

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DIARE



OLEH :
NUR LAELLY AZIZAH
NIM. P07220117065

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2020

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DIARE

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan
Kalimantan Timur



OLEH :

NUR LAELLY AZIZAH
NIM. P07220117065

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2020**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun, baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan,.....

Yang menyatakan

Materai
Rp 6000

Nur Laelly Azizah
P07220117065

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 15 Mei 2020

Oleh
Pembimbing

Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd
NIDN : 4023126901

Pembimbing Pendamping

Rus Andraini, A.Kp,MPH
NIDN : 4006027101

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep.
NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Diare

Telah diuji
Pada tanggal 15 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd, (.....)

NIDN. 4020027901

Penguji Anggota :

1. **Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd** (.....)

NIDN : 4023126901

2. **Rus Andraini, A.Kp,MPH** (.....)

NIDN : 4006027101

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes.

NIP.196508251985503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep.

NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Nur Laelly Azizah
2. NIM : P07220117065
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Tempat , Tanggal Lahir : Balikpapan, 20 Maret 1999
5. Agama : Islam
6. Suku Bangsa : Sunda / Bugis
7. Alamat : Jln. Gunung Polisi RT 46 No 767 Komplek
Perumahan Pertamina Kec. Balikpapan Barat

B. Identitas Orang Tua :

1. Nama Ayah/Ibu : Makmur Djainuddin/Nur Aida Wati
2. Pekerjaan Ayah/Ibu : Karyawan Swasta/Ibu Rumah Tangga
3. Alamat : Jln. Gunung Polisi RT 46 No 767 Komplek
Perumahan Pertamina Kec. Balikpapan Barat

C. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008–2009 : TK Adhyaksa XVI Balikpapan Kota
2. Tahun 2009-2013 : SD Negeri 003 Balikpapan Kota
3. Tahun 2013-2015 : SMP Negeri 9 Balikpapan Barat
4. Tahun 2015-2017 : SMA Negeri 3 Balikpapan Barat
5. Tahun 2017-2020 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Balikpapan
Poltekkes Kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkat dan kasih karunia-Nya yang telah diberikan kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Kelas Balikpapan dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare”

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah peneliti banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H. Supriadi B., S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd, selaku Pembimbing I dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
6. Rus Andraini.,A.Kp.,MPH, selaku Pembimbing II dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
7. Dan seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Program dan Karya Tulis Ilmiah ini.

Hasil ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Tuhan Yang Maha Esa kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah di hadapan Tuhan.

Balikpapan, 05 Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN DIARE”

Penyakit diare di Indonesia merupakan salah satu penyebab kematian kedua terbesar pada balita. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai asuhan keperawatan pada anak dengan diare di Rumah Sakit Reksodiwiryo Padang Ruang 2 Ibu dan Anak serta Ruang Anggrek

Penelitian ini menggunakan metode review kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan mengambil dua kasus sebagai unit analisis. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Instrumen pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan dari review kasus.

Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan terdapat persamaan diagnosa yang muncul antara kedua klien, yaitu hipovolemia, defisit nutrisi. Kemudian 4 diagnosa yang hanya muncul pada klien 1 adalah hipertermi, diare, resiko kerusakan integritas kulit, defisiensi pengetahuan serta 1 diagnosa yang hanya muncul pada klien 2 adalah bersihan jalan nafas tidak efektif.

Diharapkan untuk meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman, serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah.

Kata Kunci : Diare, Asuhan Keperawatan, Anak, Literature Review

ABSTRACT

"CHILDREN'S NURSING CARE WITH DIARRHEA"

Diarrheal disease in Indonesia is one of the second largest causes of death in infants. This study aims to study and understand deeply about nursing care in children with diarrhea in Reksodiwiry Hospital Padang Room 2 Mother and Child and Orchid Room

This research uses a case review method with a nursing care approach by taking two cases as the unit of analysis. Data collection methods are by interview, physical examination and supporting examination. Data collection instruments used the format of nursing care from case reviews.

Based on the analysis of the data it was concluded that there was a diagnostic equation that emerged between the two clients, namely hypovolemia, nutritional deficits. Then 4 diagnoses that only appear on client 1 are hyperthermia, diarrhea, risk of damage to skin integrity, knowledge deficiency and 1 diagnosis that only appears on client 2 is an ineffective airway clearance.

It is expected to increase the abilities, skills, and experience, as well as the researchers' own insights in conducting scientific research.

Keywords: Diarrhea, Nursing Care, Children, Literature Review

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|----------------|
| HALAMAN SAMBUNG DEPAN | |
| HALAMAN SAMBUNG DALAM DAN PRASYARAT..... | i |
| HALAMAN PERNYATAAN | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iv |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP..... | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| ABSTRAK..... | vii |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL..... | ix |
| DAFTAR BAGAN | x |
| DAFTAR GAMBAR | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang Masalah | 1 |

| | |
|-----------------------------|---|
| B. Rumusan Masalah..... | 7 |
| C. Tujuan Penelitian | 7 |
| D. Manfaat Penelitian | 8 |

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|---|----|
| A. Konsep Dasar Diare | 9 |
| 1. Pengertian | 9 |
| 2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan..... | 10 |
| 3. Klasifikasi | 16 |
| 4. Etiologi | 16 |
| 5. Manifestasi Klinis | 17 |
| 6. Patofisiologi | 19 |
| 7. Pemeriksaan Penunjang | 21 |
| 8. Penatalaksanaan | 22 |
| B. Konsep Masalah Keperawatan..... | 25 |
| 1. Pengertian Masalah Keperawatan | 25 |
| 2. Komponen Masalah Keperawatan | 25 |
| 3. Faktor Yang Berhubungan | 26 |
| 4. Pathway Penyakit Diare | 27 |
| 5. Masalah Keperawatan Pada Diare | 28 |
| C. Konsep Asuhan Keperawatan Diare | 39 |
| 1. Pengkajian Keperawatan | 39 |
| 2. Diagnosa Keperawatan..... | 39 |
| 3. Intervensi Keperawatan..... | 41 |

| | |
|--|----|
| 4. Implementasi Keperawatan..... | 53 |
| 5. Evaluasi Keperawatan | 53 |
| D. Konsep Keperawatan Anak..... | 54 |
| 1. Paradigma Keperawatan Anak..... | 54 |
| 2. Prinsip Keperawatan Anak..... | 57 |
| 3. Peran Perawat Anak | 58 |
| 4. Pengertian Pertumbuhan & Perkembangan | 61 |
| 5. Batasan Usia Anak | 62 |
| 6. Konsep Hospitalisasi | 63 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|--|----|
| A. Pendekatan/Desain Penelitian..... | 67 |
| B. Subyek Penelitian | 67 |
| C. Definisi Operasional | 67 |
| D. Lokasi dan Waktu Penelitian | 68 |
| E. Prosedur Penelitian | 68 |
| F. Metode dan Instrument Pengumpulan Data..... | 69 |
| G. Keabsahan Data | 69 |
| H. Analisa Data | 70 |

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

| | |
|--------------------------------------|----|
| A. Hasil Penelitian..... | 71 |
| 1. Gambaran Lokasi Studi Kasus | 71 |
| 2. Data Asuhan Keperawatan | 71 |
| a. Pengkajian Keperawatan | 71 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| b. Pemeriksaan Fisik..... | 76 |
| c. Pemeriksaan Penunjang..... | 78 |
| d. Terapi..... | 78 |
| e. Diagnosa Keperawatan..... | 79 |
| f. Perencanaan Keperawatan..... | 80 |
| g. Implementasi Keperawatan | 85 |
| h. Evaluasi Keperawatan | 90 |
| B. Pembahasan | 94 |
| 1. Pengkajian Keperawatan..... | 94 |
| 2. Diagnosa Keperawatan..... | 96 |
| 3. Intervensi Keperawatan..... | 104 |
| 4. Implementasi Keperawatan..... | 113 |
| 5. Evaluasi Keperawatan..... | 121 |

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|--------------------|-----|
| A. Kesimpulan..... | 125 |
| B. Saran..... | 127 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| Tabel 2.1 Bentuk Klinis Diare | 18 |
| Tabel 2.1 Klasifikasi Tingkat Dehidrasi Anak Dengan Diare | 19 |
| Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien Anak Dengan Diare..... | 71 |
| Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Anak Dengan Diare..... | 76 |
| Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Anak Dengan Diare..... | 78 |
| Tabel 4.4 Terapi Klien Anak Dengan Diare | 78 |
| Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Klien Anak Dengan Diare | 79 |
| Tabel 4.6 Perencanaan Keperawatan Klien Anak Dengan Diare | 80 |
| Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan Klien Anak Dengan Diare | 85 |
| Tabel 4.8 Evaluasi Keperawatan Klien Anak Dengan Diare | 90 |

DAFTAR BAGAN

| | Halaman |
|---------------------------------------|---------|
| Bagan 2.1 Pathway Penyakit Diare..... | 27 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan | 10 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare di Rumah Sakit
Reksodiwiryo Padang di Ruang 2 Ibu dan Anak Tahun 2017
- Lampiran 2 Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare di Ruangan
Anggrek Tahun 2019
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Anak merupakan tunas, potensi dan generasi muda yang akan menjadi penerus bangsa. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 35 Tahun 2014 tentang perubahan atas Undang-Undang nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak Pasal 1 ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut definisi WHO, batasan usia anak adalah dihitung sejak seseorang di dalam kandungan sampai dengan usia 19 tahun.

Penyakit diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang termasuk di Indonesia dan merupakan salah satu penyebab kematian dan kesakitan tertinggi pada anak, terutama usia di bawah 5 tahun. Di dunia, 6 juta anak meninggal tiap tahun karena diare dan sebagian besar kejadian tersebut terjadi di negara berkembang (Yusuf, 2016).

Diare adalah pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair. Buang air besar yang tidak normal dan bentuk tinja yang cair dengan frekuensi yang lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3x buang air besar, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4x buang air besar (Sudarti, 2010).

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

Pada negara berkembang diare berkaitan dengan kurangnya pasokan air bersih, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang sanitasi dan hygiene (khususnya kebiasaan mencuci tangan dengan sabun) serta kondisi kesehatan dan status gizi yang kurang baik (Raini, 2016). Kebersihan anak maupun kebersihan lingkungan memegang peranan penting pada tumbuh kembang anak baik fisik maupun psikisnya. Kebersihan anak yang kurang, akan memudahkan terjadinya penyakit cacangan dan diare pada anak (Tabuwun, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) diare adalah kejadian buang air besar dengan konsistensi lebih cair dari biasanya, dengan frekuensi tiga kali atau lebih dalam periode 24 jam. Diare merupakan penyakit berbasis lingkungan yang disebabkan oleh infeksi mikroorganisme meliputi bakteri, virus, parasit, protozoa, dan penularannya secara fekal-oral. Diare dapat mengenai semua kelompok

umur baik balita, anak-anak dan orang dewasa dengan berbagai golongan sosial. Diare merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas di kalangan anak-anak kurang dari 5 tahun. Secara global terjadi peningkatan kejadian diare dan kematian akibat diare pada balita dari tahun 2015-2017. Pada tahun 2015, diare menyebabkan sekitar 688 juta orang sakit dan 499.000 kematian di seluruh dunia terjadi pada anak-anak dibawah 5 tahun. Data WHO (2017) menyatakan hampir 1,7 miliar kasus diare terjadi pada anak dengan angka kematian sekitar 525.000 pada anak balita tiap tahunnya.

Penyakit diare di Indonesia merupakan salah satu penyebab kematian kedua terbesar pada balita. Sampai saat ini penyakit diare masih menjadi masalah masyarakat di Indonesia. Angka kematian yang tinggi akibat diare akan berdampak negatif pada kualitas pelayanan kesehatan, karena Angka Kematian Anak (AKA) merupakan salah satu indikator untuk menilai derajat kesehatan yang optimal, kurang berhasilnya usaha dalam proses pencegahan diare merupakan salah satu faktor yang harus diperhatikan karena jika upaya pencegahan tidak di tanggulangi dengan baik, maka peningkatan penyakit diare pada balita akan semakin meningkat (Depkes, 2010).

Penderita diare pada balita secara Nasional pada tahun 2018, dengan Provinsi cakupan tertinggi yaitu Provinsi Nusa Tenggara Barat sebanyak (75,88%), Provinsi DKI Jakarta sebanyak (68,54%) dan Provinsi Kalimantan Utara sebanyak (55,00%), Sedangkan Provinsi

cakupan terendah yaitu Provinsi Maluku sebanyak (9,77%), Provinsi Sumatera Utara sebanyak (16,70%) dan Provinsi Kepulauan Riau sebanyak (18,68%). Pada Provinsi Kalimantan Timur sebanyak (45,88%) (Profil Kesehatan,2018)

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2018) untuk prevalensi diare pada balita berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejalanya yaitu untuk Provinsi Kalimantan Timur sebanyak 10% mengalami peningkatan sebelumnya data Riset Kesehatan Dasar pada tahun (2013) diare pada balita berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejalanya yaitu untuk Provinsi Kalimantan Timur sebanyak 7% . Sehingga, prevalensi diare pada balita berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan gejalanya di Provinsi Kalimantan Timur mengalami peningkatan sebanyak 3% dalam 5 tahun yaitu tahun 2013 - 2018.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Kalimantan Timur (2017) cakupan penderita diare pada balita yang ditemukan dan ditangani pada kota atau kabupaten di Kalimantan Timur yaitu Mahakam Ulu sebanyak (215%), Paser sebanyak (118%), Kutai Barat sebanyak (114%), Balikpapan sebanyak (102%), Berau sebanyak (100%), Penajam Paser Utara sebanyak (100%), Kutai Timur sebanyak (86%), Bontang sebanyak (80%), Kutai Kartanegara sebanyak (70%), Samarinda sebanyak (57%)

Berdasarkan data Profil Kesehatan Dinas Kota Balikpapan (2017) angka kejadian diare di Balikpapan pada tahun 2017 adalah sebanyak 17.478 kasus. Sebelumnya angka kejadian diare pada tahun 2016 adalah

17.768 kasus. Dengan demikian kasus diare mengalami peningkatan.

Dengan adanya peningkatan angka kejadian diare di Indonesia baik balita maupun anak tentunya akan membutuhkan penatalaksanaan dan perawatan secara signifikan. Perawatan anak dengan diare memerlukan perawatan tersendiri dan perhatian lebih besar. Perawatan anak dengan diare tidak hanya menimbulkan masalah bagi anak, tapi juga bagi orang tua. Sehingga memunculkan diagnosa/ masalah keperawatan yang sering dijumpai pada pasien diare adalah gangguan pertukaran gas, diare, hipertermia, hipovolemia, gangguan integritas kulit, defisit nutrisi, risiko syok dan ansietas

Peran ibu (*knowledge, attitude, practice*) dalam menurunkan durasi diare pada anak selama perawatan sangat penting. Oleh karena itu, suatu pemahaman yang benar tentang penyakit diare sangat diperlukan untuk para orang tua.

