

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. O USIA *TODDLER*
(2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN:
DIARE AKUT DI RUANG NUSA INDAH BAWAH
RSUD DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh :

ARDIANSYAH DESTA

NIM :KHGA 20017



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. O USIA *TODDLER*
(2TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN: DIARE AKUT DI RUANG NUSA INDAH
BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT

NAMA : ARDIANSYAH DESTA

NIM : KHGA 20017

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Pembimbing

Sri Yekti Widadi, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. O USIA *TODDLER*
(2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN: DIARE AKUT DI RUANG NUSA INDAH
BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT**

NAMA : ARDIANSYAH DESTA

NIM : KHGA 20017

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

H.M. Ridwan R., S.Kep., M.Kep.

Hasbi Taubah, Ners., M.Pd.

Mengetahui,

Mengetahui

Ka Prodi D III Keperawatan

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Sri Yekti Widadi, M.Kep.

ABSTRAK

IV Bab, 76 halaman, 15 tabel

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul "Asuhan Keperawatan Pada An. O Usia *Toddler* (2 Tahun) Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Diare Akut di RSUD Dr.Slamet Garut Ruang Rawat Inap Nusa Indah Bawah", yang dilatar belakangi oleh jumlah penderita diare yang menempati urutan ke 3 dari 10 besar penyakit terbanyak di RSUD Dr.Slamet Garut pada tahun 2023 dengan presentase sebanyak 10,78%. Penulis Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam melakukan proses askep. Metode yang digunakan adalah deskriptif berbentuk studi kasus penyakit saluran pencernaan yang di sebabkan oleh virus rotavasi yang masuk melalui sel vilosa matur, menyebabkan absorpsi cairan menurun dan defisiensi disakaridase. Masalah keperawatan yang muncul pada An. O yaitu Diare, Resiko ketidakseimbangan elektrolit, dan ketidakseimbangan nutrisi. Perencanaan yang dilakukan pada An. O adalah lihat frekuensi babnya dan konsistensi feses,catat kemungkinan sumber kehilangan cairan, lakukan pengkajian nutrisi awal. Pelaksanaan yang dilakukan pada An. O adalah lihat frekuensi babnya dan konsistensi feses, mencatat kemungkinan sumber kehilangan cairan, melakukan pengkajian nutrisi awal.

Kata kunci: Diare Akut Daftar pustaka: 12 Buah (2016-2020)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, shlawat serta salam terlimpah curahan kepada Nabi Muhammad SWA, karena atas segala rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ilmiah ini “Asuhan Keperawatan Pada An. O Usia *Toddler* (2 tahun) Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Diare Akut Di Ruang Nusa Indah Bawah RSUD Dr.Slamet Garut “. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi dikampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan dan bantuan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya 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 Sri Yekti Widadi, 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. Seluruh staf dan karyawan di STIKes Karsa Husada Garut.
7. Keluarga An. O yang telah bekerjasama memberikan informasi pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan.
8. Kepada orang tua dan keluarga yang selalu memberikan perhatian, kasih sayang, didikan, bimbingan dan selalu memberikan do'a dan dukungannya baik moral maupun materi
9. Kepada Mawar Lestari Febrianti 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 "
10. Sahabat yang selalu menghibur dan memotivasi kepada penulis selama penyelesaian karya tulis ilmiah ini yaitu (Adam Restu Langit), (Ilyas Sanjaya), (Helmi Setia Budi), (Irsal Nurdiansyah), (Didan Rahmat), dan (Lutfi Hasanudin).
11. Teman-teman kelas A yang selalu memberikan semangat mengejar toga dan kebersamaan selama 3 tahun yang penuh suka dan duka.

12. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa dan mahasiswi angkatan XXVII D

III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

13. 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 kerungan 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 balsan dari Allah SWT.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
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 10 Besar di Ruangan Nusa Indah Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Periode Bulan Januari – April 2023	2
Tabel 2.1 Kebutuhan Cairan Rehidrasi Oral Selama 4 Jam Pertama Menurut Usia	9
Tabel 2.2 Klasifikasi Tingkat Dehidrasi Anak Dengan Diare	11
Tabel 2.3 Status Gizi	17
Tabel 2.4 Analisa Data	27
Tabel 2.5. Perencanaan Keperawatan	33
Tabel 3.1 Imunisasi	44
Tabel 3.2 Kosioner Pra-Skrining Perkembangan.....	46
Tabel 3.3 Aktivitas sehari-hari	54
Tabel 3.4 Terapi Obat	55
Tabel 3.5 Analisa Data	55
Tabel 3.6 Proses Keperawatan	58
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	61

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keperawatan anak merupakan suatu pelayanan berpusat pada anak dan keluarga, dimana dianggap sebagai mitra bagi perawat dalam rangka mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak (Supartini, 2018).

Demi mencapai tumbuh kembang anak yang optimal bergantung pada hasil keterkaitan dari berbagai faktor genetik, lingkungan bio-psiko-sosial dan perilaku. Apabila salah satu faktor mengalami gangguan maka akan mempengaruhi terhadap pertumbuhan dan perkembangan pada anak (Adriana, 2019).

Di dunia, terdapat 1,7 miliar kasus diare yang terjadi setiap tahunnya. Yang diselenggarakan 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 pertahun di Indonesia (WHO 2019).

Berdasarkan Survei Morbiditas diare 2018, prevalensi diare tertinggi terjadi pada usia 6-11 bulan (12,7%), 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).

Angka prevalensi secara nasional di tahun 2018 mencapai 12,3% namun kabar baiknya, angka ini turun 4,5% di tahun 2019. Diare di 34

provinsi pada tahun 2018, salah satunya di Jawa Barat termasuk urutan ke 12 dengan jumlah penderita diare disemua umur yaitu mencapai 29,9% disekitar 393.434 ribu orang prevalensi diare pada balita di Jawa Barat mencapai sekitar 166.103 ribu balita (Kemenkes, 2018).

Berdasarkan data yang penulis peroleh dari bidang RSUD, Dr. Slamet Garut, pasien yang mengalami diare dibandingkan dengan kasus lainnya periode bulan Januari-Maret 2023 dapat dilihat pada tabel 1.1

Tabel 1.1 Berikut Jenis Penyakit 10 Besar di Ruangan Nusa Indah Bawah RSUD Dr. Slamet Garut Periode Bulan Januari – April 2023

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	Presentase
1	BHP	200	41,49%
2	DHF	83	17,21%
3	Diare	52	10,78%
4	Thypoid Fever	41	8,50%
5	Morbili	21	4,35%
6	Meningitis	20	4,14%
7	Dispesia	18	3,73%
8	TB	18	3,73%
9	KDK	17	3,52%
10	Anemia	12	2,55%
	TOTAL	482	100%

Sumber : Rekam Medik Ruangan NIB RSUD Dr. Slamet Garut, Tahun 2023

Dari data diatas menunjukkan bahwa jumlah penderita *Diare* dari catatan rekam medik RSUD Dr. Slamet Garut diruang nusa indah bawah pada rentang waktu bulan Januari 2023 sampai April 2023 menduduki urutan ketiga yaitu sebanyak 52 dengan presentasi 10,78%.

Berdasarkan table 1.1 di atas menunjukkan bahwa penderita diare cukup tinggi yaitu berjumlah 52 dengan presentasi 10,78%. 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. O usia *toddler* (2 tahun) Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Diare Akut Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Slamet Garut“**

B. 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 komprehensif pada An. O *usia toddler* (2 tahun) dengan gangguan sistem pencernaan : diare akut.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada An. O dengan diare akut.
- c. Mampu membuat rencana tindakan keperawatan pada An. O dengan diare akut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada An. O dengan diare akut.

- e. Mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan pada An. O dengan diare akut.
- f. Mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah.

C. Metode Penulisan Dan Teknik Pengumpulan Data

1. Metode Penulisan

Metode penulisan karya tulis ilmiah ini penulisan menggunakan metode analisis deskriptif melalui studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan penulis adalah :

1. Observasi

Teknik pengumpulan data melalui pengamatan dan pemeriksaan keadaan pasien.

2. Wawancara

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

3. Pemeriksaan Fisik

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

4. Studi Kepustakaan

Teknik pengumpulan data dengan cara mengumpulkan bahan acuan dan landasan teori mengenai masalah yang berhubungan dengan kasus.

