktor, antara lain karena kesehatan lingkungan yang tidak bersih, keadaan gizi yang belum mencukupi, keadaan sosial ekonomi dan perilaku Masyarakat yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi terjadinya diare. Selain itu, diare juga bisa disebabkan karena makanan yang tidak sehat atau makanan yang diproses dengan cara yang tidak bersih sehingga terkontaminasi bakteri penyebab diare seperti *Salmonella*, *Shigella* dan *Campylobacter jejuni* (Purwaningdyah, 2015).

Anak usia toddler adalah usia 12 - 36 bulan (1 – 3 tahun). Periode ini anak berusaha mencari tahu bagaimana sesuatu bekerja dan bagaimana mengontrol orang lain melalui keramahan, penolakan, dan tindakan keras kepala. Hal ini merupakan hal yang sangat penting untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan intelektual secara optimal (Maryunani, 2014).

Di dunia, terdapat 1,7 miliar kasus diare yang terjadi setiap tahunnya. Berdasarkan data Departemen Kesehatan Republik Indonesia, diare menempati urutan pertama untuk penyakit menular diikuti dengan pneumonia dan infeksi saluran pernafasan akut. Tiap anak mengalami diare sebanyak 411 per 1000 episode per tahun di Indonesia. Berdasarkan Survei Morbiditas diare 2018, prevalensi diare tertinggi terjadi pada usia 6-11 bulan (21,7%), 12-17 bulan (14,4%) dan 24-29 bulan (12,4%). Walaupun persentase kematian akibat diare pada anak di Indonesia cenderung menurun, namun angka kesakitan dan kematian masih tetap tinggi (Riskesdas 2018).

Selama anak diare terjadi peningkatan hilangnya cairan dan elektrolit (natrium, kalium dan bikarbonat) yang terkandung dalam tinja cair anak. Dehidrasi terjadi bila hilangnya cairan dan elektrolit ini tidak diganti secara adekuat, sehingga timbul kekurangan cairan elektrolit, hipokalemia, dan hipoglikemia. Diare juga dapat mengakibatkan penurunan asupan makanan yang menyebabkan penurunan berat badan dan berlanjut ke gagal tumbuh. Berdasarkan data-data di atas dapat menimbulkan masalah keperawatan yang sering dijumpai pada pasien diare yaitu kekurangan volume cairan, gangguan integritas kulit, defisit nutrisi, risiko syok, dan ansietas (Nuraarif & Kusuma, 2015).

Pasien dengan diare harus segera ditangani jika tidak akan menyebabkan hilangnya cairan dan elektrolit dalam tubuh yang berlebihan sehingga akan menyebabkan dehidrasi. Keadaan ini ditandai dengan anak

menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada. Pasien diare dengan dehidrasi terapi oralit saja tidak cukup dan harus dibantu dengan pemberian zink dan cairan intravena secepatnya dengan dosis awal 1 jam pertama 30 ml/kg Berat Badan (BB) dan 2 jam berikutnya 40 ml/kg Berat Badan (BB). Apabila mengalami dehidrasi berat segera bawa ke rumah sakit agar ditangani secara intensif karena berpeluang untuk terjadinya syok (kejang) (WHO, 2017).

Untuk mengatasi komplikasi yang terjadi pada diare penatalaksanaan oleh petugas kesehatan yaitu dengan melakukan pendekatan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia dengan menggunakan metodologi proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (PPNI, 2017).

Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare dapat dilakukan dengan cara diantaranya memantau asupan pengeluaran cairan.

Anak yang mendapatkan terapi cairan intravena perlu pengawasan untuk asupan cairan, kecepatan tetesan harus diatur untuk memberikan cairan dengan volume yang dikehendaki dalam waktu tertentu dan lokasi pemberian infus harus dijaga, menganjurkan makan sedikit tapi sering pada anak, dan memantau status tanda-tanda vital (PPNI, 2018).

RSUD Dr. Slamet Garut adalah Rumah Sakit Negeri kelas B yang beralamatkan di Jln. Rumah Sakit Garut 44151, RSUD Dr. Slamet Garut yaitu rumah sakit yang menjadi rumah sakit rujukan di Kabupaten Garut. Berdasarkan data yang penulis peroleh dari bidang RSUD Dr. Slamet Garut, pasien yang mengalami diare dibandingkan dengan kasus lainnya periode bulan Januari-Mei 2024 dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1 Berikut Jenis Penyakit 6 Besar Di Ruangan Anak RSUD Dr. Slamet Garut Periode Januari-Mei 2024

No	Jenis Penyakit	Frekuensi	Persentase (%)
1	Pneumonia	629	59%
2	Diare	184	17,3%
3	DHF	97	9,1%
4	Tuberculosis (TB) Paru	74	7%
5	Tipoid	66	6,1%
6	Asma	16	1,5%
Jumlah		1066	100%

Sumber : Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Slamet Garut

Di atas menunjukkan bahwa penderita diare cukup tinggi yaitu berjumlah 184 dengan presentasi 17,3%. Meskipun diare bukan merupakan kasus pertama namun timbulnya diare pada anak akan menimbulkan berbagai masalah resiko komplikasi seperti dehidrasi ringan hingga berat, renjatan (syok) hipovolemik, hipoglikemia, kejang terjadi pada dehidrasi hipertonik, mal nutrisi energi protein, sehingga memerlukan asuhan keperawatan. Berdasarkan hal tersebut, maka penulis menerapkan untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien diare dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada An. S Usia Toddler (1 Tahun 2 Bulan) Dengan Gangguan Sistem**

**Pencernaan: Diare Di Ruang Rawat Inap Nusa Indah Bawah RSUD
Dr. Slamet Garut".**

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada An. S usia toddler (1 Tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan Diare Di Ruang Rawat Inap Nusa Indah Bawah RSUD Dr. Slamet Garut?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan, serta mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada anak dengan diare secara langsung dan komprehensif yang meliputi aspek bio- psiko-sosial-spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada An. S usia toddler (1 Tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan diare.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada An. S usia toddler (1 tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan diare.
- c. Mampu membuat rencana tindakan keperawatan pada An.S usia toddler (1 tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan diare.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada An. S usia toddler (1 tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan

diare.

- e. Mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan pada An. S usia toddler (1 tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan diare.
- f. Mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah.

D. Metode Penulisan dan Teknik Pengumpulan Data

1. Metode penulisan

Metode penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan penulis adalah:

a. Observasi

Teknik pengumpulan data melalui pengamatan dan pemeriksaan keadaan pasien.

b. Wawancara

Teknik pengumpulan data dengan cara melakukan komunikasi secara verbal yang didapat langsung dari pasien dan keluarga.

c. Pemeriksaan Fisik

Teknik pengumpulan data secara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

d. Studi Kepustakaan

Teknik pengumpulan data dengan cara mengumpulkan bahan

acuan dan landasan teori mengenai masalah yang berhubungan dengan kasus.

e. Studi Dokumentasi

Teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari data yang bersumber dari status kesehatan klien atau catatan yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ini terdiri dari 4 bab, dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Berisi pendahuluan yang menjelaskan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORI

Menguraikan tentang tinjauan teori yang berisi tentang teori-teori yang relevan dengan judul meliputi konsep dasar penyakit berisi definisi, patofisiologi, dampak masalah terhadap perubahan struktur atau pola fungsi sistem tubuh tertentu terhadap kebutuhan dasar manusia.

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Berisi tentang tinjauan kasus dan pembahasan dimana tinjauan menjelaskan laporan penerapan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan pada anak dengan diare meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Sedangkan pembahasan berisikan suatu kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan kasus yang terjati di lapangan.

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

Berisi kesimpulan dan rekomendasi yang berisikan kesimpulan dan pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran serta rekomendasi yang operasional.

DAFTAR PUSTAKA

Merupakan daftar yang mencantumkan judul buku, nama pengarang, penerbit dan sebagainya yang ditempatkan pada bagian akhir suatu karangan atau buku, dan disusun menurut abjad.

LAMPIRAN

Lampiran ini merupakan dokumen tambahan yang disertakan dalam Skripsi ataupun Karya Tulis Ilmiah berisi hasil dari suatu penelitian, baik berupa gambar, foto, teks, dan lain sebagainya. Penempatan lampiran karya tulis ilmiah biasanya pada bagian paling belakang setelah daftar pustaka dengan keterangan yang sangat jelas.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KOSEP DASAR

1. Definisi Diare

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan berubahnya bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara berlebihan, lebih dari 3 kali dalam kurun waktu satu hari (Prawati & Haqi, 2019).

Menurut WHO (2017), Diare adalah buang air besar dengan konsistensi cair (menceret) sebanyak 3 kali atau lebih dalam sehari per 24 jam. Ini biasanya merupakan gejala infeksi gastro intestinal yang dapat disebabkan oleh berbagai organisme bakteri, virus, dan parasit. Infeksi menyebar melalui makan atau minuman yang terkontaminasi atau dari orang ke orang sebagai akibat dari kebersihan buruk.

Penularan diare karena infeksi melalui transmisi fekal oral langsung dari penderita diare atau melalui makan/minum yang terkontaminasi bakteri patogen yang berasal dari tinja manusia/hewan atau bahan muntahan penderita dan juga dapat melalui udara atau melalui aktifitas seksual kontak oral-genitalia atau oral-anal (Nuratif dan Kusuma, 2019).

Diare merupakan kondisi yang ditandai dengan encernya tinja yang dikeluarkan dengan frekuensi BAB yang lebih sering

dibandingkandengan biasanya. Pada umumnya, diare terjadi akibat konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri, virus, atau parasit. Biasanya diare hanya berlangsung beberapa hari, namun pada sebagian kasus memanjang hingga berminggu-minggu (Sertiana, 2017).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa diare merupakan suatu keadaan kehilangan cairan dan elektrolit yang terjadi karena frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih 3 kali pada anak dengan bentuk tinja yang tidak normal yaitu encer atau cair dapat berwarna hijau atau pula bercampur lender dan darah.

2. Diare diklasifikasikan berdasarkan:

a. Lama waktu diare

1. Akut

Berlangsung kurang dari 2 minggu

2. Kronik

Berlangsung lebih dari dua minggu

a) Mekanisme patofisiologi : osmotik atau sekretorik dan lainnya.

b) Berat ringan diare : kecil atau besar

c) Penyebab infeksi atau tidak : infeksi atau noninfeksi

d) Penyebab organik atau tidak organik atau fungsional

3. Etiologi

Etiologi pada diare menurut Yuliasati & Arnis (2016) ialah :

- a. Infeksi enteral yaitu adanya infeksi yang terjadi di saluran pencernaan dimana merupakan penyebab diare pada anak, kuman meliputi infeksi bakteri, virus, parasite, protozoa, serta jamur dan bakteri.
- b. Infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain diluar alat pencernaan seperti pada otitis media, tonsilitis, bronchopneumonia serta encephalitis dan biasanya banyak terjadi pada anak di bawah usia 2 tahun.
- c. Faktor malabsorpsi, dimana malabsorpsi ini biasa terjadi terhadap karbohidrat seperti disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa), malabsorpsi protein dan lemak.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala diare mula-mula bayi dan anak menjadi cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Diare yang semakin parah menyebabkan tinja menjadi cair disertai lendir atau darah. Warna tinja makin lama berubah mejadi kehijau-hijauan karena tercampur empedu. Anus dan daerah sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat semakin banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi usus selama diare (Ariani, 2016).