Peran perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan pada anak yang dirawat dengan diare, diantaranya memantau asupan dan pengeluaran cairan. Anak yang mendapatkan terapi cairan intravena perlu pengawasan untuk asupan cairan, kecepatan tetesan harus diatur untuk memberikan cairan dengan volume yang dikehendaki dalam waktu tertentu dan lokasi pemberian infus harus dijaga (Wong, 2008).

Tindakan keperawatan yang harus dilakukan selanjutnya yaitu menimbang berat badan anak secara akurat, memantau input dan output yang tepat dengan meneruskan pemberian nutrisi per oral dan melakukan

pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium sehingga muncul pentingnya Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Diare.

Peran perawat yang terpenting adalah mengetahui faktor resiko dalam kejadian diare pada anak, diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi akibat kehilangan cairan pada anak sehingga kematian pada anak akibat diare dapat dihindari. Dalam tatalaksana diare, perawat dapat melaksanakan perannya dalam beberapa hal, salah satunya adalah memberikan pendidikan kepada orang tua mengenai rehidrasi oral untuk mengatasi diare. Seperti penelitian di India yang dilakukan oleh Mazumder et al (2010), dikemukakan bahwa pendidikan yang diberikan kepada orang tua atau pengasuh mengenai pemberian zink dan oralit untuk anak diare, efektif dapat mengurangi diare pada anak.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan terdapat ruang perawatan anak yaitu di ruang Flamboyan C. Data yang diperoleh di ruang perawatan anak Flamboyan C RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo pada tanggal 13 Januari 2020 diperoleh hasil sebanyak 9 kasus anak dengan penyakit diare dari 01 Agustus 2019 sampai 13 Januari 2020.

Berdasarkan dengan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus penelitian tentang “Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare”

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang diatas maka tujuan dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini yaitu mendeskripsikan Literature Review Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian pada Klien Anak dengan Diare
- b. Menegakkan Diagnosa Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare
- c. Menyusun Perencanaan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare
- d. Melaksanakan Intervensi Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare
- e. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat bagi:

1. Penulis:

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

2. Rumah Sakit:

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada rumah sakit selaku pemberi pelayanan kesehatan mengenai penyakit diare pada anak.

3. Perkembangan Ilmu Keperawatan:

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya disiplin ilmu keperawatan mengenai asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Diare

1. Pengertian Diare

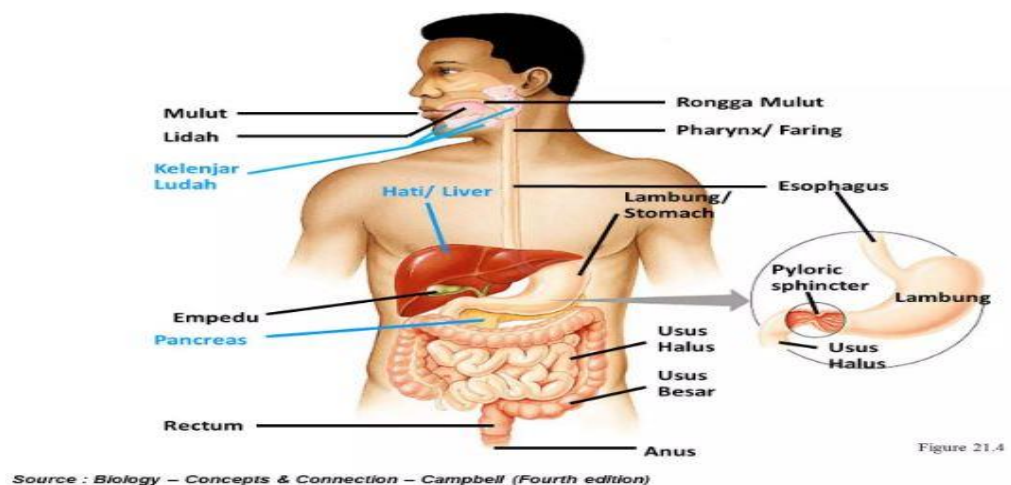
Menurut *World Health Organization* (WHO) pengertian diare adalah buang air besar dengan konsistensi cair sebanyak 3 kali atau lebih dalam satu hari atau 24 jam. Dua kriteria penting harus ada yaitu buang air besar cair dan sering, jadi misalnya buang air besar sehari tiga kali tapi tidak cair, maka tidak bisa disebut diare. Begitu juga apabila buang air besar dengan tinja cair tapi tidak sampai tiga kali dalam sehari, maka itu bukan diare.

Pengertian diare di definisikan adanya inflamasi pada membran mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan diare, muntah-muntah yang berakibat kehilangan cairan dan elektrolit yang menimbulkan dehidrasi dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Betz, 2009)

Diare merupakan kondisi yang ditandai dengan encernya tinja yang dikeluarkan dengan frekuensi BAB yang lebih sering dibandingkan dengan biasanya. Pada umumnya, diare terjadi akibat konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri, virus, atau parasit. Biasanya diare hanya berlangsung beberapa hari, namun pada sebagian kasus memanjang hingga berminggu-minggu (Sertiana, 2017)

Diare akut adalah buang air besar dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair, kandungan air tinja lebih banyak dari pada biasanya lebih dari 200 gram atau 200 ml dalam 24 jam. Definisi lain diare memakai frekuensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali sehari. Buang air besar tersebut dapat atau tanpa disertai lendir dan darah. Penularan diare karena infeksi melalui transmisi fekal-oral langsung dari penderita diare atau melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri patogen yang berasal dari tinja manusia, hewan, bahan muntahan penderita dan juga dapat melalui udara atau melalui aktifitas seksual kontak oral-genital atau oral-anal (Amin & Hardi, 2016).

2. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan



Gambar 2.1
Anatomi System Pencernaan
Sumber : Salamadian (2016)

Sistem organ pencernaan adalah sistem organ yang menerima makanan, mencerna untuk dijadikan energi dan nutrisi, serta mengeluarkan sisa proses tersebut. Susunan saluran pencernaan terdiri dari mulut, faring, esofagus, lambung usus halus, usus besar, rektum dan

anus. Saluran pencernaan makanan menerima makanan dari luar dan mempersiapkan bahan makanan untuk diserap oleh tubuh melalui proses mengunyah, menelan dan menyerap zat cair yang terdapat mulai dari mulut sampai ke anus. Setiap sel dalam tubuh memerlukan adanya suplai makanan yang terus menerus untuk dapat bertahan hidup. Makanan tersebut akan memberi energi, membangun jaringan baru, mengganti jaringan yang rusak dan untuk pertumbuhan. Fungsi utama dari sistem pencernaan adalah menyediakan zat nutrien yang sudah dicerna secara berkesinambungan, untuk didistribusikan ke dalam sel melalui sirkulasi dengan unsur-unsur (air, elektrolit, dan zat gizi). Sebelum zat ini diperoleh tubuh makan harus berjalan/bergerak sepanjang saluran pencernaan.

a. Mulut

Mulut merupakan organ yang pertama dari saluran pencernaan yang meluas dari bibir sampai ke isthmus fausium yaitu perbatasan antara mulut dengan faring, terdiri dari :

- 1) Vestibulum oris : bagian di antara bibir dan pipi di luar, gusi dan gigi bagian dalam. Bagian atas dan bawah vestibulum dibatasi oleh lipatan membrane mukosa bibir, pipi dan gusi. Pipi membentuk lateral vestibulum, disusun oleh M.buksinator, dilapisi oleh membran mukosa. Sebelah luar M.buksinator, diditutupi oleh fascia bukofaringealis, berhadapan dengan gigi molar kedua. Bagian atas terdapat papilla kecil tempat bermuaranya duktus glandula parotis.

2) Kavitas oris propria : Bagian di antara arkus alveolaris, gusi, dan gigi, memiliki atap yang dibentuk oleh alatum durum (palatum keras) bagian depan, palatum mole (palatum lunak) bagian belakang.

b. Gigi

Fungsi gigi adalah mengunyah makanan, pemecahan partikel besar menjadi partikel kecil yang dapat ditelan tanpa menimbulkan tersedak. Proses ini merupakan proses mekanik pertama yang dialami makanan pada waktu melalui saluran pencernaan dengan tujuan menghancurkan makanan, melicinkan, dan membasahi makanan yang kering dengan saliva serta mengaduk makanan sampai rata.

c. Lidah

Lidah terdapat dalam kavum oris, merupakan susunan otot serat lintang yang kasar dilengkapi dengan mukosa. Lidah berperan dalam proses mekanisme pencernaan di mulut dengan menggerakkan makanan ke segala arah. Bagian-bagian lidah adalah : pangkal lidah, pangkal lidah, ujung lidah.

d. Faring

Faring merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan panjangnya (kira-kira 12 cm), terbentang tegak lurus antara basis kranii setinggi vertebrae servikalis VI, ke bawah setinggi tulang rawan krikoid. Faring dibentuk oleh jaringan yang kuat (jaringan otot melingkar), organ terpenting didalamnya adalah tonsil yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit.

Untuk mempertahankan tubuh terhadap infeksi, menyaring dan mematikan bakteri yang masuk melalui jalan pencernaan dan pernapasan. Faring melanjutkan diri ke esofagus untuk pencernaan makanan. Faring terdiri atas tiga bagian : Nasofaring, Orofaring, Laringofaring

e. Esofagus

Merupakan saluran pencernaan setelah mulut dan faring. Panjangnya kira-kira 25 cm. Posisi vertikal dimulai dari bagian tengah leher bawah faring sampai ujung bawah rongga dada dibelakang trakhea. Pada bagian dalam dibelakang jantung menebus diafragma sampai rongga dada. Fundus lambung melewati persimpangan sebelah kiri diafragma. Lapisan dinding esofagus dari dalam ke luar : lapisan mukosa (selaput lendir), lapisan submukosa, lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang.

f. Lambung

Merupakan sebuah kantong muskuler yang letaknya antara esofagus dan usus halus, sebelah kiri abdomen, di bawah diafragma bagian depan pankreas dan limpa. Lambung merupakan saluran yang dapat mengembang karena adanya gerakan peristaltik terutama di daerah epigaster. Variasi dari bentuk lambung sesuai dengan jumlah makanan yang masuk, adanya gelombang peristaltik tekanan organ lain, dan postur tubuh. Bagian-bagian dari lambung meliputi : Fundus ventrikuli,

Korpus ventrikuli, Antrum pylorus, Kurvatura minor, Kurvatura mayor dan Ostium kardia.

Fungsi lambung :

- 1) Secara mekanis : menyimpan, mencampur dengan secret lambung, dan mengeluarkan kimus kedalam usus. Pendorongan makanan terjadi secara gerakan peristaltic setiap 20 detik.
- 2) Secara kimiawi : bolus dalam lambung akan dicampur dengan asam lambung dan enzim- enzim bergantung jenis makanan enzim yang dihasilkan antara lain : pepsin, HCL,renin, dan lapisan lambung.
- 3) Lambung menghasilkan zat faktor intrinsik bersama dengan faktor ekstrinsik dari makanan, membentuk zat yang disebut anti-anemik yang berguna untuk pertukaran trombosit yang disimpan dalam hati.

g. Usus Halus

Usus halus merupakan bagian dari sistem pencernaan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada sekum. Panjangnya kira-kira 6 meter, merupakan saluran pencernaan yang paling panjang dari tempat proses pencernaan dan absorpsi pencernaan. Bentuk dan susunannya berupa lipatan-lipatan melingkar. Makanan dalam intestinum minor dapat masuk karena adanya gerakan dan memberikan permukaan yang lebih halus. Banyak jonjot-jonjot tempat absorpsi dan memperluas permukaannya Pada ujung dan pangkalnya terdapat katup. Usus halus terdiri dari duodenum, jejunum, ileum. Fungsi usus halus yaitu : menyekresi cairan usus, menerima cairan empedu dan pankreas

melalui duktus kholodukus dan duktus pankreatikus, mencerna makanan, mengabsorpsi air garam dan vitamin, protein dalam bentuk asam amino, karbohidrat dalam monoksida, dan menggerakkan kandungan usus.

h. Usus Besar

Usus besar merupakan saluran pencernaan berupa usus berpenampang luas atau berdiameter besar dengan panjang kira-kira 1,5-1,7 meter dan penampang 5-5cm. Lanjutan dari usus halus yang tersusun seperti huruf U terbalik mengelilingi usus halus terbentang dari valvula iliosekalis sampai anus. Lapisan usus besar dari dalam keluar : lapisan selaput lendir atau mukosa , lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang, dan lapisan jaringan ikat. Bagian dari usus besar : sekum, kolon ascendens, kolon transversum, kolon descendens dan kolon sigmoid.

Fungsi usus besar :

- 1) Menyerap air dan elektrolit, untuk kemudian sisa massa membentuk massa yang lembek yang disebut feses.
- 2) Menyimpan bahan feses.
- 3) Tempat tinggal bakteri koli.

i. Rectum

Rectum merupakan lanjutan dari kolon sigmoid yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus sepanjang 12 cm.

Dimulai dari pertengahan sacrum dan berakhir pada kanalis anus.

Rectum terletak pada rongga pelvis, didepan os sacrum dan os kokgis.