5. Studi Dokumentasi

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

D. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari IV 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 TEORITIS

Menguraikan tentang tinjauan teori yang berisi tentang teori-teori yang relevan dengan judul meliputi konsep dasar penyakit berisi definisi, Etiologi, patofisiologi, dampak masalah terhadap perubahan stuktur 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 diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Sedangkan pembahasan berisikan sautu kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan kasus yang terjadi dilapangan.

BAB IV : KESIMPULAN DAN SARAN

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

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Definisi Diare

Diare merupakan penyakit yang membuat penderitanya sering buang air besar dengan kondisi tinja encer atau cair. Pada umumnya diare terjadi akibat mengonsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi virus, bakteri, atau parasite. Diare umumnya berlangsung kurang dari 14 hari (diare akut). Namun, pada sebagian kasus, diare dapat berlanjut hingga lebih dari 14 hari (diare kronis). Umumnya, diare dapat sembuh dengan sendirinya. Namun, diare yang memburuk dapat menyebabkan komplikasi yang fatal, jika tidak ditangani dengan tepat (Hastuti 2022).

Diare akut adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3 kali perhari, disertai perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari 1 minggu. Untuk bayi dengan ASI eksklusif, definisi diare adalah meningkatnya frekuensi buang air besar atau konsistensinya menjadi cair yang menurut ibunya abnormal (Arcamanik 2020).

Penularan diare karena infeksi melalui transmisi fekal oral langsung dari penderita diare atau melalui makanan/minuman yang terkontaminasi bakteri pathogen yang berasal dari tinja manusia/hewan atau bahan muntahan penderita dan juga dapat melalui udara atau melalui

aktifitas seksual kontak oral-genetalia atau oral-anal (Nuratif dan Kusuma, 2019).

Diare dapat disebabkan oleh sejumlah kondisi, tetapi umumnya terjadi akibat infeksi virus di usus besar. Jenis virus penyebab diare meliputi Rotavirus, Norwalk atau Norovirus, Cytomegalovirus, dan virus hepatitis. Di antara jenis-jenis virus tersebut, Rotavirus adalah virus yang paling sering menyebabkan diare pada anak-anak (Pittara 2022).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa diare merupakan suatu keadaan kehilangan cairan dan elektrolit yang terjadi karena frekwensi 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 lendir dan darah.

Diare diklasifikasikan berdasarkan :

a. Lama waktu diare :

1. Akut

Berlangsung kurang dari 2 minggu

2. Kronik

Berlangsung lebih dari 2 minggu

a. Mekanisme patofisiologi : osmotik atau sekretorik dan lainnya.

b. Berat ringan diare : kecil atau besar

c. Penyebab infeksi atau tidak : infeksi atau non infeksi

d. Penyebab organik atau tidak : organik atau fungsional

Kebutuhan dehidrasi oral (CRO) menurut usia untuk 4 jam pertama pada anak.

Tabel 2.1 Kebutuhan Cairan Rehidrasi Oral Selama 4 Jam Pertama Menurut Usia

Usia	s/d 4 bulan	4-12 bulan	12 bulan s/d 2 tahun	2-5 tahun
BB	<6 kg	6 - <12 kg	10 - <12 kg	12-19 kg
Jumlah cairan rehidrasi oral	200-400 ml	400-700 ml	700-900 ml	900-1400 ml

(Nuratif dan Kusuma, 2019)

2. Etiologi

Etiologi Nuratif dan Kusuma 2019 pada klien diare adalah :

1. Diare Akut

Virus : Rotavirus, Adenovirus, Norwalk virus.

Parasit Protozoa : *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *trikomona hominis*, *Isospora sp*, *Cacing (A lumbricoides, A. Duodenale, N. Americanus, T. Trichiura, O. Vermicularis, S. Strecolaris, T. Saginata, T. Sollium)*.

Bakteri : yang memproduksi enterotoksin (*S aureus*, *C perfringens*, *E coli*, *V cholera*, *C difficile*) dan yang menimbulkan inflamasi mukosa usus (*Shingella*, *Salmonella spp*, *Yersinia*)

2. Diare Kronik

Umumnya diare kronik dapat dikelompokkan dalam 6 kategori pathogenesis terjadinya

- a. Diare osmotik
- b. Diare sekretorik

- c. Diare karena gangguan motilitas
- d. Diare inflamatorik
- e. Malabsorpsi
- f. Infeksi kronik

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang mungkin muncul pada penderita diare menurut Nuratif dan Kusuma (2019) adalah:

1. Diare akut

- a. Akan hilang dalam waktu 72 jam dari onset
- b. Onset yang tak terduga dari buang air besar encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak, nyeri perut
- c. Nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut
- d. Demam

2. Diare Kronik

- a. Serangan lebih sering selama 2-3 jam periode yang lebih panjang
- b. Penurunan BB dan nafsu makan
- c. Demam indikasi terjadi infeksi
- d. Dehidrasi tanda-tandanya hipotensi takikardia, denyut lemah.

4. Klasifikasi Tingkat Dehidrasi

Tabel 2.2 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 (>2detik)	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 penganan dirumah dan kapan kembali segera
Tanpa dehidrasi	Tidak terdapat cukup tanda untuk disklasifikasikan sebagai dehidrasi ringan atau berat	1. Beri cairan dan makanan untuk menangani

Sumber : Buku saku pelayan 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 malam minum, cubitan klit 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
5. Diare persistem, tanpa dehidrasi
6. Disentri, ada darah dalam tinja

$$\text{Rumus dehidrasi} = \frac{\text{BB sebelum sakit} - \text{BB sesudah sakit}}{\text{BB sebelum sakit}} \times 100\%$$

5. Pemeriksaan Penunjang

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

1. Pemeriksaan tinja
 - a. Makroskopis dan mikroskopis
 - b. Ph dan kadar gula dalam tinja
 - c. Biarkan 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

6. Patofisiologi

Diare merupakan peningkatan volume feses dan peningkatan defekasi yang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti adanya air di dalam kolon, makanan zat yang tidak dapat diserap. Paling sering diare akut disebabkan oleh virus yang masuk melalui sel vilosa matur, menyebabkan absorpsi cairan menurun dan defisiensi disakaridase. Sedangkan bakteri mencederai usus hingga menginvasi mukosa usus, merusak permukaan vilosa atau melepas toksin. Mikroorganisme yang masuk ke dalam saluran cerna ini berkembang dalam usus dan merusak sel-sel mukosa usus sehingga menurunkan daerah permukaan usus kemudian terjadi perubahan kapasitas usus dan terjadi gangguan fungsi usus untuk mengabsorpsi cairan dan

elektrolit. 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 juga dapat mengakibatkan diare apabila terdapat patogen dalam makanan, toksin yang masuk saluran cerna tidak dapat diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik kemudian terjadi diare.

7. 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 laktase
- f. Kejang, terjadi pada dehidrasi hipertonik
- g. Malnutrisi energy protein (akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik)

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Non Medis :

1. Edukasi pasien, bahwa dengan penatalaksanaan yang tepat maka BAB cair dapat berkurang dan komplikasi akibat diare dapat dicegah.

2. Edukasi kepada anggota keluarga, mengenai faktor risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan perilaku hidup bersih dan sehat.
3. Edukasi kepada keluarga untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit diare, dengan cara cuci tangan setiap sebelum makan dan setelah dari kamar mandi.

Penataaksanaan Medis:

1. Oralit (bila BAB cair saja).
2. Zinc syrup 1x10 ml. (diteruskan selama 10 hari).
3. Paracetamol syrup (bila demam)
4. Lacto B 2x1 sachet
5. Anatomi Fisiologi
 - a. Anatomi
 - 1) Mulut

Mulut adalah rongga lonjong pada permulaan saluran pencernaan, terdiri atas dua bagian, bagian luar yang sempit atau vestibula dan bagian dalam yaitu rongga mulut.
 - 2) Lidah

Lidah terletak pada dasar mulut, sementara pembuluh darah dan urat saraf masuk dan keluar pada akarnya. Ada empat macam rasa pengecap, manis, pahit, asam dan asin.
 - 3) Faring dan Usufagus (kerongkongan)

Faring atau tekak terletak dibelakang hidung, mulut, dan laring

(tenggorokan). Dinding faring tersusun atas tiga lapisan yaitu lapisan mukosa, lapisan fibrosa, dan lapisan berotot. Usufagus adalah sebuah tabung berotot yang panjangnya dua puluh sampai dua puluh lima sentimeter, diatas dimulai dari faring sampai pintu masuk kardiak lambung dibawah.