5. Klasifikasi Tingkat Dehidrasi

Tabel 2.1 Klasifikasi Tingkat Dehidrasi Anak Dengan Diare

Klasifikasi	Tanda-tanda atau gejala	Pengobatan
Dehidrasi	Terdapat 2 atau lebih tanda : 1. Letargis/tidak sadar 2. Mata cekung 3. Tidak bisa minum atau malas minum 4. Cubitan sangat lambat (>2 detik)	Beri cairan untuk diare dengan dehidrasi berat
Dehidrasi ringan atau sedang	Terhadap 2 atau lebih tanda : 1. Rewel, gelisah 2. Mata cekung 3. Minum dengan lahap, haus 4. Cubitan kulit Kembali dengan lambat	1. Beri cairan dengan makanan untuk dehidrasi ringan 2. Setelah rehidrasi, nasehati ibu untuk pengasuhan di rumah dan kapan kembali segera
Tanpa dehidrasi	Tidak terdapat cukup tanda untuk disklasifikasikan sebagai dehidrasi ringan atau berat	1. Beri cairan dan makanan untuk menanganinya

Sumber : Buku saku pelayanan kesehatan anak dirumah sakit : 134

Klasifikasi Diare menurut MTBS (2021):

1. Diare dehidrasi berat, terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: letargis atau tidak sadar, mata cekung, tidak bisa minum atau malas minum, cubitan kulit perut kembali sangat lambat.
2. Diare dehidrasi sedang/ringan, terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut :rewel/mudah marah, mata cekung, haus minum dengan lahap, cubitan kulit perut kembali lambat.
3. Diare tanpa dehidrasi, tidak cukup tanda-tanda untuk

diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang

4. Diare persistem berat, dengan dehidrasi

Disentri, ada darah dalam tinja Rumus dehidrasi = $\frac{BB \text{ sebelumnya} - BB \text{ sesudah sakit}}{BB \text{ sebelumnya}} \times 100\%$

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nuratif dan Kusuma (2019) pemeriksaan penunjang pada klien diare adalah:

- a. Pemeriksaan tinja
 - 1) Makroskopis dan mikroskopis
 - 2) Ph dan kadar gula dalam tinja
 - 3) Biarkan resistensi feses (colok dubur)
- b. Analisa gas darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (pernapasan kusmaul).
- c. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.
- d. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Kalsium dan Posfat.

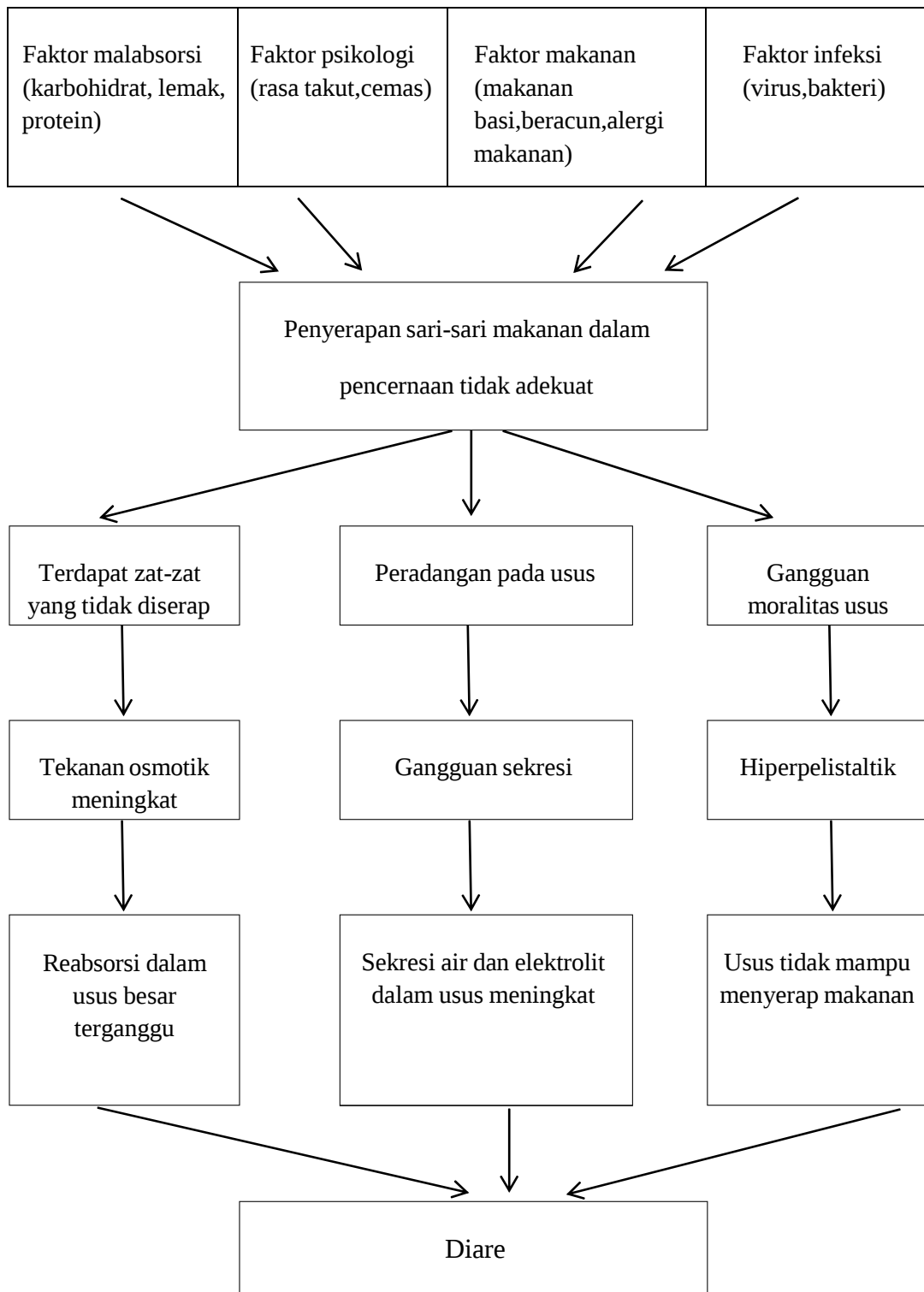
7. Patofisiologi

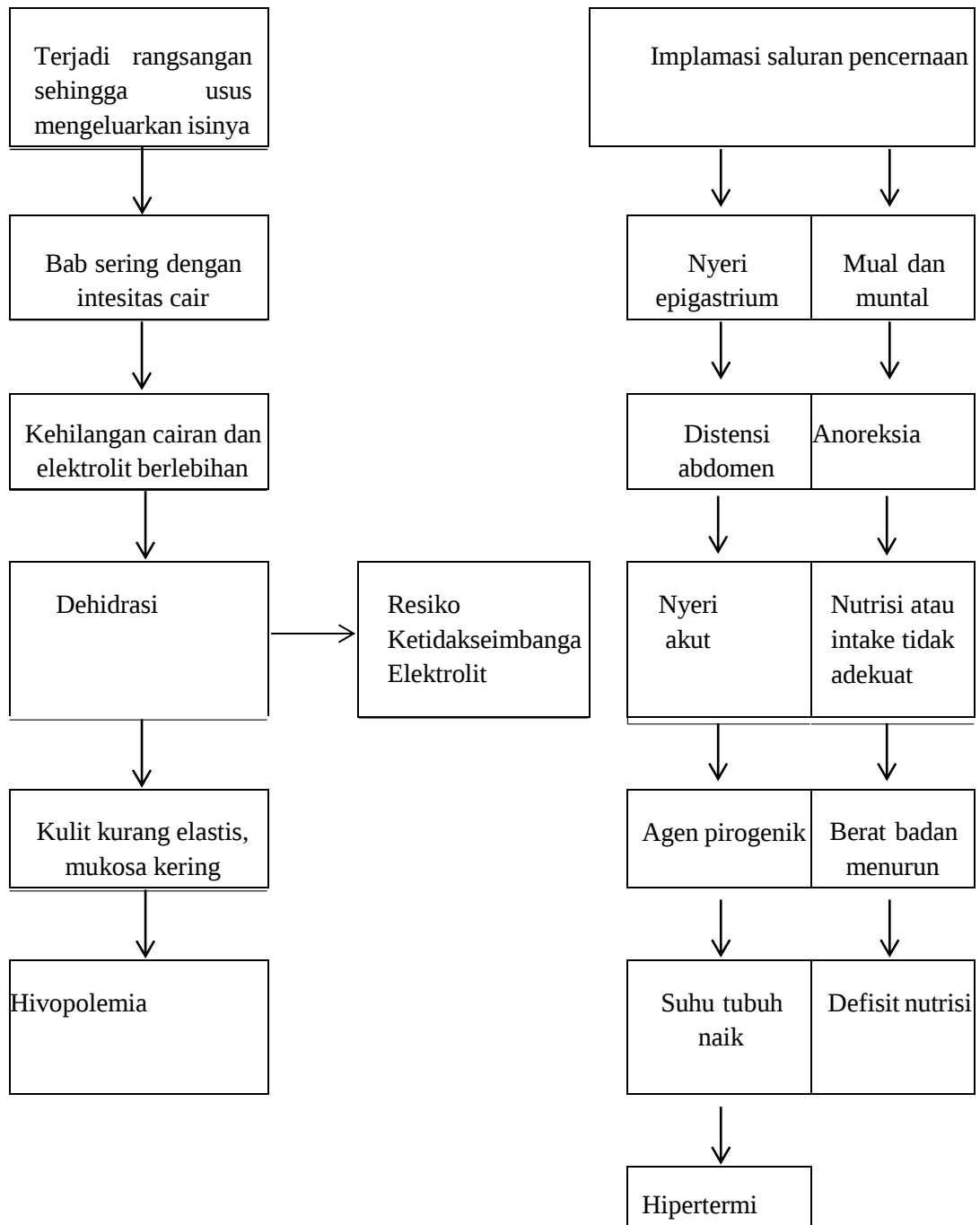
Diare disebabkan oleh berkurangnya sari sari makanan di saluran pencernaan yang tidak adekuat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti. Faktor malabsorpsi, faktor psikologis, dan faktor makanan. Paling sering diare disebabkan oleh faktor infeksi

seperti virus, yang masuk melalui permukaan usus menyebabkan absorpsi cairan menurun. Sedangkan bakteri mencenderai usus hingga menginvasi mukosa usus merusak permukaan usus atau melepas toksin (kyle dan carman,2016)

Kegagalan dalam melakukan absorpsi dapat meningkatkan tekanan osmotik sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan akhirnya meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadi diare. Faktor makanan, toksin yang masuk saluran cerna tidak dapat diserap dengan baik sehingga terjadi tekanan peristaltic usus kemudian diare. Kekurangan cairan dan elektrolit dalam tubuh yang mengakibatkan rejan hipovolemik, kehilangan cairan menimbulkan kulit kurang elastis dan mukosa kering sehingga terjadi resiko ketidak seimbangan elektrolit. Mekanisme terjadinya diare termasuk juga karena adanya eksudat yang berasal dari inflamasi saluran pencernaan yang mengakibatkan nyeri sehingga timbul nyeri akut. Respon inflamasi juga dapat memberikan peluang patogenik menimbulkan inflamasi yang kuat dari imunitas sehingga terjadi demam hingga timbul hipotermi. Berat badan menurun disebabkan karena adanya inflamasi saluran pencernaan yang dapat menyebabkan mual dan muntah sehingga terjadi nutrisi atau intake tidak adekuat kemudian terjadi penurunan berat badan sehingga timbul defisit nutrisi.