3. Klasifikasi

Menurut (Amin & Hardi, 2016) Diare dapat di klasifikasikan berdasarkan :

a. Lama waktu diare :

1) Akut : berlangsung selama kurang dari 2 minggu

2) Kronik : berlangsung selama lebih dari 2 minggu

b. Mekanisme patologis : osmotik atau sekretik

c. Berat ringan diare : kecil atau besar

d. Penyebab infeksi atau tidak : infeksi atau non infeksi

e. Penyebab organik atau tidak : organik atau fungsional

4. Etiologi

Menurut (Amin & Hardi, 2016) Etiologi pada diare meliputi :

a. Diare akut

1) Virus

Rotavirus, Adenovirus, Norwalk virus

2) Parasit, Protozoa

Giardia Lambdia, Entamoeba hystolitica, trikomonas hominis,

Isospora sp

3) Cacing

A lumbricoides, A duodenale, N americanus, T trichiura, O

vermicularis, S strecolaris, T saginata, T sollium

4) Bakteri

Yang memproduksi enterotoksi (S. Aureus, C. Perfringens, E. Coli, V cholera, C difficile) dan yang menimbulkan inflamasi pada mukosa usus (Salmonella spp, Yersinia)

b. Diare Kronik

Umumnya diare kronik dapat dikelompokkan dalam 6 kategori patogenesis terjadinya yaitu :

- 1) Diare osmotik
- 2) Diare sekretorik
- 3) Diare karena gangguan motilitas
- 4) Diare inflamatorik
- 5) Malabsorpsi
- 6) Infeksi kronik

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut (Amin & Hardi, 2016) yaitu :

a. Diare Akut

- 1) Akan hilang dalam waktu 72 jam dari onset
- 2) Onset yang tak terduga dari buang air besar encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak dan nyeri perut
- 3) Nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut
- 4) Demam

b. Diare Kronik

- 1) Serangan lebih sering selama 2-3 periode yang lebih panjang
- 2) Penurunan berat badan dan nafsu makan
- 3) Demam indikasi terjadi infeksi
- 4) Dehidrasi tanda-tandanya hipotensi takikardia dan denyut nadi lemah

Bentuk Klinis diare dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.1 Bentuk klinis diare

| Diagnosa | Didasarkan pada keadaan |
|--|--|
| Diare cair akut | - Diare lebih dari 3 kali sehari berlangsung kurang dari 14 hari - Tidak mengandung darah |
| Kolera | - Diare yang sering dan banyak akan cepat menimbulkan dehidrasi berat, atau - Diare dengan dehidrasi berat selama terjadi KLB kolera, atau - Diare dengan hasil kultur tinja positif untuk V. Cholera 01 atau 0139 |
| Disentri | - Diare berdarah (terlihat atau dilaporkan) |
| Diare persisten | - Diare berlangsung selama 14 hari atau lebih |
| Diare dengan gizi buruk | - Diare apapun yang disertai gizi buruk |
| Diare terkait antibiotika (Antibiotic Associated Diarrhea) | - Mendapat pengobatan antibiotikoral spectrum luas |
| Invaginasi | - Dominan darah dan lender dalam tinja - Massa intra abdominal (abdominal mass) - Tangisan keras dan kepuatan pada bayi |

Sumber : (Amin & Hardi, 2016)

Klasifikasi tingkat dehidrasi anak dengan diare dapat dilihat pada table sebagai berikut :

Tabel 2.2 Klasifikasi tingkat dehidrasi anak dengan diare

| Klasifikasi | Tanda-tanda atau gejala | Pengobatan |
|------------------------------|---|--|
| Dehidrasi berat | Terdapat 2 atau lebih tanda : <ul style="list-style-type: none"> - Letargis/tidak sadar - Mata cekung - Tidak bisa minum atau malas minum - Cubitan kulit perut kembali saat (\geq 2 detik) | Beri cairan untuk diare dengan dehidrasi berat |
| Dehidrasi ringan atau sedang | Terdapat 2 atau lebih tanda : <ul style="list-style-type: none"> - Rewel, gelisah - Mata cekung - Minum dengan baik, terasa haus - Cubitan kulit kembali dengan lambat | <ul style="list-style-type: none"> - Beri anak cairan dengan makanan untuk dehidrasi ringan - Setelah rehidrasi, nasehati ibu untuk penanganan di rumah dan kapan kembali segera |
| Tanpa dehidrasi | Tidak terdapat cukup tanda untuk di klasifikasikan sebagai dehidrasi ringan atau berat | <ul style="list-style-type: none"> - Beri cairan dan makanan untuk menangani diare di rumah - Nasehati ibu kapan kembali segera - Kunjungan ulang dalam waktu 5 hari jika tidak membaik |

Sumber : Amin & Hardi, (2016)

6. Patofisiologi

Virus atau bakteri dapat masuk ke dalam tubuh bersama makanan dan minuman. Virus atau bakteri tersebut akan sampai ke sel-sel epitel usus halus dan akan menyebabkan infeksi, sehingga dapat merusak sel-sel epitel tersebut. Sel-sel epitel yang rusak akan digantikan oleh sel-sel epitel yang belum matang sehingga fungsi sel-sel ini masih belum

optimal. Selanjutnya, vili-vili usus halus mengalami atrofi yang mengakibatkan tidak terserapnya cairan dan makanan dengan baik. Cairan dan makanan yang tidak terserap akan terkumpul di usus halus dan tekanan osmotik usus akan meningkat. Hal ini menyebabkan banyak cairan ditarik ke dalam lumen usus. Cairan dan makanan yang tidak diserap tadi akan terdorong keluar melalui anus dan terjadilah diare (Utami et al., 2016)

Menurut Tanto, et al (2007), proses terjadinya diare disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya :

1) Faktor infeksi

Proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Selanjutnya terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan transpor aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat.

2) Faktor malabsorpsi

Merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan

kan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare.

3) Faktor makanan

Faktor ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makan yang kemudian menyebabkan diare.

4) Faktor psikologis

Faktor ini dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya mempengaruhi proses penyerapan makanan yang dapat menyebabkan diare.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) Pemeriksaan penunjang pada diare adalah sebagai berikut :

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

8. Penatalaksanaan

Program lima langkah tuntas diare yaitu menurut (Kemenkes RI, 2011) :

a. Rehidrasi menggunakan oralit osmolaritas rendah

Oralit merupakan campuran garam elektrolit, seperti natrium glukosa anhidrat. Oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terbuang saat diare. Walaupun air sangat penting untuk mencegah dehidrasi, air minum tidak mengandung garam elektrolit yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh sehingga lebih diutamakan oralit. Campuran glukosa dan garam yang terkandung dalam oralit dapat diserap dengan baik oleh usus penderita diare. cara pemberian oralit yaitu satu bungkus oralit dimasukkan ke dalam satu gelas air matang (200 cc)

- 1) Anak kurang dari 1 tahun diberi 50-100 cc cairan oralit setiap kali buang air besar.
- 2) Anak lebih dari 1 tahun diberi 100-200 cc cairan oralit setiap kali buang air besar.

b. Berikan Zinc selama 10 hari berturut-turut

Zinc merupakan salah satu zat gizi mikro yang penting untuk kesehatan dan pertumbuhan anak. Zinc yang ada dalam tubuh akan menurun dalam jumlah besar ketika anak mengalami diare. Untuk menggantikan zinc yang hilang selama diare, anak dapat diberikan zinc yang akan membantu penyembuhan diare serta menjaga agar anak tetap

sehat. Pada saat diare, anak akan kehilangan zinc dalam tubuhnya. Pemberian Zinc mampu menggantikan kandungan Zinc alami tubuh yang hilang tersebut dan mempercepat penyembuhan diare. Zinc juga meningkatkan sistem kekebalan tubuh sehingga dapat mencegah risiko terulangnya diare selama 2-3 bulan setelah anak sembuh dari diare.

Obat Zinc merupakan tablet dispersible yang larut dalam waktu sekitar 30 detik. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut dengan dosis sebagai berikut:

- a. Balita umur < 6 bulan: 1/2 tablet (10 mg)/ hari
- b. Balita umur \geq 6 bulan: 1 tablet (20 mg)/ hari
- c. Teruskan ASI dan pemberian makan

ASI tidak menyebabkan diare, justru ASI dapat mencegah diare.

Bayi dibawah 6 bulan sebaiknya hanya mendapat ASI untuk mencegah diare dan meningkatkan sistem imunitas tubuh bayi. anak tetap diberi

kan ASI bila diare jika anak masih mendapatkan ASI, maka teruskan pemberian ASI sebanyak dia mau. Jika anak mau lebih banyak dari biasanya itu akan lebih baik. Biarkan dia makan sebanyak dan selama dia mau. anak dengan diare harus diberi makan seperti biasa dengan frekuensi lebih sering. Lakukan ini sampai dua minggu setelah anak berhenti diare. Jangan batasi makanan anak jika ia mau lebih banyak, karena lebih banyak makanan akan membantu mempercepat penyembuhan, pemulihan dan mencegah malnutrisi.

d. Berikan antibiotik secara selektif

Tidak setiap anak diare harus diberikan antibiotik karena tidak semua kasus diare memerlukan antibiotik. Antibiotik hanya diberikan jika ada indikasi, seperti diare berdarah atau diare karena kolera, atau diare dengan disertai penyakit lain. Ini sangat penting karena sering kali ketika diare, masyarakat langsung membeli antibiotik seperti Tetrasiklin atau Ampicillin. Selain tidak efektif, tindakan ini berbahaya karena jika antibiotik tidak dihabiskan sesuai dosis akan menimbulkan resistensi kuman terhadap antibiotik. Selain bahaya resistensi kuman, pemberian antibiotik yang tidak tepat bisa membunuh flora normal yang justru dibutuhkan tubuh. Efek samping dari penggunaan antibiotik yang tidak rasional adalah timbulnya gangguan fungsi ginjal, hati dan diare yang disebabkan oleh antibiotik.

e. Nasihat kepada orang tua/pengasuh

Berikan nasihat dan cek pemahaman ibu atau pengasuh tentang cara pemberian Oralit, Zinc, ASI atau makanan dan tanda-tanda untuk segera membawa anaknya ke petugas kesehatan jika anak :

- 1) Buang air besar cair lebih sering
- 2) Muntah secara berulang-ulang
- 3) Mengalami rasa haus yang nyata
- 4) Makan atau minum yang sedikit
- 5) Demam

6) Tinjanya berdarah dan tidak membaik dalam waktu 3 hari

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Pengertian Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Komponen Masalah Keperawatan

Dalam konsep masalah keperawatan terdapat dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) atau label diagnosis dan indikator diagnostik. Masing-masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut :

a. Masalah (*Problem*)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas Deskriptor atau penjabar dan fokus diagnostik. Deskriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi.

b. Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko dengan uraian sebagai berikut :

- 1) Penyebab (*Etiology*) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu : 1) fisiologis, biologis atau psikologis; 2) efek samping terapi/tindakan; 3) situasional (lingkungan antar personal); dan 4) maturasional.
- 2) Tanda (*sign*) dan Gejala (*Symptom*). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostic, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda/ gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu :
 - a) Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosis.
 - b) Minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis.

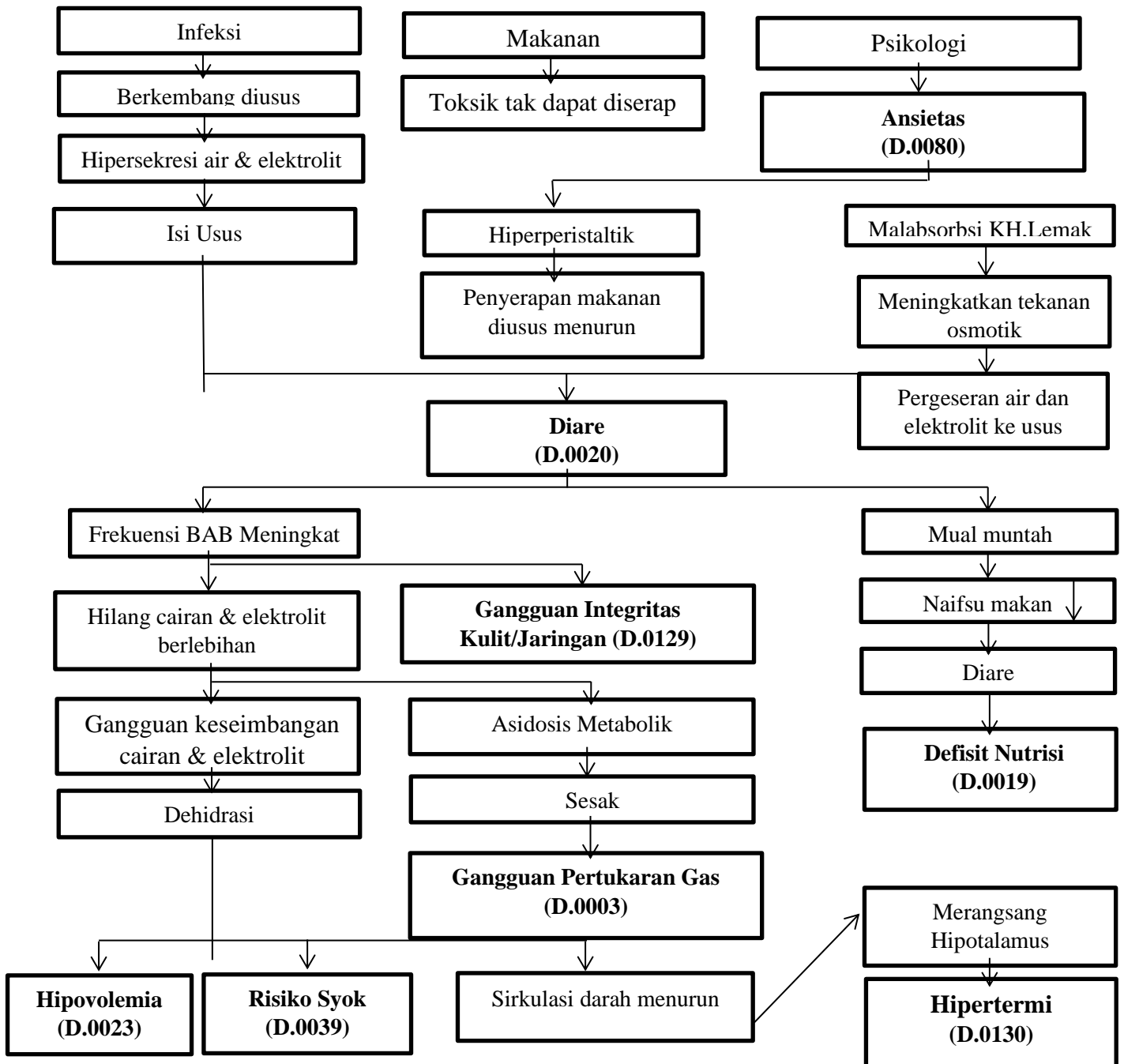
(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Faktor yang berhubungan

Faktor yang berhubungan atau kondisi klinis yang terkait atau penyebab pada masalah keperawatan merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan yang mencakup empat kategori yaitu : a. fisiologis, biologis, psikologis; b. efek terapi atau tindakan ; c. situasional (lingkungan atau personal); d. maturasional (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

4. Pathway Penyakit Diare

Bagan 2.1 Pathway penyakit diare



Sumber : Nurarif & Kusuma (2016); PPNI (2017)

5. Masalah Keperawatan pada Diare

Konsep masalah keperawatan meliputi definisi, kriteria masalah, dan faktor yang berhubungan, berikut ini merupakan penjelasan dari masalah-masalah keperawatan pada penyakit Diare (tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

a. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)

1) Definisi

Gangguan pertukaran gas merupakan kelebihan atau kekurangan oksigenisasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler.