4) Lambung

Lambung adalah bagian dari saluran pencernaan yang dapat mekar paling banyak. Gelombang peristaltik dimulai tinggi di atas fundus, berjalan berulang-ulang, setiap menit tiga kali dan merayap perlahan-lahan ke pilorus.

5) Usus Halus

Usus halus adalah tabung yang kira-kira dua setengah meter panjang dalam keadaan hidup. Usus halus memanjang dari lambung sampai katup ileo-koloka tempat bersambung dengan usus besar. Duodenum adalah bagian pertama usus halus yang 25 cm panjangnya, berbentuk sepatu kuda dan kepalanya mengelilingi kepala pancreas.

6) Usus Besar

Usus besar atau kolon yang kira-kira satu setengah meter panjangnya adalah sambungan dari usus halus dan mulai dikatup ileokolik atau ileosekal, yaitu tempat sisa makanan lewat. Reflex gastrokolik terjadi ketika makanan masuk lambung dan menimbulkan peristaltik di dalam usus besar.

7) Anus

Anus merupakan bagian terakhir dari pencernaan.

b. Fisiologi

1) Mulut

Mulut berfungsi untuk berbicara, gigi untuk mengunyah dan menggigit makanan, menelan makanan.

2) Lambung

Lambung berfungsi untuk menerima makanan dari usofagus melalui orifisium kardiak dan bekerja sebagai penimbun sementara, sedangkan kontaksi otot mencampur makanan dengan getah lambung.

3) Usus Halus

Usus halus berfungsi untuk mencerna dan mengabsorpsi kime (isinya yang cair) dari lambung.

4) Usus Besar

Usus besar tidak ikut serta dalam pencernaan makanan atau absorpsi makanan. Bila isi usus halus mecapai sekum, semua zat makanan telah diabsorpsi dan isinya cair.

5) Anus

Anus berfungsi untuk mengeluarkan feses (Pearch, 2018).

9. Konsep Anak Usia *Toddler* (2 Tahun)

Pertumbuhan dan perkembangan anak usia *toddler* adalah:

1. Pertumbuhan (growth)

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

Tabel 2.3 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)

1. Perkembangan

a. Motorik Kasar

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

c. 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.

d. Personal Sosial

Anak mampu minum dari cangkir dengan dua tangan, belajar makan 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 pada siang hari, mampu mengontrol buang air besar, mulai berbagi mainan dan bekerja bersama-sama dengan anak-anak lain, anak bisa mencium orang tua.

e. Bahasa

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

10. Dampak Hospitalisasi

Periode usia *toddler* (1-3 tahun):

1. 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

- a. Tahap protes (*phase of protest*), dimana pada tahap ini anak suka menangis kuat, menjerit memanggil orang tua menolak perhatian yang diberikan orang lain.
 - b. Tahap putus asa (*phase of despair*), pada tahap ini anak menangisnya berkurang, anak tidak aktif, kurang menunjukkan minat untuk bermain dan makan, sedih dan apatis.
 - c. Tahap menolak (*phase of denial*), tahap ini anak mulai menerima perpisahan, membina hubungan yang dangkal, anak mulai menyukai lingkungan.
2. 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/Penanggung 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 6 kali dalam sehari dengan konsistensi cair.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menurut penuturan ibu klien tiga hari sebelum masuk puskesmas klien BAB 6 kali dalam sehari, kemudian klien dibawa ke IGD RSUD Dr.Slamet Garut pada tanggal dan di bawa ke ruang rawat inap. Pada saat pengkajian tanggal 30 November 2020 jam 11.00 WIB ibu klien mengatakan anaknya BAB 6 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 pernah mengalami diare akan tetapi tidak sampai dibawa ke puskesmas.

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 pada janinnya. Perlu dikaji hamil beberapa, 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 prediposisi terjadinya infeksi traktus respiratorus pada anak. Selain itu ketidak sterilan alat pun mendukung terjadinya infeksi pada anak dan perlu dikaji usia kehamilan saat persalinan, panjang badan lahir dan komplikasi pada saat lahir.

3. Postnatal

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 Istirahat

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.

4) Personal Hygiene

Kaji kebiasaan mandi, mencuci rambut, gosok gigi, dan menggunting kuku.

e. Riwayat Imunisasi

Anak usia 2 tahun 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.

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan tinja
 - a. Makroskopis dan mikroskopis
 - b. Ph dan kadar gula dalam tinja
 - c. Biarkan 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
- g. Dampak Hospitalisasi

Dampak hospitalisasi pada anak usia 2 tahun dan orang tua 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 menyakitkan seperti pengambilan darah, injeksi dan prosedur invasif/lain.

h. Data Spiritual

Perlu dikaji tentang keyakinan keluarga klien akan kesembuhan klien, dibandingkan dengan agama yang dianut keluarga.

2. Analisa Data

Analisa data adalah proses menyusun secara sistematis data yang 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 2.4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien biasanya mengeluh nyeri/pedih pada epigastrium disamping atas dan bagian samping dada depan epigastrium, mual, muntah, tidak nafsu makan, kembung.. • Klien biasanya mengeluh sering nyeri pada epigastrium, adanya stres psikologis, riwayat makan makanan pedas dan asam DO : <ul style="list-style-type: none"> • Dari hasil observasi biasanya terdapat nyeri tekan di area epigastrium dengan skala nyeri yang bervariasi, perut kembung, klien tampak meringgis. 	Gastroenteritis Akut (Diare) ↓ malabsorpsi ↓ Tekanan osmotik meningkat ↓ Pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus ↓ Isi rongga usus meningkat ↓ BAB sering dengan konsistensi cair ↓ Reflek spasme otot dinding perut ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut
2.	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien biasanya mengeluh nyeri/pedih pada epigastrium disamping atas dan bagian samping dada depan epigastrium. • Mual, muntah dan tidak nafsu makan • Biasanya klien mempunyai keadaan emosional, hubungan dengan keluarga, teman, adanya masalah interpersonal yang bias menyebabkan stress, DO : <ul style="list-style-type: none"> • Dari hasil observasi biasanya perut klien ketika diperkusi kembung, saat dipalpasi ada nyeri tekan pada epigastrium, mukosa bibir tampak kering, turgor kulit kembali >2detik, kulit teraba kering. 	Gastroenteritis Akut (Diare) ↓ Malabsorpsi ↓ Tekanan osmotik meningkat ↓ Pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus ↓ Isi rongga usus eningkat ↓ BAB sering dengan konsistensi encer ↓ Cairan yang keluar banyak ↓ Dehidrasi ↓ Kekurangan volume cairan	Kekurangan Volume Cairan

<p>3. DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dari hasil observasi perut klien terdengar kembung atau suara perut hipertympani, peristaltic usus melebihi batas normal. 	<p>Gastroenteritis Akut (Diare)</p> <p>↓</p> <p>Malabsorpsi</p> <p>↓</p> <p>Tekanan osmotik meningkat</p> <p>↓</p> <p>Pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus</p> <p>↓</p> <p>Isi rongga usus meningkat</p> <p>↓</p> <p>Inflamasi saluran pencernaan</p> <p>↓</p> <p>Mual dan muntah</p> <p>↓</p> <p>Anoreksia</p> <p>↓</p> <p>Defisit Nutrisi</p>	<p>Defisit Nutrisi</p>
<p>4. DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien biasanya mengeluh sakit sakit pada bagian anus <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak cemas • Klien selalu menanyakan kapan dirinya sembuh/ bisa pulang. 	<p>Gastroenteritis Akut (Diare)</p> <p>↓</p> <p>malabsorpsi</p> <p>↓</p> <p>Tekanan osmotik meningkat</p> <p>↓</p> <p>Pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus</p> <p>↓</p> <p>Isi rongga usus meningkat</p> <p>↓</p> <p>BAB sering dengan konsistensi cair</p> <p>↓</p> <p>Kulit di sekitar anus lecet dan iritasi</p> <p>↓</p> <p>Kemerahan dan gatal</p> <p>↓</p> <p>Risiko kerusakan integritas kulit</p>	<p>Risiko Kerusakan Integritas Kulit</p>
<p>5. DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien biasanya mengatakan badan nya terasa panas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh kliesn meningkat 37,8⁰C 	<p>Gastroenteritis Akut (Diare)</p> <p>↓</p> <p>Malabsorpsi</p> <p>↓</p> <p>Tekanan osmotik meningkat</p> <p>↓</p> <p>Pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus</p> <p>↓</p> <p>Isi rongga usus meningkat</p> <p>↓</p> <p>Inflamasi saluran pencernaan</p> <p>↓</p> <p>Agen pirogenic</p> <p>↓</p> <p>Suhu tubuh meningkat</p> <p>↓</p> <p>Hipertermia</p>	<p>Hipertermia</p>