8. Pathway





Sumber(KyledenCarman,2016)

9. Komplikasi

Menurut Ngastiyah (2019) komplikasi pada klien diare adalah: .

- a. Dehidrasi, hipotonik, isotonik atau hipertonik
- b. Renjatan hipovolemik
- c. Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, bradikardi, perubahan elektrokardiogram) hipotoni otot lemah
- d. Hipoglikemia
- e. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim lactase
- f. Kejang, terjadi pada dehidrasi hipertonik
- g. Malnutrisi energy protein (akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik)

10. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Non Medis :

- a. Edukasi pasien, bahwa dengan penatalaksanaan yang tepat maka BAB cair dapat berkurang dan komplikasi akibat diare dapat dicegah.
- b. Edukasi kepada anggota keluarga, mengenai faktor risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan perilaku hidup bersih dan sehat.
- c. Edukasi kepada keluarga untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit diare, dengan cara cuci tangan setiap

sebelum makan dan setelah dari kamar mandi.

11. Penataaksanaan Medis:

- a. Oralit (bila BAB cair saja)
- b. Zinc syrup 1x10 ml. (diteruskan selama 10 hari).
- c. Paracetamol syrup (bila demam)
- d. Lacto B 2x1 sachet
- e. Anatomi Fisiologi

12. Konsep Anak Usia Toddlr (1 tahun 2 bulan)

Pertumbuhan dan perkembangan anak usia toddler adalah:

- a. Pertumbuhan (growth)

Pada usia 1 tahun 2 bulan berat badan naik 4 kali berat badan waktu lahir, gigi bagian atas dan bawah sudah tumbuh, dan dapat diukur TB, BB, LLA.

Tabel 2.2 Status Gizi

Indeks	Klasifikasi Status Gizi	Score
BB/U	Gizi lebih Gizi baik / normal Gizi kurang / atau berat badan rendah Gizi buruk / berat badan sangat rendah	<+2 SD ≥-2 sampai + 2 SD <-2 sampai >-3 SD <-3 SD
TB/U	Normal Pendek (stunted)	>+ 2 SD >-2 SD
BB/TB	Gemuk Normal Kurus Sangat kurus	<+2 SD ≥-2 sampai + 2 SD <-2 sampai >-3 SD <-3 SD

SD = Standar Deviasi (MTBS 2021)

b. Perkembangan

1) Motorik Kasar

Pada perkembangan motorik kasar diusia ini anak mampu berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik, anak mampu berjalan tanpa terhuyung-huyung.

2) Motorik Halus

Anak mampu melakukan tepuk tangan, melambaikan tangan, menumpuk empat buah kubus, memungut benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk, anak bisa menggelindingkan bola ke sasaran.

3) Personal Sosial

Anak mampu minum dari cangkir dengan dua tangan, belajarmakan sendiri, mampu melepas sepatu dan kaos kaki serta mampu melepas pakaian tanpa kancing, belajar bernyanyi, meniru aktifitas dirumah, anak mampu mencari pertolongan apabila ada kesulitan atau masalah, dapat mengeluh bila basah atau kotor, frekuensi buang air kecil dan besar sesuai, muncul kontrol buang air kecil biasanya tidak kencing padasiang hari, mampu mengontrol buang air besar, mulai berbagi mainan dan bekerja bersama-sama dengan anak-anak lain, anak bisa mencium orang tua.

4) Bahasa

Anak mampu memahami kalimat sederhana, perbendaharaan kata meningkat pesat, mengucapkan kalimat yang terdiri dari dua kata atau lebih.

13. Dampak Hospitalisasi

Periode usia toddler (1-3 tahun):

a. Rekreasi cemas terhadap perpisahan

Pada masa ini sumber stress yang utama adalah cemas akibat perpisahan dengan orang tua, dimana ada beberapa tahap respon perilaku anak diantaranya

- 1) Tahap protes (phase of protest), dimana pada tahap ini anak suka menangis kuat, menjerit memanggil orang tuamenolakperhatian yang diberikan orang lain.
- 2) Tahap putus asa (phase of despair), pada tahap ini anak menangisnya berkurang, anak tidak aktif, kurang menunjukkan minat untuk bermain dan makan, sedih danapatis.
- 3) Tahap menolak (phase of denial), tahap ini anak mulai menerima perpisahan, membina hubungan yang dangkal,anak mulai menyukai lingkungan.

b. Reaksi anak terhadap diri dan ancaman

Umumnya reaksi anak terhadap nyeri/perluakaan karena tindakan invasif anak akan menangis, menggigit bibirnya dan memukul.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Biodata

1) Identitas Klien

Meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, agama, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis.

2) Identitas Orang Tua/Penangguna Jawab Meliputi nama, umur, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, hubungan dengan klien.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anak nya buang air besar sebanyak 8 kali dalam sehari dengan konsistensi cair.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menurut penuturan ibu klien satu hari sebelum di bawa ke IGD klien BAB 8 kali dalam sehari, kemudian klien dibawa ke IGD RSUD Dr.Slamet Garut pada tanggal 24 dan di bawa ke ruang rawat inap. Pada saat pengkajian tanggal 25 April 2024 jam 11.00 WIB ibu klien mengatakan anaknya BAB 8 kali dalam sehari dengan konsistensi cair dan disertai penurunan nafsu makan, anak nya lemas, lemas

dirasakan setelah BAB dan tidak dirasakan pada saat klien sedang tidak BAB.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan ibu klien, sebelumnya klien tidak pernah mengalami diare.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan ibu klien di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan dan tidak ada yang mempunyai penyakit menular.

c. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Prenatal

Kondisi ibu saat hamil dapat mempengaruhi keadaan janin, seorang ibu hamil dengan menderita penyakit traktus respiratorus berpotensi menularkan penyakit padajannya. Perlu dikaji hamil berapa, pemeriksaan kehamilan, keluhan- keluhan kehamilan, penyakit yang pernah diderita oleh ibu, obat obatan yang ibu gunakan.

2) Intranatal

Pada proses persalinan dapat menyebabkan respiratori distress mekonium aspirasi sindrom merupakan prediposisiterjadinya infeksi traktus respiratorus pada anak. Selain itu ketidak sterilan alat pun mendukungterjadinya infeksi pada anak dan perlu dikaji usia kehamilan saat

persalinan, panjang badan lahir dan komplikasi pada saat lahir.

3) Post natal

Pada saat lahir bayi mempunyai kekebalan yang diperoleh dari ibunya, kekebalan itu lama kelamaan akan berkurang dan hilang bila tidak diberi ASI. Hal tersebut dapat dicegah dengan imunisasi dan perlu dikaji kesehatan klien setelah lahir dan penyakit yang pernah di derita.

d. Pola Aktivitas Sehari hari

1) Nutrisi

Pada klien dengan diare mempunyai riwayat nutrisi yang kurang karena tidak adekuatnya masukan nutrisi. Dengan demikian zat-zat yang dibutuhkan oleh tubuh tidak terpenuhi, sehingga tubuh anak akan menjadi lemah dan rentan terhadap penyakit.

2) Eliminasi

Perlu dikaji kebiasaan BAK/BAB, frekuensi, warna, bau khas dan keluhan Pada klien diare biasanya terdapat peningkatan frekuensi BAB, warna tinja kehijauan.

3) Aktivitas dan Tidur

Perlu dikaji aktivitas di rumah dan di puskesmas, kesulitan beraktivitas dan kebiasaan tidur sehari-hari dan lamanya tidur. Pada klien dengan penyakit diare dapat mengalami

gangguan aktivitas yang disebabkan oleh lemas karena kurangnya cairan dalam tubuh. Personal Hygiene Kaji kebiasaan mandi, mencuci rambut, gosok gigi, dan menggunting kuku.

- e. Anak usia (1 tahun 2 bulan) harus sudah mendapatkan imunisasi lengkap diantaranya adalah BCG, polio, DPT, campak, hepatitis.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

- a. Penampilan Pada umumnya pasien terlihat lemah
- b. Tanda-tanda Vital: Pada kasus diare kemungkinan terjadinya peningkatan suhu tubuh, respirasi meningkat dan denyut nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun.

2) Kepala

Pada kepala kaji apakah bentuknya simetris atau tidak, ada benjolan dan lesi tidak, kaji warna dan ketebalan rambut.

3) Mata

Letak mata simetris atau tidak, fungsi penglihatannya baik atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, reaksi pupil baik atau tidak, sklera mata anikterik atau ikterik.

4) Hidung

Kaji apakah bentuk hidung simetris atau tidak, fungsi hidung baik atau tidak, kaji apakah ada lesi sekret sinusitis pada rongga hidung.

5) Telinga

Kaji apakah posisi kedua telinga simetris atau tidak, fungsi pendengaran baik atau tidak, kebersihan telinga baik atau tidak, apakah ada nyeri tekan atau tidak.

6) Mulut

Kaji keadaan mukosa bibir lembab atau kering, lihat kebersihan mulut dan gigi, kaji apakah ada karies atau tidak.

7) Leher

Kaji pada leher apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan peningkatan JVP atau tidak.

8) Pemeriksaan Dada

a. Paru-paru

Respirasi meningkat, kaji bentuk dada, pergerakan dada dan retraksi dinding dada umumnya terdapat kesulitan bernafas (dispneu) disertai adanya batuk produktif, pada auskultasi terdengar adanya ronchi.

b. Jantung

Kemungkinan dapat terjadi tachicardi, hipertensi atau hipotensi, bunyi jantung S1-S2 atau tidak.

c. Punggung

Kaji apakah keadaan punggung terdapat lesi atau tidak, bentuk punggung normal atau tidak pergerakan punggung simetris atau tidak.

d. Abdomen

Kaji apakah bentuk abdomen datar cekung atau cembung, bunyi bising usus normal atau tidak, bunyi abdomen timpani atau pekak.

9) Genetalia

Kaji apakah ada nyeri tekan atau tidak pada genetalia, ada benjolan pada penis dan scrotum tidak. Kemungkinan kelainan sangat kecil selama ginjal masih bagus.

10) Muskuloskeletal

Kemungkinan adanya otot melemah, kelelahan/keletihan, kaji apakah ada edema pada tangan dan kaki atau tidak.

11) Kulit

Dapat dikaji adanya sianosis pada bagian ujung ekstremitas (perifer), seperti ujung jari tangan dan kaki, warna kulit/membran, mukosa sianosis. Terjadi peningkatan suhu tubuh dan keringat banyak, turgor kulit baik atau tidak, kaji warna kulit.

12) Sistem Persyarafan

Keadaan pasien compos mentis. Pemeriksaan fisik dan neurologis diantaranya kesadaran, suhu tubuh, tanda rangsang maningeal, tanda peningkatan intrakranial, dan infeksi diluar SSP.

g. Data Spritual

Perlu dikaji tentang keyakinan keluarga akan kesembuhannya

h. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan tinja
 - a. Makroskopis dan mikroskopis
 - b. Ph dan kadar gula dalam tinja
 - c. iarkan resistensi feses (colok dubur)
- 2) Analisa gas darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (pernapasan kusmaul).
- 3) Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
- 4) Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Kalsium dan Posfat.

i. Dampak Hospitalisasi

Dampak hospitalisasi pada anak usia 2 tahun dan orang menurut Supartini (2019) adalah :

1) Pada Anak

Sumber utamanya adalah stanger anxiety (cemas) akibat perpisahan, anak suka menangis keras, ekspresi wajah tidak menyenangkan.