2) Penyebab

- a) Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- b) Perubahan membrane alveolus-kapiler

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif

- a) Dispnea

Obyektif

- a) PCO_2 meningkat/menurun
- b) PCO_2 menurun
- c) Takikardia
- d) pH arteri meningkat/menurun
- e) Bunyi nafas tambahan

4) Gejala dan Tanda Minor

Subyektif

- a) Pusing
- b) Penglihatan kabur

Obyektif

- a) Sianosis
- b) Diaforesis
- c) Gelisah
- d) Napas cuping hidung
- e) Pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/iraguler, dalam/dangkal)
- f) Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan)
- g) Kesadaran menurun

b. Diare (D.0020)

1) Definisi

Diare merupakan pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak terbentuk.

2) Penyebab

Fisiologis

- a) Inflamasi gastrointestinal
- b) Iritasi gastrointestinal
- c) Proses Infeksi
- d) Malabsorpsi

Psikologis

- a) Kecemasan
- b) Tingkat stress tinggi

Situsional

- a) Terpapar kontaminan
- b) Terpapar toksin
- c) Penyalahgunaan laksatif
- d) Penyalahgunaan zat
- e) Program pengobatan (mis: agen tiroid, analgesik, pelunak feses, ferosulfat, antasida, cimetidine dan antibiotik)
- f) Perubahan air dan makanan
- g) Bakteri pada air

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif (tidak tersedia)

Obyektif

- a) Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam
- b) Feses lembek atau cair

4) Gejala dan Tanda Minor

Subyektif

- a) Urgency
- b) Nyeri/kram abdomen

Obyektif

- a) Frekuensi peristaltic meningkat
- b) Bising usus hiperaktif

c. Hipertermia (D.0130)

1) Definisi

Hipertermia merupakan suhu tubuh yang meningkat diatas rentang normal tubuh.

2) Penyebab

- a) Dehidrasi
- b) Tepapar lingkungan panas
- c) Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)
- d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- e) Peningkatan laju metabolisme
- f) Respon trauma
- g) Aktivitas berlebihan
- h) Penggunaan inkubator

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif (tidak tersedia)

Objektif

- a) Suhu tubuh diatas nilai normal

4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif (tidak tersedia)

Objektif

- a) Kulit merah
- b) Kejang
- c) Takikardi
- d) Takipnea
- e) Kulit terasa hangat

d. Hipovolemia (D.0023)

1) Definisi

Hipovolemi merupakan penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel dan /atau intraseluler.

2) Penyebab

- a) Kehilangan cairan aktif
- b) Kegagalan mekanisme regulasi
- c) Peningkatan permeabilitas kapiler
- d) Kekurangan *intake* cairan
- e) Evaporasi

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif (tidak tersedia)

Obyektif

- a) Frekuensi nadi meningkat
- b) Nadi teraba lemah
- c) Tekanan darah menurun
- d) Tekanan nadi menyempit

- e) Turgor kulit menurun
- f) Membran mukosa kering
- g) Volume urine menurun
- h) Hematokrit meningkat

4) Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif (tidak tersedia)

Obyektif

- a) Pengisian vena menurun
- b) *Status* mental berubah
- c) Suhu tubuh meningkat
- d) Konsentrasi urinmeningkat
- e) Berat badan turun tiba-tiba

e. Gangguan Integritas Kulit (D.0129)

1) Definisi

Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen).

2) Penyebab

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Bahan kimia iritatif

- f) Suhu lingkungan yang ekstrem
 - g) Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
 - h) Efek samping terapi radiasi
 - i) Kelembaban
 - j) Proses penuaan
 - k) Neuropati perifer
 - l) Perubahan pigmentasi
 - m) Perubahan hormonal
 - n) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/
melindungi integritas jaringan
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- Subyektif (tidak tersedia)
 - Obyektif
 - a) Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- Subyektif (tidak tersedia)
 - Obyektif
 - a) Nyeri
 - b) Perdarahan
 - c) Kemerahan
 - d) Hematoma

f. Defisit Nutrisi (D.0019)

1) Definisi

Defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Penyebab

- a) Kurangnya asupan makanan
- b) Ketidakmampuan menelan makanan
- c) Ketidakmampuan mencerna makanan
- d) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- e) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- f) Faktor ekonomi (mis: finansial tidak mencukupi)
- g) Faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif (tidak tersedia)

Obyektif

- a) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

4) Gejala dan Tanda Minor

Subyektif

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kram/nyeri abdomen
- c) Nafsu makan menurun

Obyektif

- a) Bising usus hiperaktif

- b) Otot pengunyah lemah
- c) Otot menelan lemah
- d) Membran mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun
- g) Rambut rontok berlebihan
- h) Diare

g. Risiko Syok (D.0039)

1) Definisi

Risiko syok yaitu beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

2) Faktor risiko

1. Hipoksemia
2. Hipoksia
3. Hipotensi
4. Kekurangan volume cairan
5. Sepsis
6. Sindrom respons inflamasi sistemik (*systemic inflammatory response syndrome* [SIRS])

h. Ansietas (D.0080)

1) Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Penyebab

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi sistem keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
- l) Kurang terpapar informasi

3) Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

c) Sulit berkonsentrasi

Obyektif

a) Tampak gelisah

b) Tampak tegang

c) Sulit tidur

4) Gejala dan Tanda Minor

Subyektif

a) Mengeluh pusing

b) Anoreksia

c) Palpitasi

d) Merasa tidak berdaya

Obyektif

a) Frekuensi napas meningkat

b) Frekuensi nadi meningkat

c) Tekanan darah meningkat

d) Diaforesis

e) Tremor

f) Muka tampak pucat

g) Suara bergetar

h) Kontak mata buruk

i) Sering berkemih

j) Berorientasi pada masa lalu

C. Konsep Asuhan Keperawatan Diare

Konsep keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi

1. Pengkajian Keperawatan

Tahap pengkajian keperawatan merupakan pemikiran dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

- a. Keluhan Utama
- b. Riwayat Penyakit Sekarang
- c. Riwayat Kesehatan Dahulu
- d. Riwayat Kesehatan Keluarga
- e. Riwayat Kesehatan Lingkungan
- f. Imunisasi
- g. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan
- h. Nutrisi
- i. Pemeriksaan fisik

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu,

keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus diare yaitu:

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler
- b. Diare berhubungan dengan fisiologis (inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi), Psikologis (kecemasan, tingkat stress tinggi), situasional (terpapar kontaminan, terpapar toksin, penyalahgunaan laksatif, program pengobatan, perubahan air dan makanan, bakteri pada air)
- c. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, proses penyakit (mis. infeksi), peningkatan laju metabolisme
- d. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan *intake* cairan, evaporasi
- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, perubahan pigmentasi, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindung integritas jaringan
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan

kebutuhan metabolisme, faktor psikologis (mis: keengganan untuk makan)

- g. Risiko syok dibuktikan dengan kekurangan volume cairan
- h. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, ancaman terhadap konsep diri, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, kurang terpapar informasi.

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah gambaran atau tindakan yang akan dilakukan untuk memecahkan masalah keperawatan yang dihadapi pasien. Adapun rencana keperawatan yang sesuai dengan penyakit Diare menurut (PPNI, 2017) (PPNI, 2018) adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan pertukaran gas (D.0003) berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, perubahan membran alveolus kapiler

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka pertukaran gas (L.01003) meningkat dengan

Kriteria Hasil :

- a) Pusing menurun
- b) Diaforesis menurun
- c) Gelisah menurun
- d) Sianosis membaik
- e) Warna kulit membaik

2) Intervensi Keperawatan :

Observasi :

- a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b) Monitor pola napas (mis. bradipnea, takipnea, hiperventilasi)
- c) Monitor kemampuan batuk efektif
- d) Monitor adanya produksi sputum
- e) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g) Auskultasi bunyi napas
- h) Monitor saturasi oksigen
- i) Monitor nilai AGD (Analisa Gas Darah)
- j) Monitor x-ray toraks

Teraupetik :

- a) Alur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi :

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

b. Diare (D.0020) berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, terpapar kontaminan, penyalahgunaan laksatif, bakteri pada air

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka eliminasi fekal membaik (L.04033) dengan

Kriteria Hasil :

- a) Kontrol pengeluaran feses meningkat
- b) Keluhan defeksi lama dan sulit menurun
- c) Mengejan saat defeksi menurun
- d) Distensi abdomen menurun
- e) Nyeri abdomen menurun
- f) Konsistensi membaik
- g) Frekuensi defekasi membaik
- h) Peristaltik usus membaik

2) Intervensi Keperawatan :

Observasi :

- a) Identifikasi penyebab diare (mis inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, ansietas, efek obat-obatan, pemberian botol susu)
- b) Identifikasi riwayat pemberian makanan
- c) Identifikasi gejala invaginasi (mis. tangisan keras, keputihan pada bayi)
- c) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsententrasi tinja
- d) Monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis. takikardia, nadi terasa lemah, tekanan darah turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, berat badan menurun)
- e) Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal
- f) Monitor jumlah pengeluaran diare

g) Monitor keamanan penyiapan makanan

Teraupetik :

a) Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, *pedialyte, renalyte*)

b) Pasang jalur intravena

c) Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), *jika perlu*

d) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit

e) Ambil sampel feses untuk kultur, *jika perlu*

Edukasi :

a) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap

b) Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa

c) Anjurkan melanjutkan pemberian ASI

Kolaborasi :

a) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat)

b) Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis. ekstrak belladonna, mebeverine)

c) Kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis. atapulgit, smektit, kaolin-pektin)

c. Hipertermia (D.0130) berhubungan dengan dehidrasi, proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) , Peningkatan laju metabolisme

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka terdapat perbaikan (L.14134) dengan

Kriteria Hasil :

- a) Menggigil menurun
- b) Suhu tubuh membaik

2) Intervensi Keperawatan :

Observasi :

- a) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi)
- b) Monitor suhu tubuh
- c) Monitor kadar elektrolit
- d) Monitor haluaran urine
- e) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Teraupetik :

- a) Sediakan lingkungan yang dingin
- b) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- c) Berikan cairan oral
- d) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)
- f) Lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- g) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin

h) Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi :

a) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi :

a) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit, *jika perlu*

d. Hipovolemia (D.0023) berhubungan dengan kekurangan *intake* cairan

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status cairan membaik (L.03028) dengan

Kriteria Hasil :

a) Kekuatan nadi meningkat

b) Turgor kulit meningkat

c) Output urine meningkat

d) Membran mukosa membaik

e) Intake cairan membaik

2) Intervensi Keperawatan

Observasi :

a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)

b) Monitor intake dan output cairan

Teraupetik :

- a) Hitung kebutuhan cairan
- b) Berikan asupan cairan oral

Edukasi :

- a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
- b) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
- c) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, Plasmanate)
- d) Kolaborasi pemberian produk darah

e. Gangguan Integritas Kulit atau Jaringan (D.0129) berhubungan dengan Kekurangan atau kelebihan volume cairan

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125) dengan

Kriteria Hasil :

- a) Elastisitas meningkat
- b) Hidrasi meningkat

2) Intervensi Keperawatan

Observasi :

- a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi)

Teraupetik :

- a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- b) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- c) Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak untuk kulit kering
- d) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
- e) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.

Edukasi :

- a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis.lotion)
 - b) Anjurkan minum air yang cukup
 - c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
 - e) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
- f. Defisit Nutrisi (D.0019) berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status nutrisi membaik (L.03030) dengan

Kriteria Hasil :

- a) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
- b) Berat badan membaik
- c) Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik

d) Frekuensi makan membaik

e) Nafsu makan membaik

2) Intervensi Keperawatan

Observasi :

a) Identifikasi status nutrisi

b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

c) Identifikasi makanan yang disukai

d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi

e) Monitor asupan makanan

f) Monitor berat badan

g) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Teraupetik :

a) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, *jika perlu*

b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan)

c) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

d) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*

Edukasi :

a) Anjurkan posisi duduk, *jika mampu*

b) Anjurkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi :

a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan(mis.antiemetik),

jika perlu

b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan , *jika perlu*

g. Risiko Syok (D.0039) d.d kekurangan volume cairan

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat syok menurun (L.03032) dengan

Kriteria Hasil :

a) Kekuatan nadi meningkat

b) Output urine meningkat

c) Akral dingin menurun

d) Pucat menurun

2) Intervensi Keperawatan :

Observasi :

a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, TD, MAP)

b) Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi,AGD)

c) Monitor status cairan (turgor kulit, CRT)

d) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil

e) Periksa riwayat alergi

Teraupetik :

a) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

b) Pasang jalur IV , jika perlu

d) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, *jika perlu*

e) Lakukan *skin test* untuk mencegah reaksi alergi

Edukasi :

- a) Jelaskan penyebab/faktor risiko syok
- b) Jelaskan tanda dan gejala awal syok
- c) Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok
- d) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- e) Anjurkan menghindari alergen

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian IV, *jika perlu*
- b) Kolaborasi pemberian transfusi darah, *jika perlu*
- c) Kolaborasi pemberian antiinflamasi, *jika perlu*

h. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan hospitalisasi

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan , maka tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan

Kriteria Hasil :

- a) Perilaku gelisah menurun
- b) Perilaku tegang
- c) Pola tidur membaik

2) Intervensi Keperawatan

Observasi :

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.kondisi, waktu, stressor)
- b) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Teraupetik :

- a) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, *jika memungkinkan*
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- g) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, *jika perlu*
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- f) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- g) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- h) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- i) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

4. Implementasi Keperawatan

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-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.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi sumatif dan formatif dengan menggunakan beberapa metode. Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

a. Evaluasi berjalan (sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. format yang dipakai adalah format SOAP.

b. Evaluasi akhir (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan di antara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

D. Konsep Keperawatan Anak

1. Paradigma Keperawatan Anak

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, di antaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan (Arnis, 2016)

a. Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja.

Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai

b. Sehat-sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan

baik fisik sosial maupun spiritual. Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan.

c. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak.

d. Keperawatan

Komponen ini merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan

kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak (Wong, 2009).

2. Prinsip keperawatan anak

- a. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- b. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
- c. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.
- d. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam

mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.

- e. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
- f. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.
- g. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

3. Peran perawat anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak perbedaan-perbedaan yang diperhatikan dimana harus disesuaikan dengan usia anak serta pertumbuhan dan perkembangan karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik secara fisiologis maupun psikologis anak itu

sendiri. Perawat harus memperhatikan beberapa prinsip, mari kita pelajari prinsip tersebut.

Perawat harus memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari:

a. Sebagai pendidik.