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma (2016), dan PPNI (2017), masalah keperawatan yang lazim muncul pada individu yang mengalami gastroenteritis adalah sebagai berikut:

a. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)

Gangguan pertukaran gas merupakan kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler dimana penyebabnya adalah ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi. Kriteria mayornya terdiri dari dispnea peningkatan PCO₂, PO₂ menurun, takikardia pH arteri meningkat / menurun, dan bunyi napas tambahan. Sementara kriteria minornya berupa pusing dan penglihatan kabur, sianosis diaforesis, gelisah napas cuping hidung, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, dan kesadaran menurun.

b. Diare (D.0020)

Diare merupakan pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk dimana penyebabnya bisa secara fisiologis (proses infeksi), psikologis (kecemasan, dan tingkat stress tinggi), situasional (terpapar kontaminan, terpapar toksin, penyalahgunaan laksatif, penyalahgunaan zat, program pengobatan (agen tiroid, analgesik, pelunak feses, ferosulfat, antasida, cimetidine dan antibiotik), perubahan air, makanan dan bakteri pada air). Diare memiliki kriteria mayor berupa; defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam dan feses lembek atau cair. Sementara kriteria

minornya berupa urgensi nyeri / kram abdomen, frekuensi peristaltik meningkat dan bising usus hiperaktif.

c. Hipovolemia (D.0023)

Hipovolemi merupakan penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel dan/atau intraseluler yang disebabkan oleh kehilangan cairan aktif dan kekurangan intake cairan. Hipovolemi memiliki kriteria mayor berupa frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, dan hematokrit meningkat. Sementara kriteria minornya seperti merasa lemah dan merasa haus, pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, dan berat badan turun secara tiba-tiba.

d. Integritas Kulit (D.0129)

Integritas kulit merupakan gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen) yang disebabkan oleh perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas, faktor mekanis (gesekan), dan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan. Kerusakan integritas kulit memiliki kriteria mayor kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit. Sementara kriteria minornya seperti nyeri, perdarahan, kemerahan, dan hematoma.

e. Defisit Nutrisi (D.0019)

Defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme dimana penyebabnya adalah karena kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dan faktor psikologis stres, dan anoreksia). Defisit nutrisi memiliki kriteria mayor berupa penurunan berat badan minimal 10% di bawah rentang ideal. Sementara kriteria minornya berupa cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, dan nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, dan diare.

f. Risiko Syok (D.0039)

Risiko syok merupakan risiko untuk mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa dimana faktor resikonya berupa hipotensi dan kekurangan volume cairan.

g. Ansietas (D.0080)

Penyebabnya adalah karena ancaman terhadap kondisi diri, hubungan orang tua-anak yang tidak memuaskan, terpapar bahaya lingkungan (misal: toksin, polutan dan lain-lain), dan kurang terpapar informasi. Ansietas memiliki kriteria mayor seperti; merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur. Sementara kriteria minornya meliputi; pasien mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, dan

merasa tidak berdaya, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesisi, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, kering berkemih, dan berorientasi pada masa lalu.

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). Adapun intervensi keperawatan pada klien yang mengalami gastroenteritis sebagai berikut :

Tabel 2.5. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)
1	Diare b.d berhubungan dengan iritasi gastrointestinal	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat, 2. Keluhan defeksi lama dan sulit menurun, 3. Mengejan saat defeksi menurun, distensi abdomen menurun, 4. Nyeri abdomen menurun konsistensi membaik, 5. Frekuensi defekasi membaik, 6. Peristaltik usus membaik.	Observasi: 1. Identifikasi penyebab diare (misalnya inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, ansietas, efek obat-obatan, pemberian botol susu) 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Identifikasi gejala invaginasi (misalnya tangisan keras, kepacutan pada bayi) 4. Monitor warna, volume, frekuensi 5. Monitor tanda dan gejala 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 keamanan penyiapan makanan Teraupetik: 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 darah untuk

			<p>pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 14. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa 15. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (misalnya loperamide, difenoksilat) 17. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (misalnya ekstrak belladonna, mebeverine) 18. Kolaborasi pemberian obat penguas feses (misalnya atapulgit, smektit, kaolin-pektin)
2	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolar-kapiler.	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka diharapkan pertukaran gas pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola nafas membaik, 2. Warna kulit membaik, 3. Sianosis membaik, dan 4. Takikardia membaik. 5. Pusing menurun, 6. Gelisah menurun, 7. Warna kulit membaik, 8. Diaforesis menurun 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, dan kedalaman upaya nafas; 2. Monitor pola nafas, monitor saturasi oksigen, 3. Monitor nilai analisa gas darah), 4. Monitor kemampuan batuk efektif 5. Monitor adanya produksi sputum 6. Monitor adanya sumbatan jalan napas 7. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 8. Auskultasi bunyi napas 9. Monitor saturasi oksigen 10. Monitor nilai AGD (Analisa Gas Darah) 11. Monitor x-ray toraks <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Alur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 13. Dokumentasikan hasil pemantauan), <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan; informasikan hasil pemantauan, jika perlu. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Kolaborasi pemberian obat.
3	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi dan faktor psikologis	<p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diare dari meningkat menjadi menurun 2. Frekuensi makan dari memburuk jadi membaik 3. Nafsu makan dari memburuk jadi membaik 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 6. Berikan makanan tinggi kalori dan

		4. Membrane mukosa dari memburuk jadi membaik	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 nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
4	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi, agen pencedera kimiawi, agen pencedera fisik,	Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri dari sedang menjadi menurun 2. Meringis dari cukup sedang menjadi menurun 3. Frekuensi nadi dari cukup buruk 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 kualitas hidup 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, <i>jika perlu</i>
5	Hipertermi b.d dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit, peningkatan laju metabolisme	Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Menggigil dari meningkat menjadi cukup cukup menurun 2. Suhu tubuh dari memburuk menjadi cukup membaik 3. Suhu kulit dari memburuk menjadi cukup membaik 4. Tekanan darah 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 Teraupetik: 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Berikan cairan oral 9. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 10. Lakukan pendinginan eksternal (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: 14. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit, jika perlu

6	<p>Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan dan evaporasi</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka status cairan membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 5. Berat badan membaik 6. Intake cairan membaik 7. Membran mukosa meningkat lembab 8. Pengisian vena meningkat 9. Ortopnea menurun 10. Dispnea menurun 11. Paroxysmal nocturnal 12. Edema anasarka menurun 13. Edema perifer menurun 14. Distensi vena jugularis menurun 15. Suara napas tambahan menurun 16. Kongesti paru menurun 17. Perasaan lemah menurun 18. Rasa haus menurun 19. Konsentrasi menurun 20. Frekuensi nadi membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Tekanan nadi membaik 23. Turgor kulit membaik 24. Hemoglobin membaik 25. Hematokrit membaik 26. <i>Jugular venous pressure (JVP)</i> membaik 27. <i>Central venous pressure</i> membaik 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan posisi <i>Passive Leg Raising</i> 5. Berikan asuhan cairan oral <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (misal; Albumin, Plasmanate) 11. Kolaborasi pemberian transfuse darah
7	<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi</p>	<p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x 24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik dari menurun menjadi cukup meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dari meningkat menjadi cukup menurun 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit 6. Jelaskan proses patologis nunvulnya penyakit 7. Jelaskan tanda dan gejala yang di timbulkan penyakit 8. Jelaskan kemungkinan terjadi komplikasi 9. Anjurkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan 10. Ajarkan meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan 11. Informasikan kondisi pasien saat ini

			12. Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tak biasa
8	Ansietas b.d proses penyakit	<p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak rileks, 2. Klien tampak tidak cemas 3. 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya kondisi, waktu, stressor) 2. onitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang 8. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 9. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 11. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 13. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 14. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 15. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, 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, atau tindakan 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).