2) Pada Orang Tua

Perasaan cemas mungkin terjadi ketika orang tua melihat anaknya mendapat prosedur klien, dibandingkan dengan agama yang dianut keluarga.

2. Analisa Data

Analisa data adalah proses menyusun secara sistematis datayang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, dengan

cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain.

Tabel 2.3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
	DS : - Do • Biasanya defekasi lebih dari 3 kali dalam 1 hari • Feses lembek atau cair • Frekuensi peristaltik meningkat. • Bising usus hiperaktif	Faktor infeksi ↓ Penyerapan sari sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat ↓ Peradangan pada usus ↓ Gangguan sekresi Sekresi air dan elektrolit dalam usus meningkat ↓ Diare	Diare
	DS : • Klien biasanya mengeluh nyeri/pedih pada epigastrium disamping atas dan bagian samping dada depan epigastrium, keluhan mual dan muntah. • Biasanya klien tidak nafsu makan, pola makan menjadi tidak teratur, berat badan menjadi menurun setelah sakit. DO : • Dari hasil observasi perut klien terdengar kembung atau suara perut hipertympani, peristaltikus melebihi batas normal.	Faktor infeksi ↓ Penyerapan sari sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat ↓ Peradangan pada usus ↓ Gangguan sekresi ↓ Sekresi air dan elektrolit dalam usus meningkat ↓ Diare ↓ Impaksi saluran pencernaan ↓	Defisit nutrisi

		Mual dan muntah ↓ Anoreksia ↓ Nutrisi atau intake tidak adekuat ↓ Berat badan menurun ↓ Defisit nutrisi	
DS : - Klien biasanya mengatakan badan nya terasapanas DO : - Suhu tubuh kliesn meningkat 37,80C	Faktor infeksi Penyerpan sari sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat ↓ Peradangan pada usus ↓ Gangguan sekresi ↓ Sekresi air dan elektrolit dalam usu meningkat ↓ Diare ↓ Implamsi saluran pencernaan ↓ Nyeri epigastrium ↓ Distensi abdomen ↓ Hipetermia	Hipetermia	
DS : - Merasa lemas - Mengeluh haus DO : - Frekuensi nadi meningkat - Nadi teraba lemah - Tekanan darah menurun - Tugor kulit menyempit - Suhu tubuh meningkat	Faktor infeksi ↓ Penyerpan sari sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat ↓ Peradangan pada usus ↓ Gangguan sekresi ↓ Sekresi air dan elektrolit dalam usu	Hivopolemia	

		meningkat ↓ Diare ↓ Terjadi rangsangan sehingga usus mengeluarkan isinya ↓ Bab seing dengan intesitas cair ↓ Kehilangan cairan dan elektrolit ↓ Dehidrasi ↓ Hivopolemia	
	DS : • Merasa lemas • Mengeluh haus DO : • Frekuensi nadi meningkat • Nadi teraba lemah • Tekanan darah menurun • Tugor kulit menyempit • Suhu tubuh meningkat	Faktor infeksi ↓ Penyerpan sari sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat ↓ Peradangan pada usus ↓ Gangguan sekresi Sekresi air dan elektrolit dalam usu meningkat ↓ Diare ↓ Terjadi rangsangan sehingga usus mengekuarkan isinya ↓ Bab seing dengan intesitas cair ↓ Kehilangan cairan dan elektrolit Dehidrasi Kulit kurang elastic, mukosa kering ↓	Risiko tidak seimbangan elektrolit

		Risiko tidak seimbangan elektrolit	
	Ds • Biasanya psien mengeluh nyeri Do • Tampak meringis • Gelisah • Frekuensi nadi meningkat - Nafsu makan berubah	Faktor infeksi ↓ Penyerpan sari sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat ↓ Peradangan pada usus ↓ Gangguan sekresi ↓ Sekresi air dan elektrolit dalam usu meningkat ↓ Diare ↓ Implamsi saluran pencernaan ↓ Nyeri epigastrium ↓ Distensi abdomen ↓ Nyeri akut ↓ Agen pirogenik ↓ Suhu tubuh naik ↓ Nyeri akut	Nyeri akut

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI,2017).

4. Perencanaan

Perencanaan keperawatan terdiri atas luaran (outcome) dan intervensi. Luaran keperawatan merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Komponen luaran terdiri atas tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil. Label merupakan nama sari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk mencari informasi terkait luaran keperawatan. Ekspektasi adalah penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai (Nuralif, Amin Huda dan Kusuma, Hardi, 2015).

Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Klasifikasi luaran keperawatan hipovolemia termasuk dalam kategori fisiologis dengan subkategori sirkulasi dengan luaran utama status cairan (PPNI, 2019). Sedangkan intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (PPNI, 2018).

Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label yang merupakan nama dari intervensi yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi tersebut. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan yang ada. Tindakan merupakan rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan – tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas tindakan observasi, tindakan

terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (PPNI, 2018)

Tabel 2.4. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)
1	Diare b.d iritasi gastrointestinal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: 1. Control pengeluaran fesesmeningkat 2. Keluhan defekasi lama dansulit meningkat 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi defekasimembaik 5. Peristaltik usus membaik	Menejemen Diare Observasi: 1. Identifikasi penyebabdiare (misalnyainflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, ansietas, efek obat-obatan, pemberian botol susu) 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Identifikasi gejala invaginasi (misalnyatangisan keras, kepucatan pada bayi) 4. Monitor warna, volume, frekuensi 5. Monitor tanda dangejala hipovolemia(misalnya takikardia, nadi terasa lemah,tekanan darah turun, mukosa kulit kering,CRT melambat, berat badan menurun). 6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 7. Monitor jumlah pengeluaran diare 8. Monitor keamananpenyiapan makanan Teurapetik 9. Berikan asupan cairan oral (misalnya larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte) 10. Pasang jalur intravena 11. Berikan cairan intravena (misalnya ringer asetat, ringer laktat), jika perlu 12. Ambil sampel darahuntuk

			pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit jika perlu Edukasi: 13. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 14. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa 15. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI Kolaborasi: 16. Kolaborasi pemberian obat
2	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, k Peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi dan faktor psikologis	setelah dilakukan tindakan keperawatan maka status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan atau IMT meningkat 3. Frekuensi makan meningkat 4. Nafsu makan meningkat	Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan M 4. Monitor berat badan Terapeutik: 5. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 7. Berikan suplemen makanan Edukasi: 8. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: 10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
3	Hipertermia b.d proses infeksi	Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Menggigit dari meningkat menjadi cukup cukup menurun 2. Suhu tubuh dari memburuk menjadi cukup membaik	Observasi: 1. Identifikasi penyebab hipertermia (misalnya dehidrasi) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor luaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik: 6. Sediakan lingkungan yang

		3. Suhu kulit dari memburukmenjadi cukup membaik 4. Tekanan darah dari memburuk menjadi cukupmembaik	dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Berikan cairan oral 9. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) Lakukan pendinginaneksternal (misalnya kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 11. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 12. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi: 13. Anjurkan tirah baring Kolaborasi: 10. Kolaborasi pemberiancairan dan elektrolit, jika perlu
4	Hivopolemia b.d diare	Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka status cairan membaik, dengankriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Frekuensi nadi membaik 4. Berat badan membaik 5. Intake cairan membaik	Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misal; nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volumeurine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah. 2. Monitor intake dan output cairan Teraupetik: 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan posisi <i>PassiveLeg Raising</i> 5. Berikan asuhan cairanoral Edukasi: 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misal NaCl, RL) 9. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (misal; Glukosa

			2,5%,NaCl 0,4%) 10. Kolaborasi pemberian cairan koloid (missal; Albumin, Plasmanate)
5	Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d diare	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan keseimbangan elektrolit meningkat dengankriteria hasil : 1. Serum natrium meningkat 2. Serum kalium meningkat 3. Serum klorida meningkat	Obsevasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab tidak seimbngan elektrolit 2. Monitor mual, muntandan diare 3. Monitor kelihangan cairan jika perlu
6	Nyeri akut b.d infeksi	Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengankriteria hasil : 1. Keluhan nyeri dari sedangmenjadi menurun 2. Meringis dari cukup sedang menjadi menurun 3. Frekuensi nadi dari cukupburuk menjadi baik	Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non-verbal 4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitashidup Terapeutik 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis kompres hangat) Edukasi 6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri 8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga, untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari, proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien. Faktor – faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Azizah, 2020).

6. Evaluasi

Evaluasi adalah membandingkan status keadaan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil, untuk dapat menentukan suatu keberhasilan yang dilakukan setelah melakukan tindakan, yang berorientasi pada etiologi yang dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Kegiatan evaluasi dilakukan dengan mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning) yaitu S artinya data subjektif perawat dapat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan. O artinya data objektif yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan. A artinya analisis intervensi dari data subjektif dan data objektif, analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah

diagnosa baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif. P artinya planning perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau perencanaan yang ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Purba, 2019).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama	: An. S
Tanggal Lahir	: Garut, 13 Maret 2023
Usia	: 1 Tahun 2 Bulan
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Nangorak
No RM	: 1404678
Tanggal masuk	: 25 April 2024
Tanggal Pengkajian	: 26 April 2024

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. F
Jenis Kelamin	: Laki Laki
Umur	: 29 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp. Nangorak
Hubungan Dengan Pasien	: Ayah Kandung

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya BAB sebanyak 8 kali dalam sehari dengan konsistensi cair.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 26 April 2024 Pukul 11.00 WIB menurut penuturan Ibu klien satu hari sebelum masuk Rumah Sakit klien BAB 8 kali dalam sehari, diare terjadi secara terus menerus, dengan konsistensi cair dan disertai penurunan nafsu makan. Ibu klien mengatakan tidak melakukan penanganan mandiri dirumah. Ibu klien mengatakan anaknya lemas dirasakan setelah BAB dan hilang saat klien tidak BAB.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Menurut penuturan ibu klien, sebelumnya klien pernah mengalami diare dan demam akan tetapi tidak sampai dibawa ke RS. Dalam riwayat kebersihannya ibu klien mengatakan selalu menjaga kebersihan dalam penyajian makanan.