Perawat berperan sebagai pendidik, baik secara langsung dengan memberi penyuluhan/pendidikan kesehatan pada orang tua maupun secara tidak langsung dengan menolong orang tua/anak memahami pengobatan dan perawatan anaknya. Kebutuhan orang tua terhadap pendidikan kesehatan dapat mencakup pengertian dasar penyakit anaknya, perawatan anak selama dirawat di rumah sakit, serta perawatan lanjut untuk persiapan pulang ke rumah. Tiga domain yang dapat di rubah oleh perawat melalui pendidikan kesehatan adalah pengetahuan, keterampilan serta sikap keluarga dalam hal kesehatan khususnya perawatan anak sakit.

b. Sebagai konselor

Suatu waktu anak dan keluarganya mempunyai kebutuhan psikologis berupa dukungan/dorongan mental. Sebagai konselor, perawat dapat memberikan konseling keperawatan ketika anak dan keluarganya membutuhkan. Hal inilah yang membedakan layanan konseling dengan pendidikan kesehatan. Dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan dan hadir secara fisik maka

perawat dapat saling bertukar pikiran dan pendapat dengan orang tua tentang masalah anak dan keluarganya dan membantu mencari alternatif pemecahannya.

c. Melakukan koordinasi atau kolaborasi.

Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dengan tujuan terlaksananya asuhan yang holistik dan komprehensif. Perawat berada pada posisi kunci untuk menjadi koordinator pelayanan kesehatan karena 24 jam berada di samping pasien. Keluarga adalah mitra perawat, oleh karena itu kerja sama dengan keluarga juga harus terbina dengan baik tidak hanya saat perawat membutuhkan informasi dari keluarga saja, melainkan seluruh rangkaian proses perawatan anak harus melibatkan keluarga secara aktif.

d. Sebagai pembuat keputusan etik.

Perawat dituntut untuk dapat berperan sebagai pembuat keputusan etik dengan berdasarkan pada nilai normal yang diyakini dengan penekanan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal-hal yang merugikan pasien dan keuntungan asuhan keperawatan yaitu meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat juga harus terlibat dalam perumusan rencana pelayanan kesehatan di tingkat kebijakan. Perawat harus mempunyai suara untuk didengar oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Perawat yang paling mengerti

tentang pelayanan keperawatan anak. Oleh karena itu perawat harus dapat meyakinkan pemegang kebijakan bahwa usulan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak.

e. Sebagai peneliti.

Sebagai peneliti perawat anak membutuhkan keterlibatan penuh dalam upaya menemukan masalah-masalah keperawatan anak yang harus diteliti, melaksanakan penelitian langsung dan menggunakan hasil penelitian kesehatan/keperawatan anak dengan tujuan meningkatkan kualitas praktik/asuhan keperawatan pada anak. Pada peran ini diperlukan kemampuan berpikir kritis dalam melihat fenomena yang ada dalam layanan asuhan keperawatan anak sehari-hari dan menelusuri penelitian yang telah dilakukan serta menggunakan literatur untuk memvalidasi masalah penelitian yang ditemukan. Pada tingkat kualifikasi tertentu, perawat harus dapat melaksanakan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan anak.

4. Pertumbuhan dan perkembangan

Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan Menurut Soetjiningsih (2012), pertumbuhan (growth) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen

tubuh). Dalam pengertian lain dikatakan bahwa pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh baik sebagian maupun seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel (IDAI, 2002).

Sedangkan perkembangan (development) adalah bertambahnya kemampuan serta struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang terorganisasi dan berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Dalam hal ini perkembangan juga termasuk perkembangan emosi, intelektual dan perilaku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan (Soetjiningsih, 2012).

5. Batasan Usia Anak

Batasan Usia Anak Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, pasal 1 Ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut definisi *World Health Organization* (WHO), batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 19 tahun. Berdasarkan Konvensi Hak-hak Anak yang disetujui oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-bangsa pada tanggal 20 Nopember 1989 dan diratifikasi Indonesia pada tahun 1990, Bagian 1 pasal 1, yang dimaksud Anak adalah setiap orang yang berusia di

bawah 18 tahun, kecuali berdasarkan undang-undang yang berlaku bagi anak ditentukan bahwa usia dewasa dicapai lebih awal.(Soediono, 2014)

6. Konsep Hospitalisasi

Pengertian Hospitalisasi adalah pengalaman penuh cemas baik bagi anak maupun keluarganya. Kecemasan utama yang dialami dapat berupa perpisahan dengan keluarga, kehilangan kontrol, lingkungan yang asing, kehilangan kemandirian dan kebebasan. Reaksi anak dapat dipengaruhi oleh perkembangan usia anak, pengalaman terhadap sakit, diagnosa penyakit, sistem dukungan dan koping terhadap cemas (Nursalam, 2013). Hospitalisasi adalah suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak mengalami perubahan dari keadaan sehat dan rutinitas lingkungan serta mekanisme koping yang terbatas dalam menghadapi stresor. Stresor utama dalam hospitalisasi adalah perpisahan, kehilangan kendali dan nyeri (Wong, 2009).

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan. Meskipun demikian dirawat di rumah sakit tetap merupakan masalah besar dan menimbulkan ketakutan dan cemas bagi anak (Supartini, 2009). Berdasarkan beberapa penelitian di atas maka dapat disimpulkan bahwa hospitalisasi merupakan pengalaman penuh cemas baik bagi anak maupun keluarganya karena alasan berencana

atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan.

a. Dampak hospitalisasi

Menurut Cooke & Rudolph (2009), hospitalisasi dalam waktu lama dengan lingkungan yang tidak efisien teridentifikasi dapat mengakibatkan perubahan perkembangan emosional dan intelektual anak. Anak yang biasanya mendapatkan perawatan yang kurang baik selama dirawat, tidak hanya memiliki perkembangan dan pertumbuhan fisik yang kurang optimal, melainkan pula mengalami gangguan hebat terhadap status psikologis. Anak masih punya keterbatasan kemampuan untuk mengungkapkan suatu keinginan. Gangguan tersebut dapat diminimalkan dengan peran orang tua melalui pemberian rasa kasih sayang

Depresi dan menarik diri sering kali terjadi setelah anak menjalani hospitalisasi dalam waktu lama. Banyak anak akan mengalami penurunan emosional setelah menjalani hospitalisasi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak yang dihospitalisasi dapat mengalami gangguan untuk tidur dan makan, perilaku regresif seperti kencing di atas tempat tidur, hiperaktif, perilaku agresif, mudah tersinggung, terteror pada saat malam hari dan negativisme (Herliana, 2010). Berikut ini adalah dampak hospitalisasi terhadap anak usia prasekolah menurut Nursalam (2013), sebagai berikut:

1) Cemas disebabkan perpisahan Sebagian besar kecemasan yang terjadi pada anak pertengahan sampai anak periode prasekolah khususnya anak berumur 6-30 bulan adalah cemas karena perpisahan. Hubungan anak dengan ibu sangat dekat sehingga perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan terhadap orang yang terdekat bagi diri anak. Selain itu, lingkungan yang belum dikenal akan mengakibatkan perasaan tidak aman dan rasa cemas

2) Kehilangan kontrol

Anak yang mengalami hospitalisasi biasanya kehilangan kontrol. Hal ini terlihat jelas dalam perilaku anak dalam hal kemampuan motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, melakukan aktivitas hidup sehari-hari activity daily living (ADL), dan komunikasi. Akibat sakit dan dirawat di rumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan pandangan ego dalam mengembangkan otonominya. Ketergantungan merupakan karakteristik anak dari peran terhadap sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan cara negatif, anak akan menjadi cepat marah dan agresif. Jika terjadi ketergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronis), maka anak akan kehilangan otonominya dan pada akhirnya akan menarik diri dari hubungan interpersonal.

3) Luka pada tubuh dan rasa sakit (rasa nyeri)

Konsep tentang citra tubuh, khususnya pengertian body boundaries (perlindungan tubuh), pada kanak-kanak sedikit sekali berkembang. Berdasarkan hasil pengamatan, bila dilakukan pemeriksaan telinga, mulut atau suhu pada rektal akan membuat anak sangat cemas. Reaksi anak terhadap tindakan yang tidak menyakitkan sama seperti tindakan yang sangat menyakitkan. Anak akan bereaksi terhadap rasa nyeri dengan menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, menendang, memukul atau berlari keluar.

4) Dampak negatif dari hospitalisasi lainnya pada usia anak prasekolah adalah gangguan fisik, psikis, sosial dan adaptasi terhadap lingkungan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk literature review untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada anak dengan diare. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah dua orang klien anak dengan kasus penyakit Diare. Dengan kriteria subyek sebagai berikut :

1. Subyek dua orang Klien Anak laki-laki atau Perempuan
2. Subyek dua orang Klien Anak yang berusia 1 bulan - 14 tahun
3. Subyek dua orang Klien Anak dengan Diare Kronik maupun Diare Akut

C. Definisi Operasional

Menurut Sugiono (2012) definisi operasional adalah penentuan kontrak atau sifat yang dipelajari sehingga menjadi variable yang dapat diukur. Dengan melihat definisi operasional suatu penelitian, maka seorang peneliti akan dapat mengetahui suatu variabel yang akan diteliti.

1. Penyakit Diare

Diare adalah suatu gejala infeksi pada saluran pencernaan yang dapat disebabkan oleh bakteri dengan peningkatan konsistensi tinja yang

lebih encer serta frekuensi lebih dari 3 kali dalam sehari. Pada kasus ini untuk menentukan diare adalah berdasarkan internet.

2. Asuhan Keperawatan klien pada Anak dengan Diare

Asuhan Keperawatan anak dengan diare merupakan suatu proses tindakan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi untuk mengatasi masalah anak dengan diare.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Reksodiwiryo Padang di Ruang 2 Ibu dan Anak pada klien 1 dan Ruangan Anggrek pada klien 2. Waktu penelitian ini pada klien 1 yaitu pada tanggal 23-27 Mei 2017 sedangkan, pada klien 2 yaitu pada tanggal 05-07 Maret 2019.

D. Prosedur penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet
2. Mahasiswa melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang telah diperoleh
3. Setelah di setujui oleh pembimbing kemudian membuat review kasus dari kedua klien.

E. Metode dan Instrument Pengumpulan Data

Adapun metode dan instrument pengumpulan data pada penelitian ini adalah :

1. Metode pengumpulan data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data pada penyusunan yang digunakan, antara lain :

- a. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.
- b. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan: inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi / IAPP) pada sistem tubuh klien.
- c. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik).

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan pada anak sesuai ketentuan yang berlaku.

F. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti melakukan Asuhan Keperawatan secara koheren dan komprehensif, peneliti juga memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga

sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

G. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menggunakan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian mengenai asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare dalam bentuk review kasus. Sampel klien 1 diambil dari Karya Tulis Ilmiah Paramita (2017) dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare di Rumah Sakit Reksodiwiryono Padang di Ruang 2 Ibu dan Anak dan sampel klien 2 diambil dari Jurnal Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati (2019) dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare. dengan jumlah sampel sebanyak 2 klien. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian penelitian pada klien 1 dilakukan di Rumah Sakit Reksodiwiryono Padang di Ruang 2 Ibu dan Anak dan pada klien 2 dilakukan di Ruangan Anggrek.

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien Anak dengan Diare

| No | Identitas Klien | Klien 1 | Klien 2 |
|----|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1 | Nama | An.D | An. L |
| 2 | No Registrasi | Tidak ada data | 10011.xx.xx |
| 3 | Tanggal Lahir / Umur | Tidak ada data / 13 Tahun | 25 Agustus 2018/ 6 Bulan |
| 4 | Jenis Kelamin | Tidak ada data | Perempuan |
| 5 | Nama • Ayah | Tidak ada data | Tn. N |

| | • Ibu | Ny.Y | Ny. S |
|----|--------------------------------|--|---|
| 6 | Umur • Ayah • Ibu | Tidak ada data Tidak ada data | 45 Tahun 40 Tahun |
| 7 | Pekerjaan • Ayah • Ibu | Tidak ada data Tidak ada data | Pedagang Ibu Rumah Tangga |
| 8 | Pendidikan • Ayah • Ibu | Tidak ada data Tidak ada data | SMA SD |
| 9 | Alamat | Tidak ada data | Jl. Kp. Bulak Sentul RT 005 |
| 10 | No. Telp/ HP | Tidak ada data | Tidak ada data |
| 11 | Agama | Tidak ada data | Islam |
| 12 | Suku/Bangsa • Ayah • Ibu | Tidak ada data Tidak ada data | Jawa Jawa |
| 13 | Masuk RS tanggal | 22 Mei 2017 | 03 Maret 2019 |
| 14 | Tanggal Pengkajian | 23 Mei 2017 | 05 Maret 2019 |
| 15 | Di Rawat di Ruangan | Ruang 2 Ibu dan Anak | Ruang Anggrek |
| 16 | Keluhan Utama | An.D mengatakan BAB baru 1 kali dari pagi. Saat ini BAB masih encer dengan jumlah \pm 100 ml setiap diare, warna kuning, tidak berlendir dan tidak disertai darah. Ny.I mengatakan anaknya masih demam dan BAK anaknya agak pekat, frekuensi 2 kali dari pagi dengan jumlah \pm 100 ml setiap BAK. Ny.I juga mengatakan anaknya masih malas makan dan malas minum. An.D tampak lesu dan lemah. Kedua mata pasien tampak merah. | Ibu klien mengatakan adanya sesak nafas, batuk terdapat sputum,serta ibu klien juga mengatakan anaknya mengalami penurunan BB dari 2,5 kg menjadi 2,3 kg, BAB cair 7x/hari sudah 7 kali ganti dalam 24 jam |
| 17 | Riwayat Penyakit Sekarang | Pengkajian dilakukan pada 23 Mei 2017 Ibu klien mengatakan anaknya demam tinggi sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit dan BAB encer sudah 7 kali dari tadi pagi sebelum masuk rumah sakit. Nyeri di ulu hati (skala nyeri 6), batuk, badan lemah serta nafsu makan berkurang sejak An.D demam. Kemudian An.D dibawa ke RS Reksodiwiryo Padang pada tanggal 22 Mei 2017 pukul 16.15 WIB. | Pengkajian dilakukan pada hari Senin 05 Maret 2019 Ibu klien mengatakan sebelum dirawat di Ruang Anggrek , An. L mengalami bab cair sudah 2 hari lebih dari 8 x/hari, batuk dan terdapat sputum. Kemudian An.L pada hari Sabtu, 03 maret 2019 pada pukul 23.30 WIB dibawa ke Ruang Anggrek telah dilakukan tindakan kolaborasi yaitu memberikan terapi obat cefotaxime, zink, lacto B, ondancetrone, RL mikro 20 |