Penatalaksanaan medis pada pasien gastroenteritis akut meliputi pemberian jenis cairan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pasien, tetapi semuanya itu tergantung tersedianya cairan setempat yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

1. Dehidrasi Ringan 1 jam pertama 25-50 ml/kgBB/hari, kemudian 125 ml/kgBB/oral.
2. Dehidrasi sedang 1 jam pertama 50-100 ml/kg BB/oral kemudian 125 ml/kgBB/hari.
3. Dehidrasi berat 1 jam pertama 20 ml/kg BB/jam atau 5 tetes/kg BB/ menit, 16 jam berikutnya 105 ml/kg BB oralit per oral.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah membandingkan status keadaan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan, evaluasi merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan untuk dapat menentukan suatu keberhasilan asuhan keperawatan, evaluasi proses dilakukan setelah melakukan tindakan, evaluasi ini berorientasi pada etiologi, serta 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 hasil 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).

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi menurut Nursalam (2013) meliputi :

- a. Masalah teratasi : jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan.
- b. Masalah teratasi sebagian : jika pasien menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah baru.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Nama : An. O
Tanggal Lahir : Garut, 05 Desember 2020
Usia : 2 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Kp. Panawuan
No RM : 01455616
Tanggal Masuk : 03-04-2023
Tanggal Pengkajian : 10-04-2023

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. N
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 30 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Kp. Panawuan

Hubungan dengan pasien : Ibu kandung

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anak nya buang air besar sebanyak 6 kali dalam sehari dengan konsistensi cair.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang Menurut penuturan ibu klien tiga hari sebelum masuk puskesmas klien BAB 6 kali dalam sehari, kemudian klien dibawa ke IGD RSUD Dr.Slamet Garut pada tanggal (03 April 2022) dan di bawa ke ruang rawat inap. Pada saat pengkajian tanggal (10 April 2022 jam 09.00 WIB) ibu klien mengatakan anaknya BAB 6 kali dalam sehari dengan konsistensi cair dan disertai penurunan nafsu makan, anak nya lemas, lemas dirasakan setelah BAB dan tidak dirasakan pada saat klien tidak BAB

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan ibu klien, sebelumnya klien pernah mengalami diare akan tetapi tidak sampai dibawa ke RSUD.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

d. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Prenatal

Menurut penuturan ibu klien, selama hamil ia memeriksa kehamilannya 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 pertama

2) Intranatal

Menurut penuturan ibu klien, klien dilahirkan di bidan secara normal dengan usia kehamilan 37 minggu dan BB lahir klien 3.400 gram, panjang badan 48 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.

e. 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.

3) Berat badan ideal anak usia 2 tahun adalah 12 kg

a. Kebutuhan Kalori

100 x 12kg 1200 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.

f. Imunisasi

Menurut penuturan ibu klien, klien sudah mendapatkan imunisasi lengkap.

Tabel 3.1 Imunisasi

Catatan Pemberian Imunisasi	
Umur (bulan)	Jenis Imuniasi
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
15	DPT/HB+HIB 4

g. Riwayat Tumbuh Kembang

1) Riwayat Pertumbuhan dan Pengkajian Tumbuh Kembang

Menurut penuturan ibu klien, berat badan lahir An. O adalah 3.400 gram dan panjang badan 48 cm, pada saat dikaji pada tanggal **(10 April 2023)**, klien berumur 2 tahun dengan berat badan 13 kg dan tinggi badan 81 cm, lingkar kepala 42 cm, lingkar lengan atas 16 cm dan lingkar dada 57 cm. Dari data

tersebut dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan anak baik sesuai dengan usianya.

2) Riwayat Perkembangan

a) Motorik Kasar

Klien sudah bisa naik tangga tanpa bantuan dengan satu atau dua kaki pada tiap anak tangga, dan bisa melompat menggunakan dua kaki ke depan sekitar 10 cm, dan melompat ke atas.

b) Motorik Halus

Klien sudah mampu memegang alat makan, alat tulis dan mencoret-coretinya

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 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.		✓	

Intervensi : Jumlah “Ya” : 9

Jumlah “Tidak” : 1

Kesimpulan : Perkembangan anak sudah sesuai dengan usianya.

h. 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 dan selalu bertanya bagaimana cara penanggulangan demam kejang pada anak dirumah.

i. Sosial

1) Mengasuh

Klien suka diasuh oleh ibu dan ayahnya.

2) Jumlah Saudara Kandung

Klien merupakan anak pertama.

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.

j. Riwayat Spiritual

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

k. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

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

c) Keadaan Klien nampak lemah, gelisah, rewel

1. Tanda-tanda Vital

Nadi : 115 x/menit

Respirasi : 32 x/menit

Suhu : 37 °C

Berat Badan : 13 kg

Tinggi Badan : 81 cm

2. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

a) Kepala

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

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 serumen 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 lembab, warna bibir pucat, kebersihan mulut baik, gigi bersih tidak ada karies pada gigi.

f) Leher

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

g) *Nervus Cranial*1) *Nervus 1 (olfactorius)*

Fungsi penciuman baik, dapat membedakan bau-bauan

2) *Nervus 2 (optikus)*

Fungsi penglihatan baik, refleks pupil baik

3) *Nervus 2 (okulomotorius)*

Dapat mengangkat kelopak mata atas, kontraksi papil baik, pergerakan bola mata baik, reaksi papil wrhadap pupil cahaya baik ditandai pupil mengecil

4) *Nervus 4 (troklearis)*

Dapat melakukan pergerakan bola mata ke kiri dan ke kanan

5) *Nervus 5 (trigeminus)*

Reflek kornea baik, kelopak mata dapat berkedip pada waktu diberi rangsangan, dapat merasakan sentuhan, dapat membedakan rasa panas dan dingin, pada waktu tersenyum gigi simetris.

6) *Nervus 6 (abdosens)*

Dapat melakukan pergerakan bola mata ke atas dan ke bawah

7) *Nervus 7 (fasialis)*

Otot ekspresi wajah baik, otot disekitar mulut dan dahi dapat digerakan

8) *Nervus 8 (vestibulokoklear)*

Fungsi pendengaran baik tidak terdapat gangguan pendengaran

9) *Nervus 9 (glosofaringeal)*

Suara klien jelas, dapat mengangkat lidah dan mengeluarkan suara, langit-langit lunak, tidak terdapat pembesaran tonsil

10) *Nervus 10 (vagus)*

Reflek menelan bagus

11) *Nervus 11 (aksesorius)*

Pergerakan leher dan bahu baik

12) *Nervus 12 (hipoglasus)*

Bentuk lidah simetris, tidak ada fasikulasi, klien dapat menjulurkan lidah, warna merah muda.

13) 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 32x/menit.

2) Jantung

Bunyi jantung S1-S2, nadi 115 x menit

3) Punggung

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

4) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, bunyi peristaltik usus meningkat 32 x /menit, bunyi timpani, cubitan perut kembali lambat.

5) Genetalia

Tidak terdapat rambut pubis tidak ada, penyumbatan pada 1 ubang uretra.

6) Muskuloskeletal (ekstremitas)

Otot kedua tangan dan kaki simetris, tidak ada edema pada kedua tangan dan kaki, pergerakan

kedua tangan dan kaki aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelelahan otot.

7) Kulit

Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik terbukti bahwa kulit kembali dalam waktu <2 detik setelah dicubit, kebersihan kulit baik tidak ada sianosis.

Hospitalisasi

1. Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap

Ibu klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit anaknya, ibu klien merasa cemas dan khawatir terhadap kondisi anaknya karena sebelumnya klien pernah mengalami diare akan tetapi tidak sampai dirawat di puskesmas.