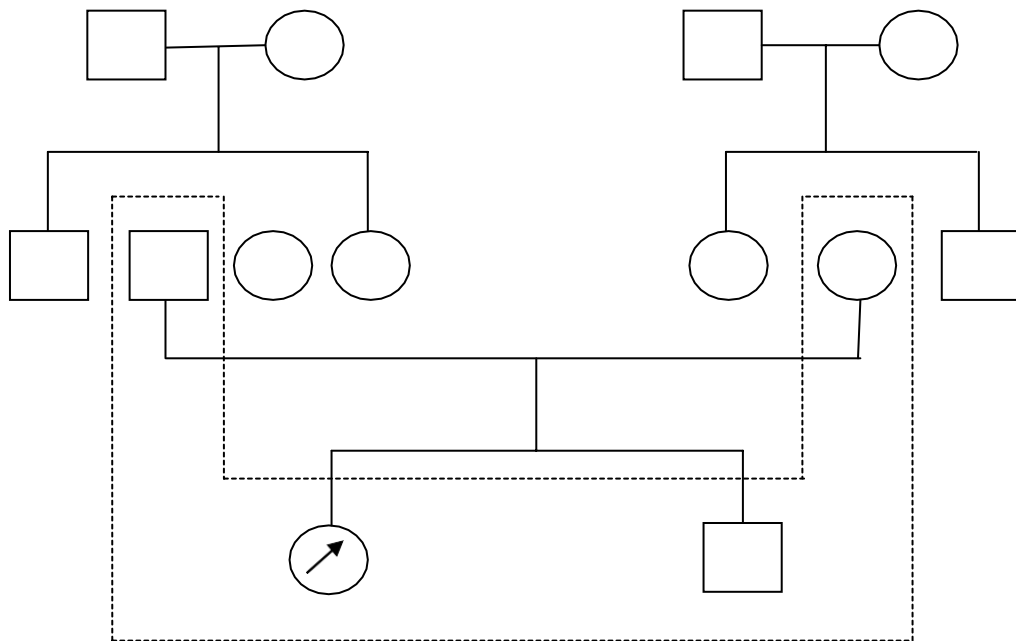
4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut Penuturan ibu klien didalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan dan tidak ada yang mempunyai penyakit menular. Dalam riwayat kebersihannya

ibu klien mengatakan keluarganya selalu menjaga kebersihan dalam penyajian makanan.

d. Genogram

Gambar Genogram



Keterangan :

○	: Perempuan	—	: Garis pernikahan
□	: Laki - Laki	-----	: Tinggal serumah
⬆	: Klien	⊗	: Perempuan meninggal
├	: Garis keturunan	⊗	: Laki-laki meninggal

e. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Prenatal

Menurut penuturan ibu klien, selama hamil ia memeriksa kehamilan kebidan secara rutin yaitu trimester I satu kali perbulan, trimester II satu kali perbulan, trimester III dua

kali perbulan. Selama hamil ibu klien mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali. Klien merupakan anak kedua.

2) Intranatal

Menurut penuturan ibu klien, klien dilahirkan dibidan secara normal dengan usi kehamilan 37 minggu dan BB lahir klien 3,200 gram, Panjang badan 50 cm.

3) Postnatal

Menurut penuturan ibu klien, ibu klien mendapatkan informasi dari bidan bahwa pada saat klien lahir, klien langsung menangis kuat dan lahir dalam keadaan sehat.

f. Riwayat Nutrisi

1) Sebelum Sakit

Ibu klien mengatakan dari sejak klien lahir klien minum ASI dan setelah usia klien 6 bulan tidak ada masalah dengan asupan nutrisinya, makan 1 porsi habis.

2) Ketika Sakit

Menurut penuturan ibu klien, klien susah makan

Berat Badan ideal anak usia 1 tahun 2 bulan adalah 8,8 – 13,7 kg

a. Kebutuhan Kalori

$100 \times 12\text{kg} = 1200 \text{ kal/hari}$

b. Kebutuhan Zat Gizi

Protein (10% x 1200 kal): 4-30 gram

Lemak (20% X 1200 kal): 9-27 gram karbohidrat

(70% x 1200 kal): 4-210 gram.

g. Imunisasi

Menurut penuturan ibu klien, klien sudah mendapatkan imunisasi lengkap.

Tabel 3.1 Imunisasi

Catatan Pemberian Imunisasi	
Umur (bulan)	Jenis Imunisasi
0	HBO & Polio 0
1	BCG & Polio 1
2	DPT/HB+Hib 1+Polio 2
4	DPT/HB+Hib 2+Polio 3
6	DPT/HB+Hib 3+Polio 4
9	Campak

h. Riwayat Tumbuh Kembang

1) Riwayat Pertumbuhan dan pengkajian tumbuh kembang

Menurut penuturan ibu klien, berat badan lahir An. S adalah 3,200 gram dan Panjang badan 50 cm, pada saat dikaji pada tanggal 26 April 2024, klien berumur 1 tahun 2 bulan dengan berat 8.5 kg dan tinggi badan 70 cm, lingkaran kepala 43 cm, lingkaran lengan atas 15 cm dan lingkaran dada 67 cm.

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan anak baik sesuai dengan usianya.

2) Riwayat Perkembangan

a) Motorik Kasar

Klien sudah bisa berjalan tanpa bantuan dan bisa melompat menggunakan dua kaki kedepan sekitar 10 cm, dan melompat ke atas.

b) Motorik halus

Klien sudah mampu memegang alat makan, alat tulis dan mencoret coretnya.

c) Bahasa

Klien sudah mampu meniru kata-kata, berbicara memanggil mama, papa, dan nenek.

d) Sosialisasi

Klien sudah mulai bermain Bersama orang lain, mulai melambaikan tangan jika ditinggal pergi dan membalas lambaian orang lain.

Tabel 3.2 Kosioner Pra-Skrining Perkembangan

NO	Pemeriksaan	Kategori	Ya	Tidak
1.	Jika anda sedang melakukan pekerjaan rumah tangga, apakah anak meniru apa yang anda lakukan ?	Sosialisasi dan Kemandirian	✓	
2.	Apakah anak dapat meletakkan 1 buah kubus di atas kubus yang lain tanpa menjatuhkan kubus itu ? Kubus yang digunakan ukuran 2.5-5 cm.	Gerakan halus	✓	
3.	Apakah anak dapat mengucapkan paling sedikit 3 kata yang mempunyai artu selain “papa” dan “mama”?	Bicara dan Bahasa	✓	
4.	Apakah anak dapat berjalan mundur 5 langkah atau lebih tanpa kehilangan keseimbangan ? (Anda mungkin dapat melihatnya ketika anak menarik mainannya)	Gerakan kasar	✓	
5.	Dapatkah anak melepas pakaiannya seperti : baju, rok, atau celananya ? (topi dan kaos kaki tidak ikut di nilai)	Gerakan halus dan sosialisasi dan kemandirian	✓	
6.	Dapatkah anak berjalan naik tangga sendiri ? jawab YA jika dia naik tangga dengan posisi tegak atau berpegangan pada dinding atau pegangan tangga. Jawab TIDAK jika dia naik tangga dengan merangkak atau anda tidak membolehkan anak naik tangga atau anak harus berpegangan pada seseorang.		✓	
7	Tanpa bimbingan, petunjuk atau bantuan anda, dapatkah anak		✓	

	menunjuk dengan benar paling sedikit 1 bagian badannya (rambut, mata, hidung, mulut, atau bagian badan yag lain) ?			
8.	Dapatkah anak makan nasi sendiri tanpa banyak tumah ?			✓
9.	Dapatkah anak membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika di minta ?		✓	
10.	Dapatkah anak menendang bola kecil (sebesar bolatenis) kedepan tanpa berpegangan pada apapun ? Mendorong tidak ikut di nilai.		✓	

Interpretasi

Jumlah “Ya” : 9

Jumlah “Tidak” : 1

Kesimpulan : Perkembangan anak sudah sesuai dengan usianya.

i. Riwayat Psikologis

1) Klien

Klien kadang-kadang suka menangis, agresif dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan

2) Orang Tua

Ibu klien mengatakan khawatir mengenai keadaan anaknya
Keluarga (ibu klien) gelisah dan selalu bertanya tentang keadaan anaknya mereka bingung terhadap kondisi anaknya.

j. Sosial

1) Mengasuh

Klien suka diasuh oleh ibu dan ayahnya.

2) Jumlah Saudara Kandung Klien merupakan anak ke dua.

3) Pola Interaksi

Keluarga cukup kooperatif dalam memberikan informasi kepada petugas dan dokter, dan suka berinteraksi kepada pasien lain.

4) Dampak Hospitalisasi

a) Reaksi terhadap perpisahan menurut penutruan ibu klien, klien menangis jika ditinggal ibunya, klien selalu ditungen oleh ibunya

b) Reaksi anak terhadap diri dan ancaman klien menangis apabila akan diberi obat (*IntraVena*)IV.

5) Riwayat Spiritual

Keluarga menganut agama islam, taat menjalankan ibadahnya dan selalu berdoa untuk kesembuhan anaknya.

k. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

a) Kesadaran: Compos Mentis, E4, M6, V5

b) Keadaan Klien nampak lemah, gelisah, rewel

2) Tanda tanda vital

Nadi : 115 x/menit

Respirasi: 25 x/menit

Suhu : 38,3 °C

Berat Badan : 7 kg

Tinggi Badan: 7.6 cm

3) Pemeriksaan Fisik Head To Toe

a) Kepala

Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam, kebersihan rambut bersih, tidak ada benjolan dan tidak ada lesi di kepala.

b) Mata

Letak kedua mata simetris antara kiri dan kanan, penglihatan jelas terbukti bahwa klien memanggil ibunya sambil menunjuk, sklera mata anikserik, kom kemerahan, reaksi pupil dilatasi saat cahaya terang konstriksi pada saat cahaya redup.

c) Telinga

Posisi kedua telinga simetris antara kiri dan kanan, pendengaran baik terbukti ketika dipanggil klien menoleh. kebersihan telinga baik tidak ada serummen di dalam telinga.

d) Hidung

Bentuk hidung simetris, pernafasan cuping hidung (-), tidak menggunakan alat bantu pernafasan, tidak ada

sinusitis dan secret pada rongga hidung.

e) Mulut

Mukosa bibir kering, warna bibir pucat, kebersihanmulut baik, gigi bersih tidak ada karies pada gigi.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada leher dan tidak terdapat peningkatan JVP.

g) Pemeriksaan Dada

(1) Paru-paru

Pergerakan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada lesi, bentuk dada normal, pergerakan dada simetris, bunyi perkusi sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan, respirasi 25 x/menit

(2) Jantung

Bunyi jantung S1-S2, nadi 110 x menit dapat menjulurkan lidah.

(3) Punggung

Tidak ada lesi pada punggung, bentuk punggung normal, pergerakan punggung simetris

(4) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, bunyi peristaltik usus meningkat 30 x /menit, bunyi timpani, cubitan perut

kembali lambat > 2 detik.

h) Genetalia

Tidak terdapat rambut pubis tidak ada, penyumbatan pada lubang uretra.

i) Muskuloskeletal (ekstremitas)

Otot kedua tangan dan kaki simetris, tidak ada edema pada kedua tangan dan kaki, pergerakan warna merah muda. kedua tangan dan kaki aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelelahan otot.

j) Kulit

Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik terbukti bahwa kulit kembali dalam waktu > 2 detik setelah dicubit, kebersihan kulit baik tidak ada sianosis. Kulit teraba panas suhu 38,3 °C, kulit sedikit kemerahan.

l. Riwayat hospitalisasi

1) Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap

Ibu klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit anak nya, ibu klien merasa cemas dan khawatir terhadap kondisi anaknya karena sebelumnya pasien tidak pernah mengalamidiare.

2) Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap

Anak cemas dan mengatakan takut disuntik,takut ketika melihat perawat dan dokter.

m. Aspek Sosial

Klien memiliki banyak teman disekitar rumahnya dan klien sering bermain dengan teman-temannya disekitar rumahnya.

n. Hasil pemeriksaan laboratorium

Tanggal 26 april 2024

Tabel 3.3 hasil pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Flag satuan	Nilai normal
FACCES RUTIN			
Facces rutin			
Mikrokopis			
Bau	Khas		Khas
Warna	Kuning		Coklat
Konsistensi	Cair		Lembek
Darah	Negatif		Negatif
Lendir	Negatif		Negatif
Makrokopis			
Eritrosit	0 - 1	/lpb	Negatif
Lekosit	0 - 1	/lpb	Negatif
Telor cacing	Negatif	/lpb	Negatif
Amoeba	Negatif	/lpb	Negatif
Bakteri	Positif		Negatif

o. Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.4 Aktivitas sehari-hari

NO	Jenis Aktivitas	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	Pola makan a. Makanan jenis Frekuensi Porsi Cara Keluhan b. Minum Jenis Frekuensi Cara	Nasi+lauk pauk 3x/hari 1 porsi dibantu -	Bubur 2x sehari 1-2 sendok Dibantu Klien susah makan
2	Pola eliminasi a. BAK Frekuensi Warna b. BAB Frekuensi Warna Konsistensi	3x/hari Kuning jernih 1x/hari Khas feses Lembek	3x/hari Kuning jernih 8x/hari Khas feses Cair
3	Pola istirahat tidur a. Tidur siang Kuantitas Kualitas b. Tidur malam Kuantitas Kualitas	1-2 jam Nyenyak 9 jam Nyenyak	1-2 jam Tidak nyenyak 9 jam Nyenyak

4	Personal hygiene		
	a. Mandi		
	Frekuensi	2x/hari	1x/hari
	Cara	Dibantu	Dibantu
	b. Gosok gigi		
	Frekuensi	2x/hari	1x/hari
	Cara	Dibantu	Dibantu
	c. Ganti baju		
	Frekuensi	2x/hari	2x/hari
	Cara	Dibantu	Dibantu

b. Terapi obat

Tabel 3.5 Terapi Obat

NO	Nama obat	Dosis	Cara
1	Infus asering	60 TPM	IV
2	Ondansetron	2.1 MG	IV
3	Cefotaxim	3.250 MG	IV
4	Metro	3.100 MG	IV
5	Paracetamol	3.350 MG	IV

2. Analisa Data

Tabel 3.6 analisa data An. S

No	Data	Etiologi	Ptoblem
1	Ds : - Ibu pasien mengatakan anaknya bab cair 8 kali dalam satu hari Do : - Bab cair lebih dari 8 kali dalam 24 jam - Feses tampak cair - Bising usus hiperaktif - Peristaltik usus 30 x/menit - Tugor kulit tidak elastis > 2 detik	Faktor infeksi ↓ Penyerpan sari sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat ↓ Peradangan pada usus ↓ Gangguan sekresi ↓ Sekresi air dan elektrolit dalam usu meningkat ↓ Diare ↓ Terjadi rangsangan sehingga usus mengeluarkan isinya ↓ Bab seing dengan intesitas cair ↓ Kehilangan cairan dan elektrolit ↓ Dehidrasi ↓ Hivopolemia	Hipovolemia

No	Data	Etiologi	Problem
2	Ds : - Ibu pasien mengatakan anaknya demam Do : - Kulit pasien terasahangat - Kulit pasien tampakmerah - Ttv Suhu : 38,3 c Nadi : 110 x/menit Respirasi : 25 x/menit Spo2 : 99%	Faktor infeksi Penyerpan sari sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat ↓ Peradangan pada usus ↓ Gangguan sekresi ↓ Sekresi air dan elektrolit dalam usu meningkat ↓ Diare ↓ Implamsi saluran pencernaan ↓ Nyeri epigastrium ↓ Distensi abdomen ↓ Hipeternia	Hipeternia

No	Data	Etiologi	Problem
3	Ds : - Ibu pasien mengatakan anaknya nafsu makan menurun Do : - Bising usus hiperaktif - Memberan mukosapucat - Pasien tampak lemas - Bb sebelum sakit : 8,5kg - Bb saat sakit : 7 kg	Faktor infeksi ↓ Penyerpan sari sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat ↓ Peradangan pada usus ↓ Gangguan sekresi ↓ Sekresi air dan elektrolit dalam usus meningkat ↓ Diare ↓ Impalmasısaluran Pencernaan ↓ Mual dan muntah ↓ Anoreksia ↓ Nutrisi atau intake tidak adekuat ↓ Berat badan menurun ↓ Defisit nutrisi	Defisit nutrisi

2. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- a. Hivopolemia berhubungan dengan kehilangan cairan berlebihan

Ds :

- Ibu pasien mengatakan anaknya bab cair 8 kali dalam satu hari

Do :

- Bab cair lebih dari 3 kali dalam 24 jam
- Feses tampak cair
- Bising usus hiperaktif
- Peristaltik usus 30 x/menit
- Crt > 2 detik

b. Hipetermia berhubungan dengan proses infeksi

Ds :

- Ibu pasien mengatakan anak nya demam

Do :

- Kulit pasien terasa hangat
- Kulit pasien tampak merah
- Ttv
- Suhu : 38,3 c Nadi : 110 x/menit

c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Ds :

- Ibu pasien mengatakan anaknya nafsu makan menurun

Do :

- Bising usus hiperaktif
- Memberan mukosa pucat

- Pasien tampak lemas
- Bb sebelum sakit : 8,5 kg
Bb saat sakit : 7 kg
- IMT

$$BB/(TB \text{ m})^2 = 7/(0,79)^2 = 11,2$$

3. Intervensi & Evaluasi keperawatan

Nama :An. S Jenis Kelamin : Perempuan Diagnosa Medis : Diare

Tabel 3.7 Intervensi & Evaluasi keperawatan An. S

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN(SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
1	Hipovolemia b.d kehilangan cairan berlebihan	Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam maka status cairan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Frekuensi nadi membaik 3. Berat badan membaik 4. Intake cairan membaik	Menejemen Hipovolemia Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misal; nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah. 2. Monitor intake dan output cairan Teraupetik: 3. Hitung kebutuhan cairan	1. Mengetahui tanda dan gejala 2. Mengetahui output dan intake cairan 3. Mengetahui kebutuhan cairan 4. Menghindari dehidrasi 5. Menghindari dehidrasi 6. Tidak terjadi masalah baru 7. Memenuhi cairan	Menejemen Hipovolemia Observasi: 1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (misal; nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah. 2. Memonitor intake dan output cairan Teraupetik: 3. Menghitung kebutuhan cairan	13.00 / 29 april 2024 S : Ibu pasien mengatakan anak nya sudah tidak bab cair dan sudah 2 kali dalam satu hari O: -Pasien tampak bab 2 kali dalam satu hari dengan konsistensi lembek -Bising usus normal -Terapi obat (Ondansetron, Cefotaxim Dan Metro) A : Masalah teratasi P : hentikan intervensi

No	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
			4. Berikan asuhan cairan oral Edukasi: 5. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 6. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misal NaCl, RL)		4. Memberikan posisi Passive Leg Raising 5. Memberikan asuhan cairan oral Edukasi: 6. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misal NaCl, RL, Assering)	

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN(SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
2	Hipetermia b.d proses infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang di habiskan meningkat 2. Berat badan atau IMT meningkat 3. Frekuensi makan meningkat 4. Nafsu makan meningkat	Manajemen hipetermia (I.15506) Observasi: 1. Identifikasi penyebab hipetermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipetermia Teraupetik: 4. Sediakan lingkungan yang dingin 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian 6. Berikan cairan oral 7. Lakukan pendinginan eksternal Edukasi: 8. Anjurkan tirah baring Kolaborasi: 9. Kolaborasi pemberian obat	1. Mengetahui penyebab hipetermi 2. Mengetahui suhu tubuh pasien 3. Agar terhindar dari komplikasi hipetermi 4. Memberikan lingkungan yang nyaman 5. Mempercepat penurunan suhu tubuh 6. Terhindar dehidrasi 7. Mempercepat penurunan suhu tubuh 8. Mempercepat proses penyembuhan 9. Mempercepat Penyembuhan	Manajemen hipetermia (I.15506) Observasi: 1. Mengidentifikasi penyebab hipetermia 2. Memonitor suhu tubuh 3. Memonitor komplikasi akibat hipetermia Teraupetik: 4. Menyediakan lingkungan yang dingin 5. Melonggarkan atau lepaskan pakaian 6. Memberikan cairan oral 7. Melakukan pendinginan eksternal (misalnya kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) Edukasi: 9. Menganjurkan tirah baring Kolaborasi: 10. Berkolaborasi pemberian obat	13.00 / 29 april 2024 S : - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam O: - Kulit pasien teralaba dingin - Kulit pasien sudah tidak merah - Ttv Suhu : 36,1c Nadi : 100 x/menit Respirasi : 25 x/menit Spo2 : 99% A : Masalah teratasi P : hentikan intervensi

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN(SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
3	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka status nutrisin terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang di habiskan meningkat 2. Berat badan atau IMT meningkat 3. Frekuensi makan meningkat 4. Nafsu makan meningkat	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan Terapeutik: 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi: 6. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 7. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: 8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan	1. Mengetahui status nutrisi 2. Mengetahu riwayat alergi 3. Mengetahui asupan makanan 4. Menegetahui penurunan berat badan 5. Agar nutrisi tercukupi 6. Menghindari mual 7. Agar nutrisi sesuai 8. Agar pemberian nutrisi sesuai	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi: 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Memonitor asupan makanan 4. Memonitor berat badan Terapeutik: 5. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi: 6. Menganjurkan posisi duduk, jika mampu 7. Menganjarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: 8. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu	13.00 / 29 april 2024 S : - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan O : - Bising usus normal - Membe0ran mukosa tampak nromal - Bb sebelum sakit : 8,5 kg Bb saat sakit : 7,3 kg A :Masalah teratasi P : pertahankan intervensi

5. Catatan Perkembangan

Nama :An. S Jenis Kelamin : Perempuan Diagnosa Medis : Diare

Tabel 3.8 Catatan Perkembangan An. S

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	27 April 2024 08.00 wib	Hivopolrnia b.d pengeluaran cairan berlebihan	12.00 wib S : - Ibu pasien mengatakan masih bab cair 6 kali dalam satu hari O: - Pasien tampak bab 6 kali dalam satu hari dengan konsistensi cair - Mlembetan mukosa kering - CRT < 2 detik - Bising usus hiperaktif 30 x/m - Terapi obat - Ondansetron - Cefotaxim - Metro A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor warna, frekuensi bab - Monitor jumlah pengeluaran diare - Berikan asupan cairan oral - Berikan cairan intravena - Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap - Anjurkan melanjutkan pemberian ASI - Kolaborasi pemberian obat	Zaki

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			I : - Memonitor warna, frekuensi bab - Memonitor jumlah pengeluaran diare - Memberikan asupan cairan Oral - Memberikan cairan Intravena - Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap - Menganjurkan melanjutkan pemberian ASI - Berkolaborasi pemberian obat E : hipovolemia b.d diare R : Lanjutkan intervensi	Zaki

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
2	27 April 2024 09.00 wib	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan Mencerna makanan.	13.00 wib S : - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mulai mau makan O : - Bising usus hiperaktif - Memberan mukosa tampak pucat - Pasien tampak lemas - Bb sebelum sakit : 8,5 kg Bb saat sakit : 7 kg A : masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu	Zaki