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. Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.3 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 Mandiri/dibantu - Air putih 4 gelas/hari Mandiri	Bubur 2x sehari 1-2 sendok Dibantu Klien susah makan Air putih 4 gelas/hari Dibantu
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 1x/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 Nyenyak 9 jam Nyenyak
4	Personal hygiene a. Mandi Frekuensi Cara b. Gosok gigi Frekuensi Cara	2x/hari Dibantu 2x/hari Mandiri	1x/hari Dibantu 1x/hari Dibantu

c. Ganti baju	2x/hari	2x/hari
Frekuensi	Mandiri	Dibantu
Cara		

o. Terapi obat

Tabel 3.4 Terapi Obat

NO	Nama obat	Dosis	Cara	Waktu
1	Cefotaxime	3x400 mg	IV	P : 08.00 S : 17.00 M: 01.00
2	Zinc	1x 20 mg	Oral	Pagi :08.00
3	Infus KA-EN 3B	46 tpm, mikro	IV	

p. Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS : 1. Ibu klien mengatakan An. O bab cair 6x/hari DO : 1. Bab cair dan berampas disertai lendir 2. Adanya kemerahan di sekitar anus	Virus masuk kedalam tubuh bersama dengan minuman,makanan yang masuk kedalam saluran pencernaan merusak sel-sel mukosa usus yang menyebabkan absorpsi elktrolit menurun menyebabkan sistem tranpor aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang menyebabkan sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat, diare	Diare
2	Ds : Ibu klien mengatakan klien BAB cair sudah 6 kali dalam sehari Do : - Klien nampak lemas - Suhu 37 °C - BB ideal 12 kg - Cubitan kulit kembali lambat	Invasi virus dan bakteri kesaluran gastrointestinal kemudian invasi pada mukosa,memproduksi enterotoksin,dan atau memproduksi sitotoksin.Terjadi gastroenteritis,adanya enterotoksin agen infeksi timbul stimulasi dari c-AMP,e-GMP peningkatan aktivitas sekresi air dan elektrolit,akumulasi air	Resiko ketidakseimbangan elektrolit

		dilumen intestinal terjadi diare, peningkatan sekresi cairan dan elektrolit menyebabkan resiko ketidakseimbangan dan elektrolit.	
3	<p>Ds : Ibu klien mengatakan anaknya susah makan dan hanya makan 1x sehari itupun tidak selalu habis.</p> <p>Do : - Klien nampak lemas - Klien tidak mau makan apapun - BB ideal 12 kg</p>	Diare disebabkan oleh bakteri, virus dan parasite yang menyebabkan BAB lebih dari 3 kali dalam 24 jam, BAB yang terus-menerus mengakibatkan dehidrasi dan tubuh kehilangan cairan dan elektrolit. Diare secara terus menerus dapat merusak mukosa usus sehingga terjadi nyeri. Distensi abdomen muntah dan nafsu makan menurun.	Defisit nutrisi

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)

DS :

Ibu klien mengatakan An. O bab cair 6x/hari

DO :

- Bab cair dan berampas disertai lendir
- Adanya kemerahan di sekitar anus

2. Resiko ketidakseimbangan elektrolit di buktikan dengan kekurangan volume cairan.

Ds : Ibu klien mengatakan klien BAB cair sudah 6 kali dalam sehari

Do :

- Klien nampak lemas

- Suhu 37°C
- BB ideal 12kg
- Cubitan Kulit kembali lambat

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
berhubungan dengan diare

Ds :Ibu klien mengatakan anak susah makan dan hanya makan 1x
sehari itupun tidak selalu habis

Do :

- Klien nampak lemas
- Klien tidak mau makan apapun
- BB ideal 12 kg

Proses Keperawatan

Tabel 3.6 Proses Keperawatan

Nama: An.O Diagnosa Medis: Diare Umur: 2 tahun

No.RM: 01455616

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SIKI)			IMPLEMENTASI	EVALUASI
		TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL		
1	<p>Diare di buktikan dengan proses infeksi Ds : Klien mengeluh nyeri atau keram pada perut</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defekasi (BAB) lebih dari 3 kali dalam 24 jam - Feses lembek atau cair - Frekuensi peristaltic meningkat - Bising usus hiperaktif 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x8 jam rasa nyeri atau keram pada pasien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi BAB dalam batas normal. 2. Konsistensi feses dapat kembali normal. 3. Bising usus membaik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi riwayat pemberian makanan. 2. Anjurkan makan porsi sedikit tapi sering. 3. Kolaborasi pemberian obat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui makanan apa saja yang diberikan pada klien. 2. Agar pasien cepat membaik. 	<p>Tanggal 11 April 2023 Pukul 14.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan <p>Respon : Ibu pasien mengatakan anaknya hanya di beri makanan yang di RS dan MP ASI.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menganjurkan makan porsi sedikit tapi sering <p>Respon : Ibu pasien melaksanakan apa yang di anjurkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kolaborasi pemberian obat <p>Respon : Bersedia di beri obat.</p>	<p>Tanggal 11 April 2023 Pukul 15.30 WIB.</p> <p>S : Ibu pasien mengatakan nyeri atau keram pada anaknya berkurang.</p> <p>O : Klien BAB 4 kali sehari dengan konsistensi tidak terlalu cair.</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2, dan 3.</p>
2	<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit Ds : Klien mengalami BAB lebih dari 3x/hari</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x8 jam resiko ketidakseimbangan elektrolit teratasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV secara berkala 2. Monitor intake dan output cairan. 3. Anjurkan pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui keadaan umum pasien. 2. Untuk mengetahui cairan yang masuk dan keluar. 	<p>Tanggal 12 April 2023 Pukul 16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV <p>Respon : Bersedia di monitor</p>	<p>Tanggal 12 April 2023 Pukul 17.00 WIB</p> <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya BAB 4 kali sehari dan</p>

	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pucat dan lemas. - Turgor kulit lebih dari 3 detik 	<p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak pucat. 2. Turgor kulit membaik. 	<p>memperbanyak cairan oral.</p>	<p>3. Mengganti cairan yang keluar.</p>	<p>S : 37oC N : RR :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor intake cairan. <p>Respon : Bersedia di monitor.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajukan pasien memperbanyak k cairan oral <p>Respon : Ibu pasien mengajukan memperbanyak cairan oral.</p>	<p>masih lemas.</p> <p>O : klien nampak lemas dan hanya ingin makan biscuit dan buah.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1,2,3.</p>
3.	<p>Defisit Nutrisi</p> <p>Ds : Klien mengeluh nafsu makan menurun.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentan ideal - Bising usus hiperaktif - Membrane mukosa pucat - Diare 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x8 jan ketidakseimbangan nutrisi teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan berat badan normal atau kemajuankarah tujuan berat badan dengan normalisasi nilai laboratorium dan bebas dari tanda-tanda malnutrisi dan obesitas. 2. Menunjukkan pola makan atau perilaku untuk mempertahankan berat badan yang tepat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Lakukan pengkajian nutrisi awal, tinggi badan saat masuk rumah sakit, berat badan. 2.Berikan makanan porsi kecil dan sering, sesuai indikasi. 3.Berikan makanan kudapan yang sehat, misalnya keju, biscuit, sup, dan buah yang tersedia selama 24 jam. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan evaluasi dasar untuk membantu kebutuhan diet dan merumuskan rencana diet. 2. Penurunan motilitas lambung menyebabkan klien merasa kenyang dan mengurangi asupan. 3. Membantu memenuhi kebutuhan individu dan meningkatkan asupan dengan 	<p>Tanggal 13 April 2023 Pukul 21.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 Melakukan Pengkajian nutrisi awal, tinggi badan saat masuk rumah sakit, berat badan. 3 Hasil : berat badan ideal 12 kg, tinggi badan 81 cm, klien susah makan. 4 Memberikan makanan porsi kecil dan sering, sesuai indikasi. 5 Hasil : klien mau makan tetapi hanya sedukut. 6 Memberikan makanan kudapan 	<p>Tanggal 13 April 2023 Pukul 06.00 WIB</p> <p>S : ibu klien mengatakan anaknya susah makan, makan hanya 1-2 sendok .</p> <p>O : klien nampak lemas dan hanya ingin makan biscuit dan buah.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1,2,3.</p>

				rekomendasi kalori.	yang sehat, biskuit, sup, dan buah tersedia selama 24 jam. 7 Hasil : klien mau makan ketika dikasih biskuit dan buah.	
--	--	--	--	---------------------	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan

Hari/Tanggal	No.Dx	Catatan perkembangan	Pelaksana
Rabu/12 April 2023	1	<p>S:Ibu klien mengatakan anaknya BAB 4x dalam sehari dengan konsistensi lembek tidak terlalu cair.</p> <p>O:Klien Nampak lemas,BAB 4x dalam sehari dengan konsistensi lembek tidak terlalu cair</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Catat kemungkinan sumber kehilangan cairan dan asupan cairan - Pantau tanda-tanda vital,membrane mukosa,berat badan,turgor kulit,suara nafas - Kolaborasi beli cairan IV melalui alat kendali. <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencatat kemungkinan sumber kehilangan cairan dan asupan cairan. - Memantau tanda-tanda vital,membrane mukosa ,berat badan ,tugor kulit,suara nafas. - Melanjutkan kolaborasi pemberian cairan IV melalui alat kendali. <p>E:Masalah belum teratasi</p>	Ardiansyah Desta
Rabu/12 April 2023	2	<p>S:Ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan,makan hanya 1 – 2 sendok dan hanya ingin memakan biscuit atau buah.</p> <p>O:Klien Nampak lemas dan hanya makan biscuit dan buah</p> <p>A :Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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,biscuit,sup,dan buah yang tersedia selama 24 jam. <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nutrisi awal,tinggi badan saat masuk rumah sakit,berat badan. - Memberikan makanan porsi kecil dan sering,sesuai indikasi - memberikan makanan kudapan yang sehat,misalnya keju,biscuit,sup,dan buah yang tersedia selama 24 jam <p>E:Masalah belum teratasi</p>	Ardiansyah Desta
Rabu/12 April 2023	3	<p>S:Ibu klien mengatakan sudah tidak cemas dan paham terhadap kondisi anaknya</p> <p>O:Ibu klien Nampak tenang</p>	Ardiansyah Desta

		A:Masalah teratasi	
Kamis/13 April 2023	1	S:Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x dalam sehari dan sudah tidak cair O:Klien Nampak tidak rewel,frekuensi BAB 1x dan konsistensinya sudah tidak cair A:Masalah teratasi	Ardiansyah Desta
Kamis/13 April 2023	2	S:Ibu klien mengatakan anaknya mau makan akan tetapi hanya 1 – 3 sendok dan hanya ingin makan biscuit dan buah,susah dibujuk makan nasi atau bubur. O:Klien Nampak lemas dan makan hanya 1 – 3 sendok,dan hanya ingin makan biscuit dan buah. A :Masalah belum teratasi P : <ul style="list-style-type: none"> - 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,biscuit,sup,dan buah yang tersedia selama 24 jam I : <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nutrisi awal,tinggi badan saat masuk rumah sakit,berat badan - Memberikan makanan porsi kecil dan sering,sesuai indikasi. - memberikan makanan kudapan yang sehat,misalnya keju,biscuit,sup,dan buah yang tersedia selama 24 jam E:Masalah belum teratasi	Ardiansyah desta
Kamis/13 April 2023	3	S:Ibu klien mengatakan anaknya sudah mau makan O:Klien Nampak sudah mau makan dan sudah tidak lemas A:Masalah teratasi	Ardiansyah Desta

B. Pembahasan

Pembahasan ini menguraikan pengalaman penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. O 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

Menurut nuratif da Kusuma, diare adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) kandung air tinja lebih banyak dari pada biasanya lebih dari 200 gram atau 200 ml/24jam. Definisi lain memakai frekuensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali perhari. Teori ini sesuai dengan hasil pengkajian pada An. O, dimana BAB 6 kali dalam sehari denga konsistensi cair serta terdapat parasite amoeba.

Menurut nuratif dana kusuma 2019, manifestasi klines diare akut adalah sebagai berikut:

- e. Akan hilang dalam waktu 72 jam dari onset
- f. Onset yang tak terduga dari buang air besar encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak, nyeri perut
- g. Nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut
- h. Demam

2. Tahap Diagnosa

Menurut SDKI (2016) diagnosa yang mungkin muncul pada klien diare akut adalah:

- a. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)
- b. Resiko ketidakseimbangan elektrolit (D.0037)
- c. Defisit nutrisi (D.0019)

- d. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan volume cairan (D.0139)

Pada kasus ini masalah yang muncul hanya sebagian yaitu :

- a. Diare berhubungan dengan kekurangan proses infeksi Diagnosa ini diangkat jadi prioritas karena terdapat tanda-tanda yang mendukung yaitu BAB 6x/hari dengan konsistensi cair.
- b. Resiko ketidakseimbangan elektrolit diagnosa ini diangkat karena terdapat tanda-tanda dehidrasi yaitu BAB 6x/hari dengan konsistensi cair, CRT < 2 detik. Pada saat dihitung menggunakan rumus dehidrasi yang hasilnya 3% ini, termasuk dehidrasi tanpa dehidrasi.
- c. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubul berhubungan dengan diare Diagnosa ini diangkat karena data subjektif ibu klien mengatakan bahwa anaknya tidak mau makan dan susah makan, dengan data objektif yaitu klien nampak lemas dan tidak mau makan apapun Diare disebabkan oleh bakteri, virus dan parasite yang menyebabkan BAB lebih dari 3 kali dalam 24 jam, BAB yang terus menerus mengakibatkan dehidrasi dan tubuh kehilangan cairan dan elektrolit. Diare secara terus menerus dapat merusak mukosa usus sehingga terjadi nyeri. Distensi abdomen muntah dan nafsu makan menurun yang di dapat. Masalah yang tidak penulis temukan adalah:
 - a. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan volume cairan

Penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena pada saat pengkajian tidak ditemukan data subjektif dan objektif dan tidak ada data yang menunjukkan pada diagnosa ini. Sehingga diagnosa ini tidak diangkat.

3. Tahap Perencanaan

Adapun perencanaan tindakan yang dilakukan pada An O, selama menjalani proses keperawatan sesuai dengan kajian yaitu

- a. Diare berhubungan dengan proses infeksi rencana asuhan keperawatan yang dilakukan adalah supaya frekuensi bab dalam batas normal, konsistensi feses dapat kembali normal, bising usus membaik.
- b. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kekurangan volume cairan Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan yaitu, catat kemungkinan sumber kehilangan cairan dan asupan cairan Pantau tanda-tanda vital, membran mukosa, suara nafas, berat badan, turgor kulit, dan kolaborasi beri cairan IV melalui alat kendali.
- c. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tabah berhubungan dengan diare 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, biscuit, sop, dan buah yang tersedia selama 24 jam

4. Tahap Implementasi

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Rohman & Walid, 2019)

- a. Diare berhubungan dengan proses infeksi implementasi keperawatan yang dilakukan supaya frekuensi bab dalam batas normal, konsistensi feses dapat Kembali normal, bising usus membaik.
- b. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kekurangan volume cairan implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu Mencatat kemungkinan sumber kehilangan cairan dan asupan cairan, hasilnya klien terpasang cairan infus KAEN-3B 46 tpm (mikro), dan pada saat dihitung dehidrasi -4% sehingga termasuk diare tanpa dehidrasi. Memantau tanda-tanda vital, hasilnya membran mukosa kering, CRT 2 detik, BB 13 kg, suara nafas vesikuler. Melanjutkan kolaborasi pemberian cairan infus dengan kebutuhan kebutuhan, hasilnya terpasang cairan infus KAEN-3B 46 tpm (mikro).
- c. Defisit nutrisi kurang kebutuhan berhubungan dengan diare
Implementa keperawatan yang dilakukan yaitu Melakukan pengkajian nutrisi awal, tinggi badan saat masuk rumah sakit, berat bada, hasilnya berat badan klien 13 kg, tinggi badan 1 m, klien susah makan. Memberikan makanan porsi kecil dan sering, sesuai indikasi, hasilnya klien mau makan tetapi hanya sedikit Memberikan makan kudapan yang sehat, hasilnya klien mau makan ketika dikasih biskut dan buah

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 lima setelah memberi asuhan keperawatan pada An. O.

Pada evaluasi sumatif hari ke lima bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada An. O 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 da tujuan.

- a. Diare berhubungan dengan proses infeksi setelah dilakukan tindakan keperawatan diare dapat teratasi pada hari kelima.
- b. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan gangguan volume cairan, setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko ketidakseimbangan elektrolit dapat teratasi pada hari ke lima.
- c. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan diare, setelah dilakukan tindakan keperawatan ketidakseimbangan elektrolit dapat teratasi pada hari ke lima.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap An. O dengan diare akut dari tanggal 10 April 2023 – 13 April 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada An. O usia *toddler* (2 Tahun) dengan diare akut di ruang rawat inap RSUD Dr.Slamet Garut tahun 2023, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada An. O yaitu klien BAB 6x/hari dengan konsistensi cair.
2. Penulis mampu menemukan masalah pada An. O usia *toddler* (2 Tahun) dengan diare akut di ruang rawat inap RSUD Dr.Slamet Garut tahun 2023, adapun diagnosa yang muncul pada An. O yaitu sebanyak 3 diagnosa keperawatan
 - a. Diare berhubungan dengan proses infeksi
 - b. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kekurangan volume cairan
 - c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan diare
3. Penulis mampu merencanakan asuhan keperawatan pada An. O usia *toddler* (2 Tahun) dengan diare akut di ruang rawat inap RSUD Dr.Slamet

Garut tahun 2023, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan perawat ruangan, pembimbing dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan

4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada An. O. usia *toddler* (2 Tahun) dengan diare akut di ruang rawat inap RSUD Dr.Slamet Garut tahun 2023, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada An. O usia *toddler* (2 Tahun) dengan diare akut di ruang rawat inap RSUD Dr.Slamet Garut tahun 2023, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan

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.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, D 2019. *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada anak*. Edisi Revisi. Jakarta : Salemba Medika
- Doenges, Marilyn E, dick 2019. *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa*, Edisi 9 Volume 3. Alih Bahasa: NS.
- Wuri Praptiani. Jakarta: EGC
- Kementrian Kesehatan Indonesia 2018. *Data dan informasi profil kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI SDKI 2016.
- Ngastiyah 2019. *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta:EGC
- Nuratif, Amin Huda Kusuma, Hardi. 2019. *Aplikasi Asuhan Keperawatan*
- Pearce 2018. *Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis*, PT Gramedia Pustaka Utama: Jakarta
- Riskasdes 2018. *Data Kejadian Diare Di Jawa Barat*. Riskasdes Jawa Barat
- Riyadi, Sujono & Sukarmin, 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Anak* Edisi Yogyakarta: Graha Ilmu
- Rohman N & Walid S 2019. *Proses Keperawatan Berbasis KKNI*. Jakarta:Edulitera
- Supartini, Yufi. 2020, *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Edisi 2. Jakarta: EGC

SATUAN ACARA PENYULUHAN

MENCUCI TANGAN

- A. Topik : Cara cepat mencuci tangan
- B. Hari/Tanggal : Rabu, 12 April 2023
- C. Waktu : Jam 10.00 WIB
- D. Sasara : Klien dan keluarga (An. O)
- 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 serta mengaplikasikan cara mencuci tangan yang tepat yang akan diadakan.

- 2. Tujuan Khusus

- a. Setelah diberikan penyuluhan klien dan keluarga mengerti tentang cara mencuci tangan
- b. Dapat mengetahui apa saja manfaat cara mencuci tangan bagi klien dan keluarga
- c. Dapat mempraktekan atau mengaplikasikan cara mencuci tangan bagi klien dan keluarga

- G. Materi

Terlampir

- H. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

- I. Media

Leaflet

- J. Pelaksana

Penyaji : Ardiansyah Desta

K. Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta	Waktu
	Preinteraksi		5 menit
1.	Memberi salam	Menjawab salam	
2.	Memperkenalkan diri	Mendengarkan	
3.	Menjelaskan Tujuan penyuluhan dan tema	Mendengarkan	
4.	Menyebutkan materi yang akan diberikan	Mendengarkan dan memperhatikan	
	Pelaksanaan		20 Menit
5.	Menjelaskan materi penyuluhan mengenai : <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian mencuci tangan - Manfaat mencuci tangan - Klien dapat mengetahui, memahami, dan mengimplementasikan cara mencuci tangan yang baik dan benar dalam kehidupan sehari-hari - Menjelaskan langkah-langkah mencuci tangan - Mengajarkan langkah-langkah mencuci tangan yang tepat 	Mendengarkan dan memperhatikan	
6.	Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk mempraktekan sendiri langkah-langkah mencuci tangan	Mempraktekan langkah-langkah cuci tangan dan melaksanakan mencuci tangan	
	Evaluasi		4 Menit
7.	Menanyakan keppada keluarga tentang materi penyuluhan yang telah diberikan dan interview kembali kepada keluarga yang dapat menjawab pertanyaan yang telah diajukan	Menjawab pertanyaan	

	Terminasi		1 Menit
8.	Mengucapkan terimakasih atas peran serta klien dan keluarga yang hadir dalam penyuluhan	Mendengarkan	
9.	Mengucapkan salam penutup	Menjawab salam	

I. Evaluasi

- a. Keluarga An.O mampu menjawab pertanyaan yang diajukan mahasiswa
- b. Klien dan keluarga (An.O) mampu mempraktekan kembali apa saja yang telah diajarkan mahasiswa.

MATERI

A. Pengertian Mencuci Tangan

Mencuci tangan adalah membasuh kedua telapak tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan tujuan untuk menghilangkan kuman

Kapan cuci tangan dengan sabun harus dilakukan

1. Sebelum makan
2. Sebelum dan sesudah mengolah makanan
3. Sesudah dari kamar mandi atau WC
4. Setelah kontak dengan orang yang batuk atau bersin
5. Tangan terlihat kotor

B. Mencuci Tangan dengan Air Mengalir

Dengan mencuci tangan di air mengalir maka kotoran dan kuman akan luruh terbawa air. Jadi mulai sekarang bila kita makan sebaiknya cuci tangan di wastafel walaupun disediakan mangkuk tempat mencuci tangan

C. Manfaat Mencuci Tangan

1. Efektif dan sederhana dalam mencegah infeksi
2. Menciptakan lingkungan yang aman
3. Pelayanan kesehatan menjadi aman
4. Bila tangan kotor, cuci dengan sabun atau antiseptik di air mengalir

Langkah-Langkah Mencuci Tangan

1. Basuh tangan dengan air mengalir
2. Ratakan sabun dengan kedua telapak tangan
3. Gosok punggung tangan dan sela-sela jari tangan kiri dan tangan kanan, begitu pula sebaliknya
4. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari tangan
5. Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci
6. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
7. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
8. Bilas kedua tangan dengan air
9. Keringkan dengan lap tangan atau tissue

Apa Cuci Tangan dengan Sabun?



Cuci tangan yang benar dengan sabun adalah salah satu tindakan kebersihan diri dengan membersihkan tangan dan jari menggunakan air sabun untuk membersihkan dari kuman-kuman penyakit.

Manfaat Cuci Tangan

1. Membersihkan kotoran dan kuman yang tertinggal ditangan

2. Menghilangkan bau yang melekat di tangan
3. Memberikan perasaan yang segar dan bersih
4. Mencegah beberapa penyakit, seperti: diare atau mencret, infeksi cacic, infeksi mata, infeksi kulit.

Waktu Yang Tepat Untuk Cuci Tangan

1. Sebelum dan setelah makan
2. Sebelum memegang makanan
3. Setelah berbermain dan berolahraga
4. Setelah buang ingus
5. Setelah BAK dan BAB
6. Setelah menyentuh hewan peliharaan

Cara Cuci Tangan dengan Sabun

1 Basahi kedua telapak anda dengan air mengalir, lalu usap dan gosokkan sabun dengan lembut pada kedua telapak tangan.

2 Gosok masing masing punggung tangan secara bergantian.

3 Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari.

4 Gosokkan ujung jari (buku-buku)dengan

mengatupkan jari tangan kanan terus gosokkan ke telapak tangan kiri bergantian,

5 Gosok dan putar ibu jari secara bergantian

6 Gosokkan ujung kuku pada telapak tangan secara bergantian

7 Menggosok kedua pergelangan tangan dengan cara diputar dengan telapak tangan bergantian, setelah itu bilas dengan menggunakan air bersih dan mengalir, lalu keringkan



Selamat Mencoba....

TERIMAKASIH ATAS PERHATIANNYA

Cara Cuci Tangan dengan Sabun



Oleh
Dr. Putri Fitriania

DOKTER INTERNSHIP
PUSKESMAS KUTASARI
PURBALINGGA