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			I : - Memonitor asupan makanan - Memonitor berat badan - Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Menganjurkan posisi duduk - Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan E : Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan. R : lanjutkan interensi	Zaki

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
3	27 April 2024 10.00 wib	Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi	14.00 wib S : - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam O: - Pasien tampak membaik - Ttv Suhu : 36,7 c Nadi : 110 x/menit Respirasi : 25 x/menit Spo2 : 99% A : masalah teratasi P : Hentikan intervensi I : Menghentikan intervensi E: Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi R : Hentikan intervensi	Zaki

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	28 April 2024 09.00 wib	Hipovolemia b.d pengeluaran cairan berlebihan	12.00 wib S : - Ibu pasien mengatakan bab cair 3 kali dalam satu hari - Ibu pasien mengatakan bab anaknya mulai berampas O: - Pasien tampak bab 3 kali dalam satu hari dengan konsistensi cair berampas - Membran mukosa kering - CRT < 2 detik - Terapi obat - Ondansetron - Cefotaxim - Metro A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor warna, frekuensi bab - Monitor jumlah pengeluaran diare - Berikan asupan cairan oral - Berikan cairan intravena - Kolaborasi pemberian obat I : - Memonitor warna, frekuensi bab - Memonitor jumlah pengeluaran diare - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Berkolaborasi pemberian obat E : hipovolemia b.d Diare R : Lanjutkan intervensi	Zaki

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
2	28 April 2024 10.00 wib	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan.	13.00 wib S : - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan setengah porsi O : - Memberan mukosa tidak kering - Pasien tampak membaik A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor asupan makanan - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu I : - Memonitor asupan makanan - Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan E : Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan R : lanjutkan intervensi	Zaki

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	29 april 2024 15.00 wib	Hivopolrmia b.d pengeluaran cairan berlebihan	18.00 wib S : - Ibu pasien mengatakan bab 2 kali dalam satu hari - Ibu pasien mengatakan bab anaknya sudah tidak cair O: - Pasien tampak bab 2 kali dalam satu hari dengan konsistensi sudah tidak cair - Terapi obat - Ondansetron - Cefotaxim - Metro A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi I : Menghentikan intervensi E : Diare b.d iritasi gastrointestinal R : Hentikan intervensi	Zaki

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
2	29 april 2024 16.00 wib	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan Mencerna makanan.	19.00 wib S : - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan seperti biasa dan cemilan lain O : - Pasien tampak sudah mau makan - Pasien tampak lebih membaik A : masalah teratasi. P : Hentikan intervensi I : Menghentikan intervensi E : Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan R : Hentikan intervensi	Zaki

B. PEMBAHASAN

Pembahasan ini menguraikan pengalaman penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. S dengan diare di RSUD Dr.Slamet Garut, dengan membandingkan antara teori dan praktek dilapangan. Kesenjangan yang ditemukan selama melakukan asuhan keperawatan dibahas berdasarkan tahapan asuhan keperawatan yaitu tahap pengkajian, tahap diagnosis keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan dan tahap evaluasi..

1. Tahap pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana penulis melakukan pendekatan terlebih dahulu kepada keluarga dan pasien secara keseluruhan yang meliputi bio psiko-sosial dan spritual dengan memperkenalkan diri terlebih dahulu dan menjelaskan maksud dan tujuan dilkukannya asuhan keperawtan. Pada tahap pengkajian ini penulis beberapa data yang menyimpang yaitu pasien bab cair dengan frekuensi 8x dalam satu hari dengan konsistensi cair. Menurut peneliti adanya keluhan utama yaitu bab cair 8x dalam satu hari yang terjadi pada An. S di atas sesuai dengan dengan penelitian yang ada pada kasus diare, dimana keluhan tersebut merupakan perngertian dari diare menurut (Prawati & Haqi, 2019).

Ibu pasien juga mengatakan anaknya ada penurunan nafsu makan. Penurunan nafsu makan ini terjadi karena usus yang tidak

mampu menyerap makanan sehingga terjadi diare dan juga adanya imflamasi pencernaan yang mengakibatkan mual dan muntah, hal ini dapat dilihat dari patway atau patofisiologi menurut (Kyle dan Carman,2016).

Ibu pasien juga mengatakan anak nya demam. Demam ini di akibatkan karena adanya proses infeksi atau peradangan pada usus yang mengakibatkan nyeri pada epigastrium yang mengakibatkan hipetemia. Hal ini dapat dilihat dari patway atau patofisiologi menurut (Kyle dan Carman,2016). Selain itu pasien juga terlihat mukosa bibir pucat dan kering karena sekresi air dan elektrolit meningkat sehingga terjadi rangsangan usus mengeluarkan isisnya yang mengakibatkan bab sering, yang mengakibatkan terjadinya kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan yang mengakibatkan mukosa bibir kering , pucat dan juga CRT , 2 detik. Hal ini dapat dilihat dari patway atau patofisiologi menurut (Kyle dan Carman,2016).

Dalam pengkajian yang didapatkan peristaltik usus meningkat. Hal ini terjadi karena penyerapan sari sari makanan yang tidak adekuat yang dapat menyebabkan terjadinya malabsorpsi usus yang mengakibatkan hiperperistaltik usus atau meningkatnya peristaltik usus. Hal ini dapat dilihat dari patway atau patofisiologi menurut (Kyle dan Carman,2016).

2. Tahap Diagnosa

Dalam pengambilan diagnosa keperawatan ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pada kasus ini masalah yang penulis temukan dari hasil pengkajian yaitu :

- a. Hipovolemia berhubungan penegeluaran cairan yang berlebihan

Diagnosa ini diangkat jadi prioritas karena terdapat tanda-tanda yang mendukung yaitu BAB 8x/hari dengan konsistensi cair. Hal ini juga terdapat data obyektif yaitu mukosa bibir pasien tampak kering dan pucat, CRT, 2 detik

- b. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi

Diagnosa ini diangkat karena data subjektif ibu klien mengatakan bahwa anaknya demam, dengan data obyektif suhu 38,1 C serta kulit pasien terasa panas. Karena apabila hipertermia tidak di tangani akan berdampak menjadi kejang.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Diagnosa ini diangkat karena data subjektif ibu klien mengatakan bahwa anaknya tidak mau makan dan susah makan, dengan data obyektif yaitu klien nampak lemas dan tidak mau makan apapun.

3. Tahap Perencanaan

- . Faktor- Faktor yang mendukung keberhasilan proses perencanaan

termasuk hubungan yang baik antar penulis dan ibu klien sehingga perencanaan dilakukan dan disetujui oleh ibu klien, ketersediaan sumber daya yang mendukung studi kasus yang dilakukan oleh penulis sehingga dapat membantu dalam proses perencanaan dan adanya pihak yang membantu proses perencanaan seperti pihak RSUD Dr. Slamet Garut dan perawat yang memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan studi kasus melaksanakan hasil evaluasi yang telah dilaksanakan pada An S, rencana keperawatan ini juga dibuat berdasarkan prioritas masalah dan disesuaikan dengan permasalahan yang pasien alami.

- a. Hipovolemi berhubungan dengan pengeluaran cairan yang berlebihan rencana asuhan keperawatan yang dilakukan adalah supaya frekuensi bab dalam batas normal, konsistensi feses dapat kembali normal, bising usus membaik serta mukosa bibir menjadi lembab dan CRT membaik.
- b. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi Monitor suhu tubuh Monitor komplikasi akibat hipertermia, Sediakan lingkungan yang dingin, Longgarkan atau lepaskan pakaian, Berikan cairan oral, Lakukan pendinginan eksternal (misalnya kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila), Kolaborasi pemberian obat.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan yaitu,

Lakukan pengkajian nutrisi awal, tinggi badan saat masuk rumah sakit, berat badan Berikan makanan porsi kecil dan sering, sesuai indikasi Berikan makanan kudapan yang sehat, misalnya keju, biskuit, sop, dan buah yang tersedia selama 24 jam.

4. Tahap Implementasi

Pada tahap ini, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien. Sebelum melakukan tindakan yang sudah direncanakan, penulis harus memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih diperlukan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Sebelum melakukan tindakan, penulis harus membuat kontrak atau janji dengan pasien yang menjelaskan peran dan tujuan penulis. Selanjutnya, catat semua tindakan yang telah dilakukan dan tanggapan pasien. Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Rohman & Walid, 2019)

- a. Hipovolemia berhubungan dengan diare implementasi keperawatan yang dilakukan supaya frekuensi bab dalam batas normal, konsistensi feses dapat Kembali normal, bising usus membaik.
- b. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi implementasi keperawatan Memonitor suhu tubuh, komplikasi akibat

hipertermia, menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan atau lepaskan pakaian, memberikan cairan oral, melakukan pendinginan eksternal (misalnya kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) dan berkolaborasi pemberian obat. Dengan hasil yang didapat suhu tubuh pasien kembali normal dengan suhu 36,7 C.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu Melakukan pengkajian nutrisi awal, tinggi badan saat masuk rumah sakit, berat badan. Memberikan makanan porsi kecil dan sering, sesuai indikasi, hasilnya klien mau makan.

5. Tahap Evaluasi

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif evaluasi formatif dilakukan setiap selesai memberi tindakan keperawatan hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dapat mengurangi dan mengatasi masalah klien saat ini, sedangkan untuk evaluasi sumatif, penulis melakukan pada hari ke empat setelah memberi asuhan keperawatan pada An. S. Pada evaluasi sumatif hari ke lima bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada An. S dapat terselesaikan semuanya dengan baik, hal ini disebabkan klien dan keluarga kooperatif, bekerja sama dengan tenaga kesehatan yang lain, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan hamper seluruhnya berjalan

sesuai rencana dan tujuan.

- a. Hipovolemia berhubungan dengan diare setelah dilakukan tindakan keperawatan diare dapat teratasi pada hari kelima
- b. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi, setelah dilakukan tindakan keperawatan demam dapat teratasi pada hari ke tiga.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, setelah dilakukan tindakan keperawatan ketidakseimbangan elektrolit dapat teratasi pada hari ke lima

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. USIA TODDLER (1 TAHUN 2 BULAN) DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : DIARE DI RUANG RAWAT INAP NUSA INDAH BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT dari tanggal 24 April 2024 – 07 Mei 2024, sehingga penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Mampu melaksanakan pengkajian terhadap masalah masalah keperawatan pada An. S usia toddler (1 Tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan : diare di ruang rawat inap nusa indah bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Mampu menegakan diagnosa keperawatan pada An. S usia toddler (1 Tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan : diare di ruang rawat inap nusa indah bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Mampu menetapkan rencana asuhan keperawatan pada An. S usia toddler (1 Tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan : diare di ruang rawat inap nusa indah bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
4. Mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan yang telah di rencanakan untuk membantu memecahkan masalah yang dihadapi pada An. S usia toddler (1 Tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem

pencernaan : diare di ruang rawat inap nusa indah bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

5. Mampu mengevaluasi sebagai tolak ukur guna menetapkan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan terhadap pada An. S usia toddler (1 Tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan : diare di ruang rawat inap nusa indah bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
6. Mampu Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan pada pada An. S usia toddler (1 Tahun 2 bulan) dengan gangguan sistem pencernaan : diare di ruang rawat inap nusa indah bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

1. Institusi Pendidikan

Institusi dapat menghasilkan lulusan yang berkualitas dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien anak dan pada kasus diare akut, diperlukan fasilitas-fasilitas sarana yang memadai, dan sumber daya manusia yang berkompeten.

2. Institusi RSUD

Peningkatan ilmu pengetahuan keterampilan serta etika dibidang keperawatan perlu untuk terus ditingkatkan guna tercapainya kualitas pelayanan keperawatan sesuai dengan tuntutan masyarakat RSUD diharapkan membuat tempat perawatan anak yang dapat merabantu terhadap tumbuh kembang anak.

3. Perawat

Dalam melaksanakan proses keperawatan pada anak hendaknya dilakukan dengan sabar menggunakan pendekatan yang khusus dan memperhatikan tahap tumbuh kembang.

4. Keluarga

Diharapkan dapat mempertahankan perawatan pada anak serta meningkatkan pengetahuan tentang penyakit diare.

SATUAN ACARA PENYULUHAN MENCUCI TANGAN

- A. Topik : Pencegahan dan Penanganan diare
- B. Tanggal : 27 April 2024
- C. Waktu : Jam 10.00 WIB
- D. Sasara : Klien dan keluarga (An. S)
- E. Tempat : Ruang Nusa Indah Bawah RSUD Dr.Slamet Garut
- F. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan klien dan keluarga dapat mengerti dan memahami tentang pencegahan diare dan penanganan diare

2. Tujuan Khusus

- a. Setelah diberikan penyuluhan klien dan keluarga mengerti pencegahan diare dan penanganan diare
- b. Dapat mengetahui apa saja pencegahan diare dan penanganan diare
- c. Dapat menyebutkan atau mengaplikasikan cara pencegahan diare dan penanganan diare

G. Materi

Terlampir

H. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

I. Media

Leaflet

J. Pelaksana

Penyaji : Muhammad Zdaki F

K. Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta	Waktu
1.	Preinteraksi Memberi salam	Menjawab salam	5 menit
2.	Memperkenalkan diri	Mendengarkan	
3.	Menjelaskan Tujuan penyuluhan dan tema	Mendengarkan	
4.	Menyebutkan materi yang akan diberikan	Mendengarkan dan memperhatikan	

5.	Pelaksanaan Menjelaskan materi penyuluhan mengenai : - Pengertian diare - Penanganan diare secara mandiri - Pencegahan diare - Mengajarkan bagaimana cara pembuatan oralit dan pemberian oralit	Mendengarkan dan memperhatikan	20 Menit
6.	Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya	Bertanya kepada penyuluh	

7.	Evaluasi Menanyakan kepada keluarga tentang materi penyuluhan yang telah diberikan dan interview kembali kepada keluarga yang dapat menjawab pertanyaan yang telah diajukan	Menjawab pertanyaan	4 Menit
8.	Terminasi Mengucapkan terimakasih atas peran serta klien dan keluarga yang hadir dalam Penyuluhan	Mendengarkan	1 Menit
9.	Mengucapkan salam penutup	Menjawab salam	

L. Evaluasi

1. Keluarga An.S mampu menjawab pertanyaan yang diajukan mahasiswa. Serta Klien dan keluarga (An.S) mampu mempraktekan kembali apasaja yang telah diajarkan mahasiswa.

MATERI

A. Pengertian diare

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar sebanyak 3(tiga) kali atau lebih dalam sehari dan tinja atau feses yang keluar berupa cairan encer atau sedikit berampas, kadang juga disertai darah atau lendir.

B. Penyebab diare

Sebagian besar diare disebabkan oleh infeksi kuman, racun bakteri, atau obat-obatan.

C. Pencegahan diare secara mandiri atau dirumah

1. Beri cairan tambahan (sebanyak anak mau)
 - ASI tetap diberikan bagi anak yang masih menyusui
 - Oralit
 - Larutan gula garam
 - Cairan makanan (air tajin, kuah sayur, atau air matang).
2. Lanjutkan pemberian makanan, untuk penderita dewasa akan lebih nyaman dengan menghindari:
 - Makanan tinggi serat (misalnya nasi padat)
 - Makanan/minuman yang terbuat dari susu (misalnya susu, keju) dan kafein (seperti kopi dan cola).

D. Pencegahan diare

1. Pemberian ASI Eksklusif.

2. Perbaiki cara pemberian makanan pendamping ASI.
3. Selalu gunakan air bersih.
4. Cuci tangan dengan sabun, terutama setelah BAB dan saat menyajikan makanan.
5. Gunakan jamban dengan benar
6. Buang tinja bayi dan anak-anak secara cepat.
7. Imunisasi campak

E. Cara pembuatan dan pemberia oralit

1. Sediakan air matang 1 gelas (200 cc) dan campurkan 1 bungkus oralit untuk ukuran air 200 cc kemudian aduk sampai larut.
2. Berikan satu sesendok teh tiap 1-2 menit untuk anak dibawah umur 2 tahun.
3. Berikan beberapa teguk larutan untuk anak lebih tua
4. Bila anak muntah, tungguilah 10 menit, kemudian berikan cairan lebih lama (misalnya sesendok 2-3 menit)
5. Bila diare berlanjut setelah oralit habis, berikan cairan lain seperti air tajin, kuah sayuran, atau air matang.

Tabel: Pemberian Oralit/LGG setiap BAB sesuai umur.

UmurJumlah Oralit/Larutan Gula Garam (LGG) yang diberikan tiap Buang Air Besar (BAB)

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| • < 1 Tahun50 – 100 ml | • > 5 Tahun200 – 300 ml |
| • 1-4 Tahun100 – 200 ml | • Dewasa300 – 400 ml |

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, S. 2016. "Tanda dan Gejala Diare pada Bayi dan Anak". *Jurnal Kesehatan Amak*. 4621, 89-102
- Azizah 2020. "Implementasi Keperawatan: Pendekatan untuk Membantu Klien Mencapai Status Kesehatan yang Diharapkan". Jakarta: Penerbit Kesehatan
- Baku saku pelayanan kesehatan anak di rumah sakit. 134. Gastivah. 2019, "Komplikasi pada Klien Diare". *Jurnal Kesehatan Masyarakat Kyle*, A., & Carman, J. 2016. "Penyebab Diare: Faktor Malabsorpsi, Psikologis, dan Makanan". *Jurnal Kesehatan Gastroenterologi*, 8(2), 115-130.
- Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) 2021. Panduan Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan Indeks BB/U, TR/U, dan BB/TB, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Maryunani. 2014. Psikologi Pendidikan, Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit) 2021. "Klasifikasi dan Penanganan Diare". Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nuralif, A., Amin Huda, S., & Kusuma, H. 2015. "Perencanaan Keperawatan: Konsep dan Komponen Luaran". *Jurnal Keperawatan*, 3021, 87-95.
- Naratif, A., & Kusuma, W. 2019. "Pemeriksaan Penunjang pada Klien Diare". *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(4), 310-325.
- Nuraarif, A., & Kusuma, W. A. 2015. Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Nuratif, A., & Kusuma, W. 2019. "Penularan Diare: Faktor Risiko dan Cara Penyebarannya". *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 17(3), 210-225
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). 2017. Pedoman Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: PPNI
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). 2018 Standar Prosedur Operasional: Pedoman Praktik Keperawatan. Jakarta: PPNI.
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). 2017. "Diagnosis Keperawatan: Penilaian Klinis tentang Respon Klien terhadap Masalah Kesehatan" Jakarta PPNI.
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). 2019. "Kriteria Hasil dalam Keperawatan: Karakteristik Pasien yang Dapat Diobservasi untuk Menilai Pencapaian Hasil Intervensi Keperawatan". Jakarta: PPNI

- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). 2018. "Intervensi Keperawatan Tindakan Berdasarkan Pengetahuan dan Penilaian Klinis untuk Mencapai Luaran yang Diharapkan Jakarta: PPNI
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). 2018. "Komponen Intervensi Keperawatan: Label, Definisi, dan Tindakan dalam Implementasi Intervensi Keperawatan". Jakarta: PPNI
- Prawati, T., & Haqi. A. 2019. "Diare Definisi dan Karakteristik". Jurnal Kesehatan Masyarakat, 7(2), 45-53
- Purba 2019, "Proses Evaluasi dalam Keperawatan: Pendekatan SOAP untuk Memantau dan Mengevaluasi Perkembangan Klien". Jakarta. Penerbit Kesehatan
- Purwaningvah. F. 2015. Pemahaman Masyarakat tentang Penyebab Diare dan Upaya Pencegahannya di Desa Pandeyan, Kecamatan Bantul, Kabupaten Bantul. Skripsi. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mah
- Riskesdas 2018. Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Rospita IB, Wulandari D, Ruidiana S. 2017. Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta Salemba Medika
- Sertiana, A. 2017. "Diare Penyebab dan Durasi Gejala". Jurnal Kesehatan Masyarakat, 5621 78-89
- World Health Organization (WHO) 2017 Guideline: Updates on the Management of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. Geneva: WHO
- World Health Organization (WHO) 2017 Diarrhoeal Disease. Available online: <http://www.who.int/new-room/Dect-sheets-Artail-darhoeal-discare>
- Yuliasati, E. & Armis. 2016. "Etnologi Diare Infeksi Enteral, Infeksi Parenteral. dan Faktor Malabsorpsi Jurnal Kesehatan Masyarakat, 4(1), 56-68

*Lampiran 3***LEMBAR BIMBINGAN****KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT**

Nama : Muhammad Zdaki Fadlurrohman
 NIM : KHGA21053
 Pembimbing : Iin Patimah, S.Kep., Ners.,M.Kep
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An. S Usia Todler (1 Tahun 2 Bulan) Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Diare Di Ruang Rawat Inap Nusa Indah Bawah RSUD. Dr. Slamet Garut

No	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.				Iin Patimah, S.Kep., Ners.,M.Kep	Muhammad Zdaki F
2.				Iin Patimah, S.Kep., Ners.,M.Kep	Muhammad Zdaki F

No	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
3.				Iin Patimah, S.Kep., Ners.,M.Kep	Muhammad Zdaki F
4.				Iin Patimah, S.Kep., Ners.,M.Kep	Muhammad Zdaki F
5.				Iin Patimah, S.Kep., Ners.,M.Kep	Muhammad Zdaki F

No	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
6.				Iin Patimah, S.Kep., Ners.,M.Kep	Muhammad Zdaki F
7.				Iin Patimah, S.Kep., Ners.,M.Kep	Muhammad Zdaki F

*Lampiran 4***DAFTAR RIWAYAT HIDUP****A. Identitas**

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Nama | : Muhammad Zdaki Fadlurrohman |
| 2. NIM | : KHGA21053 |
| 3. Jenis Kelamin | : Laki Laki |
| 4. Tempat, Tanggal Lahir | : Garut, 10 Desember 2002 |
| 5. Agama | : Islam |
| 6. Pekerjaan | : Mahasiswa |
| 7. Alamat | : Kp. Babakanloa RT/RW
03/10, Desa Babakabloa,
Kecamatan Pangatikan,
Kabupaten Garut |
| 8. Email | : muhamadzakigt@gmail.com |

B. Riwayat Hidup

1. TK PERSIS 55 Pangatiakan Tahun 2007-2008
2. SD NEGERI I Wanaraja Tahun 2009-2015
3. SMPN I Sukawening Tahun 2015-2018
4. SMAN 18 Garut 2018-2021
5. Mahasiswa D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada
Garut Tahun 2021 sampai sekarang