| | | | |
|----|----------------------------|--|---|
| | | <p>An.D mendapatkan terapi IVFD RL 22 tetes per menit, paracetamol 3x1 tablet, zinc 1x10 mg dan oralit setiap kali diare.</p> <p>Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg N: 88 x/mnt RR: 18 x/mnt S: 37,9 °C. Saat dilakukan pengkajian merupakan hari rawat hari pertama ,selama dirawat terdapat beberapa data penunjang seperti Hasil laboratorium pemeriksaan darah pada tanggal 22 Mei 2017 Hb 12,7 g/dl, Leukosit 10.800 mm³, Trombosit 313.000 mm³, Hematokrit 38,7%.</p> | <p>tpm/24 jam.</p> <p>Hasil pemeriksaanTTV : Frekuensi nafas : 60x/menit, Frekuensi nadi 110x/menit, Saat dilakukan pengkajian merupakan hari rawat hari kedua,selama dirawat terdapat beberapa data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium Hb 8,3 gr/dl, Leukosit 10,6 ribu/ul, Natrium 154 mmol/L, Klorida 134 mmol/L, Hematokrit 27 %,</p> |
| 18 | Masa Prenatal | Tidak ada data | Tidak ada data |
| 19 | Natal | Tidak ada data | Tidak ada data |
| 20 | Post Natal | Tidak ada data | Tidak ada data |
| 21 | Masa Neonatal | Tidak ada data | Tidak ada data |
| 22 | Riwayat Masa Lampau | Pada 1,5 bulan yang lalu An.D demam, batuk dan pilek lalu dibawa ke praktik bidan dan pada saat dilakukan penimbangan berat badan 38 kg | Tidak ada data |
| 23 | Riwayat Kesehatan Keluarga | Tidak ada data | Tidak ada data |
| 24 | Riwayat Sosial | Tidak ada data | Tidak ada data |

| | | | |
|----|----------------------------|--|--|
| 25 | Kebutuhan Dasar | <p>Sebelum sakit: Ny.I mengatakan sebelum sakit anaknya memang suka malas makan. An.D biasanya makan 2 kali sehari. Pola makan tidak teratur, An.D suka makan cemilan, dan membeli minuman seperti pop ice. An.D mengalami penurunan berat badan, dari 38 kg ditimbang pada 1,5 bulan yang lalu di bidan karena anaknya demam, batuk dan pilek, saat diruangan An.D ditimbang lagi BB 31 kg saat sakit.</p> <p>Saat sakit: Ny.I juga mengatakan anaknya masih malas untuk makan dan malas minum air putih dan oralit, An.D diit makanan lunak. An.D tampak lesu dan lemah. Kedua mata pasien tampak merah. Pola tidur siang tidak teratur, dan tidur malam kurang lebih 6 jam sering terbangun karena badannya yang masih panas. Ny.I mengatakan anaknya masih demam dan BAK anaknya agak pekat, frekuensi 2 kali dari pagi dengan jumlah ± 100 ml setiap BAK.</p> | <p>Sebelum sakit: Tidak ada data</p> <p>Saat sakit: keluarga mengatakan BB anaknya turun dari 2,6 kg menjadi 2,3 kg, ibu mengatakan puasa sejak kemarin, BAB cair 7x/hari, sudah diganti pampers 7 kali dalam 24 jam</p> |
| 26 | Keadaan Kesehatan saat ini | Klien masuk dengan diagnosa diare dehidrasi ringan + low intake, klien tidak dilakukan tindakan operasi, status nutrisi klien saat ini, malas untuk makan dan malas untuk minum. | Klien masuk dengan diagnosa Diare, klien tidak dilakukan tindakan operasi, status nutrisi klien saat ini, klien puasa sejak kemarin, terpasang NGT, derajat dehidrasi yaitu 11,5% yaitu dehidrasi berat, |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | <p>Klien mengalami penurunan berat badan dari 38 kg ditimbang pada 1,5 bulan yang lalu di bidan karena anaknya demam, batuk dan pilek, saat diruangan An.D ditimbang lagi BB 31 kg saat sakit</p> <p>Anak malas minum air putih dan oralit, Mukosa bibir kering</p> <p>An.D mendapatkan terapi IVFD RL 22 tetes per menit, paracetamol 3x1 tablet, zinc 1x10 mg dan oralit setiap kali diare.</p> | <p>klien tampak turgor kulit tidak elastis</p> <p>Mengalami penurunan BB dari 2,6 kg menjadi 2,3 kg saat masuk rumah sakit</p> <p>Maka An.L diberikan terapi Terpasang Infus cairan RL mikro 20 tpm/24jam Klien diberikan obat cefotaxime, zink, lacto B, ondancentrone,</p> |
| 27 | Pemeriksaan DDST (Pemeriksaan tumbuh kembang tidak dapat dilakukan karena anak sedang sakit. Informasi yang diberikan diperoleh dari orangtua) | Tidak ada data | Kontak mata negatif, anak tidak pernah tersenyum ketika melihat mainan yang lucu, anak tidak pernah mengeluarkan suara gembira bernada tinggi. |
| 28 | Lain-lain | <p>Hasil pengkajian mengenai lingkungan rumah An.D, ibu pasien mengatakan sumber air minum dan untuk keperluan sehari-hari menggunakan air PDAM.</p> <p>Ny.I mengatakan kebiasaan melakukan cuci tangan pakai sabun jarang dilakukan.</p> | Tidak ada data |

Sumber : Paramita, (2017) & Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati, (2019)

Berdasarkan tabel diatas didapatkan hasil pengkajian pada klien 1 dilakukan ketika klien sudah 1 hari rawat inap di Ruang 2 ibu dan anak dan klien 2 dilakukan ketika klien sudah 2 hari rawat inap di Ruang Anggrek. Keluhan utama yang ditemukan pada klien 1 dan klien 2 yaitu BAB cair. Pada klien 1 masih demam sedangkan pada klien 2 tidak terdapat data. Klien 1 dan 2

mengalami penurunan berat badan yaitu pada klien 1 dari 38 kg ditimbang pada 1,5 bulan yang lalu di bidan dan setelah di ruangan berat badan menjadi 31 kg, sedangkan klien 2 mengalami penurunan berat badan dari 2,5 kg menjadi 2,3 kg.

Pada saat pemeriksaan DDST (Pemeriksaan tumbuh kembang tidak dapat dilakukan karena anak sedang sakit. Informasi diperoleh dari orang tua) pada klien 1 tidak ada data sedangkan pada klien 2 kontak mata negatif, anak tidak pernah tersenyum ketika melihat mainan yang lucu, anak tidak pernah mengeluarkan suara gembira bernada tinggi

Terdapat data informasi lainnya yaitu pada klien 1 tinggal di lingkungan rumah, Ibu klien mengatakan sumber air minum menggunakan air PDAM dan jarang melakukan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sedangkan pada klien 2 tidak ada data.

b. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Anak dengan Diare

| No | Pemeriksaan Umum | Klien 1 | Klien 2 |
|----|---------------------------------|--|--|
| 1. | Keadaan Umum | Tidak ada data | Tidak ada data |
| 2. | Kesadaran | Tidak ada data | Tidak ada data |
| 3. | Tanda-tanda vital | Suhu: 37,9°C, Nadi: 88 x/mnt, RR: 18 x/mnt Akral teraba hangat | Frekuensi nadi : 110x/menit, Frekuensi napas : 60x/menit |
| 4. | Status Gizi | Berat badan An.S mengalami penurunan Berat badan anak sebelum masuk rumah sakit 38 Kg Berat badan saat masuk rumah sakit 31 Kg | Berat badan An. L mengalami penurunan berat badan dari 2,6 kg menjadi 2,3 kg saat masuk rumah sakit. |
| 5. | Pemeriksaan Fisik : Inspeksi | | |
| | a. Kepala | Mata merah dan cekung, mukosa mulut kering, pucat. | Mulut tampak kering, warna bibir tampak pucat , bibir |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | kering. |
| | b. Leher | Tidak ada data | Tidak ada data |
| | c. dada | Tidak ada data | Tidak ada data |
| | d. Punggung | Tidak ada data | Tidak ada data |
| | e. Perut | Tidak ada data | Tidak ada data |
| | f. Genitalia | Tidak ada data | Tidak ada data |
| | g. Anus dan Rektum h. Tulang Belakang Ekstermitas | Tidak ada data | Tidak ada data |
| | Palpasi | | |
| | a. Leher b. Dada c. Perut | Tidak ada data | Tidak ada data |
| | Auskultasi | | |
| | a. Paru-paru b. Jantung c. Perut | Bunyi nafas bronkovesikuler An.D kadang- kadang masih batuk, frekuensi nadi 88x/mnt, bising usus normal | Suara nafas ronkhi positif, batuk , dan frekuensi nadi 110 x/menit, bising usus 28x/ menit |
| | Perkusi | | |
| | a. Dada b. Perut c. Ekstermitas | Tidak ada data | Tidak ada data |

Sumber : Paramita, (2017) & Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati, (2019)

Berdasarkan tabel diatas, didapatkan data dari hasil pengkajian pada klien 1 TD: 110/70 mmHg, N: 88 x/mnt, RR: 18 x/mnt, S: 37,9 °C, CRT lebih dari 2 detik, akral teraba hangat, bising usus normal, adanya penurunan berat badan 7 kg dari sebelum sakit 38 kg dan pada saat sakit berat badan 31 kg, sedangkan pada klien 2 frekuensi nadi : 110x/menit, frekuensi napas 60x/menit dan bising usus 28x/menit, adanya suara nafas ronkhi serta adanya penurunan berat badan dari 2,6 kg menjadi 2,3 kg.

c. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Anak dengan Diare

| No | Pemeriksaan penunjang | Klien 1 | Klien 2 |
|----|-----------------------|---|--|
| 1. | Laboratorium | Hasil Laboratorim pemeriksaan darah 22 Mei 2017 Hb: 12,7 g/dL, Leukosit: 10.800 /mm ³ Trombosit: 313.000 /mm ³ Hematokrit: 38,7 %, | Pemeriksaan Laboratorium darah lengkap 03 Maret 2019 Hb:8,3 gr/dL Leukosit: 20,6 ribu /ul Hematokrit: 27%, Natrium 154 mmol/L Klorida 134 mmol/L |

Sumber : Paramita, (2017) & Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati, (2019)

Berdasarkan hasil laboratorium diatas, pada klien 1 tanggal 22 mei 2017 hemoglobin dalam rentang normal (Normal 11.8-15.0), Leukosit dalam rentang normal (Normal 5.000/mm-11.000/mm), Trombosit dalam rentang normal (Normal:150.000 mm³ - 450.000 mm³), Hematokrit dalam rentang normal (Normal: 35.0%-45.0%). Sedangkan pada klien 2 tanggal 03 maret 2019 hemoglobin mengalami penurunan (Normal 11.8-15.0), Leukosit mengalami peningkatan normal (Normal 5.000/mm-11.000/mm), Hematokrit dalam rentang normal (Normal: 35.0%-45.0%), Natrium mengalami peningkatan (Normal : 135-153 mEq/L), Klorida mengalami peningkatan (Normal : 98-109 mEq/L)

d. Terapi

Tabel 4.4 Terapi Klien Anak dengan Diare

| No | Klien 1 | Klien 2 |
|----|----------------------------|------------------------|
| 1. | IVFD RL 22 tetes per menit | RL mikro 20 tpm/24 jam |
| 2. | Paracetamol 3 x 1 Tablet | Obat Cefotaxime |
| 3. | Zinc 1 x 10 mg | Zink |
| 4. | Oralit setiap kali diare | Lacto B |
| 5. | - | Ondacentrone |

Sumber : Paramita, (2017) & Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati,(2019)

e. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Klien Anak dengan Diare

| No. Urut | Klien 1 | | Klien 2 | |
|----------|------------------------|--|------------------------|--|
| | Hari/Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan | Hari/Tanggal ditemukan | Diagnosa Keperawatan (kode SDKI) |
| 1. | Selasa, 23 Mei 2017 | Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif akibat diare | Selasa, 05 Maret 2019 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Peningkatan produksi sputum. |
| 2. | Selasa, 23 Mei 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor biologis | Selasa, 05 Maret 2019 | Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan yang aktif. |
| 3. | Selasa, 23 Mei 2017 | Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi | Selasa, 05 Maret 2019 | Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi makanan. |
| 4. | Selasa, 23 Mei 2017 | Diare yang berhubungan dengan proses infeksi | | |
| 5. | Selasa, 23 Mei 2017 | Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB | | |
| 6. | Selasa, 23 Mei 2017 | Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi | | |

Sumber : Paramita, (2017) & Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati, (2019)

Berdasarkan tabel diatas, ditemukan 6 diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 3 diagnosa pada klien 2. adapun diagnosa yang sama antara klien 1 dan klien 2 yaitu pada klien 1 kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif akibat diare sedangkan pada klien 2 hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan yang aktif, serta diagnosa pada klien 1 ketidakseimbangan

nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis sedangkan pada klien 2 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan.

f. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.6 Perencanaan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare

| No. | Hari/tgl/jam | Diagnosa keperawatan | Tujuan & Kriteria Hasil | Intervensi |
|----------------|------------------------|--|--|--|
| Klien 1 | | | | |
| 1 | Selasa, 23 Mei 2017 | Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif | Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu : a. Turgor kulit tidak terganggu b. Berat badan stabil c. Kelembaban membran mukosa tidak terganggu d. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam tidak terganggu e. Intake cairan tidak terganggu f. Mata tidak cekung | 1.1 Monitor status hidrasi (kelembapan mukosa mulut, nadi yang adekuat) 1.2 Mencatat intake dan output pasien 1.3 Monitor dan hitung asupan kalori pasien 1.4 Kolaborasi pemberian cairan IV 1.5 Monitor status nutrisi 1.6 Monitor tanda-tanda vital 1.7 Timbang berat badan pasien 1.8 Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan |
| 2. | Selasa, 23 Mei 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis | Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu : a. Asupan makanan dan cairan tidak menyimpang dari rentang normal b. Asupan | 2.1 Identifikasi adanya alergi terhadap makanan 2.2 Monitor kecenderungan turun BB 2.3 Monitor diet dan asupan kalori |

| | | | | |
|----|---------------------|---|--|--|
| | | | <p>makanan secara oral adekuat</p> <p>c. Berat badan dalam kisaran normal</p> <p>d. Asupan cairan secara oral adekuat.</p> | <p>2.4 Timbang BB pasien</p> <p>2.5 Monitor adanya mual dan muntah</p> <p>2.6 Monitor turgor kulit</p> <p>2.7 Instruksikan cara meningkatkan asupan nutrisi.</p> |
| 3 | Selasa, 23 Mei 2017 | Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi | <p>Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu :</p> <p>a. Melaporkan suhu tubuh tidak terganggu</p> <p>b. Tidak terjadi peningkatan suhu tubuh</p> <p>c. Dehidrasi tidak ada</p> <p>d. Tanda-tanda vital tidak ada deviasi dari kisaran normal</p> | <p>3.1 Memantau suhu dan tanda-tanda vital</p> <p>3.2 Monitor intake output cairan</p> <p>3.3 Dorong konsumsi cairan</p> <p>3.4 Monitor kelembaban mukosa mulut</p> <p>3.5 Monitor suhu kulit setiap 2 jam</p> <p>3.6 Tingkatkan intake cairan</p> <p>3.7 Ajarkan cara kompres</p> |
| 4. | Selasa, 23 Mei 2017 | Diare berhubungan dengan proses infeksi | <p>Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu :</p> <p>a. Frekuensi BAB tidak terganggu</p> <p>b. Intake cairan secara adekuat</p> <p>c. Mengonsumsi serat secara adekuat</p> <p>d. Tidak terjadi peningkatan hiperperistaltik usus</p> | <p>4.1 Anjurkan pasien untuk menggunakan obat diare</p> <p>4.2 Evaluasi intake makanan yang pernah dikonsumsi</p> <p>4.3 Identifikasi faktor penyebab diare</p> <p>4.4 Berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering</p> <p>4.5 Monitor tanda dan gejala diare</p> <p>4.6 Monitor BAB (frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, warna)</p> <p>4.7 Monitor bising usus</p> <p>4.8 Instruksikan pasien untuk</p> |

| | | | | |
|----|------------------------|---|--|--|
| | | | | makan makanan yang tinggi serat. |
| 5. | Selasa, 23 Mei 2017 | Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB | Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu : a. Integritas kulit tidak terganggu b. Suhu kulit tidak terganggu | 5.1 Mengajukan kepada orang tua untuk menggunakan pakaian yang longgar kepada anak 5.2 Jaga kebersihan kulit area anus agar tetap bersih dan kering 5.3 Monitor ada kemerahan pada kulit 5.4 Oleskan baby oil atau lotion pada daerah yang tertekan. |
| 6. | Selasa, 23 Mei 2017 | Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi | Tidak ada data | 6.1 Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga terkait penyakit yang dialami anak 6.2 Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, 6.3 Jelaskan mengenai proses penyakit, Jelaskan alasan dibalik manajemen/terapi /penanganan yang direkomendasikan, 6.4 Edukasi keluarga mengenai tindakan untuk mencegah/ meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan |

| Klien 2 | | | | |
|----------------|--------------------------|--|---|--|
| 1. | Selasa, 05 Maret 2019 | Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum | <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihkan jalan nafas kembali efektif.</p> <p>Kriteria Hasil : Tidak sesak nafas, tidak batuk, tidak ada sputum, RR normal kurang dari 50x/menit, suara nafas vesikuler.</p> | <p>1.1 Auskultasi jalan nafas</p> <p>1.2 Lakukan fisioterapi dada</p> <p>1.3 Pantau frekuensi nadi, pernapasan dan suhu</p> <p>1.4 Posisikan kepala lebih tinggi dari pada kaki</p> <p>1.5 Lakukan suction jika perlu</p> <p>1.6 Berikan terapi O2 2 liter/menit</p> |
| 2. | Selasa, 05 Maret 2019 | Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan yang aktif | <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipovolemia teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil : Turgor kulit elastis, bibir lembab, BB naik 0,5kg/hari, BAB 1-2 kali per hari, konsistensi lunak, Nadi normal, bising usus 5-15 x/menit, hasil lab normal Kalium 3,5-5,0 mmol/L, Natrium 135-145 mmol/L, Klorida 94-111 mmol/L</p> | <p>2.1 Timbang BB setiap hari</p> <p>2.2 Pertahankan catatan asupan dan haluaran cairan</p> <p>2.3 Nilai turgor kulit, membran mukosa</p> <p>2.4 Setelah rehidrasi tercapai berikan makanan seperti biasa</p> <p>2.5 Pantau balance cairan</p> <p>2.6 Pantau hasil laboratorium Hematokrit, Natrium, Klorida dan Kalium</p> <p>2.7 Berikan terapi IVFD RL 20 tpm mikro/24 jam</p> <p>2.8 Berikan Zink 1x3 cc</p> <p>2.9 Berikan Lacto B 1x1 sachet</p> |

| | | | | |
|----|--------------------------|--|---|--|
| 3. | Selasa, 05 Maret 2019 | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan | <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil : BB naik 0,5 kg per hari, warna kulit tidak pucat, HB normal 11-14,5 gr/dl, konjungtiva tidak ananemis.</p> | <p>3.1 Amati dan catat respon anak terhadap pemberian makanan</p> <p>3.2 Monitor BB klien/hari</p> <p>3.3 Timbang BB setiap 3 hari</p> <p>3.4 Beri tahu ibu untuk mematuhi diit yang diberikan</p> <p>3.5 Berikan ondacentrone 3 x 0,3 mg</p> <p>3.6 Pantau hasil lab albumin</p> <p>3.7 Berikan diit susu LLM 6 x 30 cc</p> |
|----|--------------------------|--|---|--|

Sumber : Paramita, (2017) & Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati, (2019)

Pada tabel diatas menjelaskan tentang intervensi yang akan diberikan pada klien 1 dan klien 2 selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan.

g. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan Klien Anak dengan Diare

| Hari/ Tgl/ Jam | NO DX | Tindakan Keperawatan | DS & DO |
|--------------------------|----------|--|----------------|
| Klien 1 | | | |
| Sabtu, 27 Mei 2017 | 1. | <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa utama Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan cairan oralit 700 cc/ 3 jam 2) Memberitahu ibu untuk tetap memberikan anaknya minum sesering mungkin, 4 gelas dalam 8 jam 3) Memberikan cairan IV RL 20 tts/mnt dalam 8 jam 4) Memantau respon pasien setelah 7 jam pemberian oralit 5) Memberikan terapi zink 1x10 mg setelah BAB, 6) Memantau mata cekung, turgor kulit kembali lambat , kelembaban mukosa mulut, CRT pada anak > 2 detik, 7) Memantau pola minum anak, hasil yang didapatkan anak hanya minum ± 50 cc 8) Memantau warna urine dan frekuensi urine anak. | Tidak ada data |
| Sabtu, 27 Mei 2017 | 2. | <p>Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis tindakan keperawatan sebagai berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengkaji riwayat alergi makanan pada anak 2) Memberikan informasi kepada ibu tentang kebutuhan nutrisi yang diperlukan anak 3) Mencatat jumlah | Tidak ada data |

| | | | |
|--------------------|----|--|----------------|
| | | <p>makanan yang dihabiskan anak</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Memeriksa turgor kulit, kelembaban mukosa mulut setelah 8 jam 5) Memberitahu ibu untuk menyuapi anaknya makan 6) Memantau mual dan muntah selama makan. | |
| Kamis, 25 Mei 2017 | 3. | <p>Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengukur suhu tubuh anak saat awal pengkajian, hasil yang didapatkan S: 37,9°C 2) Memberikan paracetamol 1 tablet 500 mg 3) Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan minum kepada anaknya, sesering mungkin, ± 4 gelas dalam 8 jam 4) Memberitahu ibu untuk tetap melakukan kompres hangat pada kening, lipatan paha, dan aksila 5) Memantau perubahan suhu anak setelah diberikan paracetamol 6) Mengukur suhu anak setelah 2 jam setelah diberikan paracetamol dan kompres hangat. | Tidak ada data |
| Kamis, 25 Mei 2017 | 4. | <p>Diare berhubungan dengan proses infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengkaji faktor penyebab dari diare 2) Mencatat warna, frekuensi, konsistensi dan jumlah feses setiap kali BAB 3) Memantau jumlah dan frekuensi dari BAB setiap 7 jam 4) Memberitahu ibu untuk memberikan oralit kepada anak setiap kali setelah BAB, 5) Memberitahu ibu untuk memberikan oralit ±200 cc setelah anak BAB, 6) Memberikan terapi obat zink 1x10 mg sesuai order dokter 7) Memantau mukosa mulut dan turgor kulit anak 8) Menanyakan kepada ibu | Tidak ada data |

| | | | |
|--------------------------------------|-----|---|--|
| | | dan anak berapa banyak minum setelah BAB, hasil yang didapatkan anak minum \pm hanya 50 cc | |
| Kamis, 25 Mei 2017 | 5. | Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB 1) Menganjurkan ibu untuk memberikan pakaian longgar pada anaknya, 2) Menjelaskan kepada An.D cara membersihkan daerah sekitar anus agar tidak lembab 3) Menjelaskan kepada An.D untuk merubah posisi setiap 3 jam sekali 4) Menyarankan kepada An.D untuk memakai baby oil untuk dioleskan diaerah sekitar anus setiap setelah BAB atau setelah mandi. | Tidak ada data |
| Rabu, 24 Mei 2017 | 6. | Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi 1) Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga terkait proses diare yang dialami anak 2) Menjelaskan tanda dan gejala dari diare 3) Menjelaskan alasan anak mendapat terapi oralit, zinc, dan mendapatkan terapi RL 4) Memberikan edukasi kepada keluarga agar tidak terjadi diare berulang pada anak | Tidak ada data |
| Klien 2 | | | |
| Selasa, 05 Maret 2019 10.00 | | Mengkaji keluhan klien | Ds : Ibu klien mengatakan anaknya batuk terdapat dahak Do : Batuk berdahak. |
| 10.00 | | Melakukan pengkajian dan mengkaji keluhan klien | Ds : Ibu klien mengatakan BAB cair 7x/hari Do : Turgor kulit tidak elastis. |
| 10.30 | 2.2 | Menghitung kebutuhan cairan an | Ds : Tidak ada Do : Kebutuhan cairan = $BB \times 100 = 2,3 \times 100 = 230 \text{ cc}/24 \text{ jam}$. |

| | | | |
|-------|------------|--|---|
| 10.45 | 2.1 | Menimbang BB | Ds : Tidak ada Do : BB 2,3 Kg |
| 10.45 | 2.8 2.9 | Memberikan obat | Ds : Tidak ada Do : Zink 3 cc dan lacto b 1 sachet telah diberikan via oral |
| 11.00 | 1.3 | Mengukur frekuensi nadi, pernapasan dan suhu | Ds : Tidak ada Do : RR 60 x/menit, Nadi 110 x/menit, Suhu 37,2°C |
| 11.00 | 2.1 | Menimbang BB | Ds : Tidak ada Do : BB 2,3 Kg |
| 13.00 | 1.6 | Memasang O2 | Ds : Tidak ada Do : O ² 2 liter/menit telah dipasang. |
| 13.30 | 2.5 | Menghitung balance cairan | Ds : Tidak ada Do : Intake = 147 cc/7 jam, Output = 60 cc + 1,4 cc = 61,4 cc, Balance cairan = 147 – 61,4 cc = + 85,6 cc/7 jam. |
| 13.30 | 3.4 | Memotivasi ibu untuk mematuhi diit | Ds : Ibu mengatakan paham tujuan diit Do : Ibu tampak memahami tujuan diit. |
| 14.00 | 1.3 | Perawat ruangan mengukur frekuensi nadi, pernapasan dan suhu | Ds : Tidak ada Do : Suhu 37,3°C, Nadi 108 x/menit, RR 60 x/menit. |
| 14.15 | 2.3 | Mengobservasi tanda dehidrasi | Ds : Tidak ada Do : Turgor kulit tidak elastis, bibir kering, pucat. |
| 14.30 | 2.1 | Menimbang BB | Ds : Tidak ada Do : BB 2,3 kg. |
| 16.00 | 1.4 | Perawat ruangan memberikan posisi | Ds : Tidak ada Do : Posisi semi fowler telah diberikan. |
| 16.00 | 2.6 | Mengambil darah untuk pemeriksaan laboratorium | Ds : Tidak ada Do : Darah 1 cc telah diambil untuk pemeriksaan DHF |
| 17.00 | 3.5 | Memberikan obat | Ds : Tidak ada Do : Ondacentrone 0,3 mg. |
| 18.00 | 3.7 | Membantu memberikan susu | Ds : Tidak ada Do : Susu LLM 30 cc telah diberikan via NGT. |

| | | | |
|------------------------------------|------|--|--|
| 19.00 | 2.2 | Mengobservasi jumlah urine | Ds : Ibu mengatakan sudah ganti diapers 5 kali Do : Warna urine kuning jernih. |
| 20.00 | 2.5 | Menghitung balance cairan | Ds : Tidak ada Do : Intake = 147 cc/8 jam, Output = 60 cc + 1,4 cc = 61,4 cc, Balance cairan = 147 – 61,4 cc = + 85,6 cc. |
| 21.15 | 1.3 | Perawat ruangan mengukur frekuensi nadi, pernapasan dan suhu | Ds : Tidak ada Do : RR 62 x/menit, Nadi 100 x/menit, Suhu 37,2°C. |
| 21.30 | 3.2 | Menimbang BB | Ds : Tidak ada Do : BB 2,3 kg. |
| 21.30 | 2.3 | Mengobervasi tanda dehidrasi | Ds : Tidak ada Do : Turgor kulit tidak elastis, bibir kering, pucat. |
| 22.00 | 3.5 | Memberikan obat | Ds : Tidak ada Do : Ondacentrone 0,3mg telah diberi kan via iv bolus. |
| 22.15 | 2.2 | Mengobservasi jumlah urine | Ds : Ibu mengatakan sudah ganti diapers 6 kali Do : Warna urine kuning jernih. |
| Rabu, 06 Maret 2019 06.00 | 2..5 | Menghitung balance cairan | Ds : Tidak ada Do : Intake = 200 cc/8 jam, Output = 90 cc + 1,4 cc = 91,4 cc, Balance cairan = 200 – 91,4 cc = + 108,6 cc. |
| 06.00 | 2.5 | Menghitung balance cairan per 24 jam | Ds : Tidak ada Do : Intake = 500 cc/24 jam Output = 210 + 1,4 cc = 211,4 cc, Balance cairan = 500 - 211,4 = + 288,6 cc. |
| 06.30 | 1.5 | Perawat ruangan melakukan suction | Ds : Tidak ada Do : Suction telah dilakukan dan jalan nafas tidak ada sumbatan. |

Sumber : Paramita, (2017) & Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati, (2019)

Pada tabel diatas menjelaskan bahwa implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien 1 dilakukan selama 4 hari di rumah sakit pada tanggal 24-27 Mei 2017, sedangkan pada klien 2 dilakukan selama 2 hari di rumah sakit mulai dari tanggal 05-06 Maret 2019.

h. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.8 Evaluasi Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare

| No | Hari/Tgl/Jam | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi (S O A P) |
|----------------|-----------------------|---|---|
| Klien 1 | | | |
| 1. | Sabtu, 27 Mei 2017 | Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dapat teratasi setelah hari rawatan ke 5 dengan | <p>S :</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya sudah banyak minum, pasien mengatakan oralit yang diberikan sudah dihabiskan dalam 3 jam, ibu pasien mengatakan BAK anaknya bewarna kuning bening, ± 100 cc</p> <p>O :</p> <p>Mata An.D tampak sudah tidak cekung lagi, Mukosa mulut lembab, Infus RL diberikan 20 tts/mnt dalam 8 jam sudah kolf ke 8</p> <p>A :</p> <p>Tujuan tercapai, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam tidak terganggu, kelembaban membran mukosa tidak terganggu, turgor kulit tidak terganggu</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> |
| 2. | Sabtu, 27 Mei 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis dapat teratasi setelah hari rawatan ke 5 ditandai dengan | <p>S :</p> <p>Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan, Ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan makanannya</p> <p>O :</p> <p>Saat di timbang BB: 32 kg, kulit tampak lembab, turgor kulit kembali cepat, mukosa bibir lembab, CRT < 2 detik</p> <p>A :</p> <p>Tujuan tercapai, asupan makanan dan cairan tidak menyimpang dari rentang normal, asupan makanan secara oral sebagian besar adekuat</p> |

| | | | |
|----|-----------------------|---|--|
| | | | P : Intervensi dihentikan |
| 3. | Kamis, 25 Mei 2017 | Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi dapat teratasi setelah hari rawatan ke 3 dengan | <p>S :</p> <p>Ibu pasien mengatakan badan anaknya sudah tidak terasa panas lagi. Ibu mengatakan anaknya masih tampak lesu. Ibu pasien mengatakan tidak lagi mengompres anaknya.</p> <p>O :</p> <p>An.D masih tampak lesu, badan An.D tidak panas lagi, S: 36,2°C, N: 80 x/mnt, RR: 20 x/mnt,</p> <p>A :</p> <p>Tujuan tercapai, melaporkan suhu tubuh tidak terganggu</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> |
| 4. | Kamis, 25 Mei 2017 | Diare berhubungan dengan proses infeksi dapat teratasi pada hari rawatan ke 3 dimana | <p>S :</p> <p>An.D mengatakan BAB sudah tidak encer lagi, An.D mengatakan baru 1 kali BAB, BAB berwarna kuning kecoklataan</p> <p>O :</p> <p>Turgor kulit normal, Mukosa mulut lembab, CRT < 2 detik</p> <p>A :</p> <p>Tujuan tercapai, diare jarang menunjukkan, mengeluarkan feses paling tidak 3 kali per hari secara konsisten menunjukkan, minum cairan secara adekuat secara konsisten menunjukkan, frekuensi BAB sedikit terganggu, konsistensi BAB tidak terganggu</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> |
| 5. | Rabu, 24 Mei 2017 | Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB dapat teratasi pada hari rawatan ke 2 | <p>S :</p> <p>An.D mengatakan sudah membersihkan daerah sekitar anus setiap kali selesai BAB dengan bersih, ibu pasien mengatakan anaknya memakai lotion didaerah sekitar bokong setelah selesai mandi</p> <p>O :</p> <p>Area sekitar anus masih lembab, tidak terjadi iritasi pada daerah sekitar anus, area sekitar anus tampak bersih</p> <p>A :</p> <p>Tujuan tercapai, integritas kulit tidak terganggu, suhu kulit tidak terganggu, elastisitas tidak terganggu</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> |

| | | | |
|----------------|--------------------------|--|--|
| 6. | Rabu, 24 Mei 2017 | Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi dapat teratasi pada hari ke 2 | <p>S :</p> <p>Ibu mengatakan sudah mengerti dengan proses penyakit diare, ibu juga mengatakan sudah mengerti dengan tanda dan gejala dari diare yang dialami anaknya, ibu mengatakan sudah mengerti dengan terapi oralit dan anak yang diharuskan untuk minum banyak</p> <p>O :</p> <p>Ibu beranggapan bahwa penyakit diare itu hanya sakit biasa, ibu tidak tahu alasan diberikannya oralit dan anak yang diwajibkan banyak minum</p> <p>A :</p> <p>Tujuan tercapai, ibu mengetahui karakteristik spesifik dari diare, ibu mengetahui faktor penyebab, tanda dan gejala dari diare, ibu mengetahui strategi untuk meminimalkan agar tidak terjadi diare berulang pada anak</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> |
| Klien 2 | | | |
| 1. | Selasa, 07 Maret 2019 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum | <p>S:</p> <p>Ibu klien mengatakan batuk berkurang, sputum tidak ada.</p> <p>O:</p> <p>Sesak nafas, RR 50 x/menit, Batuk berkurang, Tidak ada sputum</p> <p>A:</p> <p>Tujuan tercapai sebagian, masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> |
| 2. | Selasa, 07 Maret 2019 | Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan yang aktif | <p>S:</p> <p>Ibu klien mengatakan BAB masih cair 3 x/hari.</p> <p>O:</p> <p>Turgor kulit tidak elastis, Bibir pucat, kering, BB 2,3 kg, BAB cair 3 kali, Nadi 120 x/menit.</p> <p>A:</p> <p>Tujuan belum tercapai masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Dihentikan</p> |
| 3. | Selasa, 07 Maret 2019 | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan | <p>S:</p> <p>Ibu mengatakan anaknya tidak muntah setelah diberi susu.</p> <p>O:</p> <p>BB 2,3 kg, Warna kulit pucat,</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | Konjungtiva anemis A: Tujuan tercapai sebagian masalah belum teratasi P: Intervensi Dihentikan |
|--|--|--|--|

Sumber : Paramita, (2017) & Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati, (2019)

Tabel di atas menjelaskan bahwa pada klien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari dirumah sakit, evaluasi pada klien 1 menunjukkan 6 diagnosa keperawatan teratasi yaitu diagnosa kekurangan volume cairan teratasi di hari ke 5, diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi di hari ke 5, diagnosa hipertermi teratasi di hari ke 3, diagnosa diare teratasi di hari ke 3, diagnosa resiko kerusakan integritas kulit teratasi di hari ke 2, dan diagnosa defisiensi pengetahuan teratasi di hari 2. Sedangkan pada klien ke 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, evaluasi pada klien 2 menunjukkan 3 diagnosa tujuan tercapai sebagian, masalah teratasi sebagian yaitu diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif, diagnosa hipovolemia, dan diagnosa defisit nutrisi.

B. PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada anak klien 1 dan 2 dengan kasus Diare pada klien anak dalam bentuk review kasus yang telah diambil dari Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare di Ruang 2 Ibu dan Anak Rumah Sakit Reksodiwiryo Padang (Paramita, 2017) untuk klien 1 sedangkan, pada klien 2 diambil dari Jurnal Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare (Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati, 2019). Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Setiadi, 2012).

Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada hari Selasa, 23 Mei 2017 sedangkan pada klien dilakukan pada hari Selasa, 05 Maret 2019. Klien 1 berusia 6 bulan, terdapat keluhan utama pada klien 1 BAB encer dengan jumlah \pm 100 ml setiap diare, demam, BAK berwarna agak pekat, tidak nafsu makan dan minum, kedua mata pasien tampak merah. Sedangkan pada klien 2 ditemukan keluhan utama yaitu adanya sesak nafas, batuk terdapat sputum, serta adanya BAB cair 7x/hari. Hal ini

sesuai dengan teori Seriana (2017) Diare merupakan kondisi yang ditandai dengan encernya tinja yang dikeluarkan dengan frekuensi BAB yang lebih sering dibandingkan dengan biasanya.

Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua klien dilakukan pemeriksaan tanda- tanda vital yaitu pada klien 1 yaitu TD : 110/70 mmHg, N : 88x/menit, RR : 18X/menit, S : 37,9oC. Sedangkan klien 2 yaitu N : 110x/menit, RR : 60X/menit ,Suara nafas ronkhi positif.

Menurut analisa peneliti pada klien 1 mengalami demam yang dijelaskan pada riwayat penyakit sekarang sesuai pada tabel pengkajian untuk pemeriksaan tanda-tanda vital pada suhu tubuh yaitu 37,9°C (tidak normal) dan pada klien 2 tidak terdapat data pemeriksaan tanda-tanda vital pada suhu tubuh. Klien 1 dan 2 sama halnya dengan teori memiliki keluhan yang sama yaitu BAB encer/cair. Adapun perbedaan antara klien 1 dan klien 2 yaitu pada klien 1 tidak terdapat sesak nafas dan batuk terdapat sputum sedangkan pada klien 2 terdapat sesak nafas dan batuk terdapat sputum.

Pengkajian ditemukan nya perbedaan yaitu pada klien 1 berumur 13 tahun sedangkan pada klien 2 berumur 6 bulan, klien 2 lebih rentan terkena diare dibandingkan klien 1 karena klien 2 berumur 6 bulan yaitu pada usia muda saluran cerna anak belum matang, jadi pada saat masih bayi, sel saluran cerna masih jarang-jarang sehingga, apabila ada pathogen atau kuman jahat yang masuk, maka dengan mudah dia bisa masuk melalui sela-sela sel usus dan langsung masuk ke dalam

peredaran darah. Faktor lainnya, sistem imun pada bayi juga belum matang. Karena itu, apabila ada patogen atau bakteri jahat yang datang, maka belum maksimal penolakannya. Sehingga mereka lebih rentan terjangkit penyakit. Khusus untuk diare, memang usia dibawah lima tahun atau balita lebih rentan dibandingkan anak di atas lima tahun. Dari balita itu, anak-anak dibawah dua tahun, risikonya lebih besar lagi.

Pengkajian pada klien 1 orang tua klien mengatakan bahwa sumber air minum dan keperluan sehari-hari menggunakan air PDAM dan jarang melakukan kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun, sedangkan pada klien 2 tidak terdapat data. Hal ini sesuai dengan teori Raini (2016) bahwa Pada negara berkembang diare berkaitan dengan kurangnya pasokan air bersih, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang sanitasi dan hygiene (khususnya kebiasaan mencuci tangan dengan sabun) serta kondisi kesehatan dan status gizi yang kurang baik.

Menurut analisa peneliti pada klien 1 bahwa jarang melakukan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun dapat menyebabkan diare karena perpindahan virus atau bakteri dari dan melalui tangan kita hingga masuk ke saluran pencernaan oleh makanan yang kita pegang.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik berlangsung secara aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus Diare yaitu menurut Nurarif & Kusuma (2015) ; PPNI (2017) : Gangguan pertukaran gas, Diare, Hipertermi, Hipovolemia, Gangguan Integritas Kulit, Defisit nutrisi, Resiko syok, dan Ansietas

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat 6 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 1 yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif akibat diare, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, diare berhubungan dengan proses infeksi, resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB, dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Sedangkan pada klien 2 terdapat 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum, hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan.

Pada data klien 1 untuk penegakan diagnosa belum sesuai dengan standar diagnosis keperawatan indonesia sedangkan, pada data klien 2 sudah sesuai standar diagnosis keperawatan di indonesia.

Berdasarkan penegakan diagnosa sesuai dengan standar diagnosis keperawatan indonesia terdapat tanda/gejala mayor ditemukan sekitar 80-100% untuk validasi diagnosa sedangkan tanda/gejala minor tidak

harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

Berikut ini pembahasan diagnosa yang muncul sesuai dengan teori pada kasus klien 1 dan 2 yaitu :

a. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan pada klien 1 kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif akibat diare dan pada klien 2 hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Pada klien 1 diagnosa dari hasil pengkajian yaitu orang tua klien mengatakan anaknya diare baru satu hari yang lalu, BAB anaknya encer, tidak berlendir, dan tidak berdarah. Orang tua klien juga mengatakan anaknya ± 7 kali BAB sebelum masuk rumah sakit, Saat pengkajian An.D mengatakan baru 1 kali BAB, BAB masih encer, tidak berlendir, BAK ± 4 kali sehari, bau khas, warna kuning pekat, anaknya masih malas minum, ± 2 (± 200 cc) gelas sehari serta anak tampak lemah, Urine ± 70 ml, BAB ± 100 ml, Mukosa bibir kering, Turgor kulit kembali lambat, mata tampak cekung dan merah. Sedangkan pada klien 2 diagnosa dari hasil pengkajian yaitu BAB cair 7x/hari, sudah 7 kali ganti dalam 24 jam dan mulut tampak kering, derajat dehidrasi yaitu 11,5% artinya dehidrasi berat, turgor kulit tidak elastis, BAB dengan konsistensi cair, Nadi 110 x/menit, Natrium 154 mmol/L, klorida 134 mmol/L.

Hal ini sesuai dengan teori Betz (2009) bahwa diare di definisikan adanya inflamasi pada membran mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan diare, muntah- muntah yang berakibat kehilangan cairan dan elektrolit yang menimbulkan dehidrasi dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Hasil analisa dari peneliti pada klien 1 dan klien 2 muncul masalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Hal ini sesuai data yang ditemukan oleh peneliti yaitu adanya frekuensi BAB cair yang cukup sering yaitu ± 7 kali dalam 24 jam serta urine yang berwarna kuning pekat. Hipovolemia sendiri merupakan penurunan volume cairan intravaskuler interstisiel, dan/atau intraseluler. Ditemukan tanda mayor pada klien 1 dan klien 2 yaitu turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun dan tanda minor yang ditemukan pada klien 2 yaitu merasa lemah, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urine meningkat serta berat badan turun tiba-tiba (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan.

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan pada klien 1 ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis dan pada

klien 2 defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan.

Pada klien 1 diagnosa dari hasil pengkajian yaitu orang tua klien mengatakan anaknya sebelum sakit memang malas makan, biasanya makan 2 kali sehari dan tidak teratur. Orang tua klien juga mengatakan anaknya suka minum pop ice dan makan cemilan, pada saat demam anaknya tidak mau makan serta anak tampak lesu dan kurus, diit yang diberikan tampak tidak dihabiskan. Anak mengalami penurunan berat badan dari 38 kg ditimbang pada 1,5 bulan yang lalu menjadi 31 kg saat sakit. Sedangkan pada klien 2 diagnosa dari hasil pengkajian yaitu orang tua klien mengatakan anaknya mengalami penurunan berat badan dari 2,6 kg turun menjadi 2,3 kg serta warna kulit tampak pucat terpasang NGT, Hb 8,3 gr/dl dan konjungtiva anemis.

Hal ini sesuai dengan teori Tanto,et all (2007) bahwa proses terjadinya diare disebabkan oleh beberapa faktor salah satunya yaitu faktor makanan yaitu faktor ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makan yang kemudian menyebabkan diare.

Hasil analisa dari peneliti pada klien 1 dan klien 2 muncul masalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan

mengabsorpsi makanan. Hal ini sesuai data yang ditemukan oleh peneliti yaitu adanya penurunan berat badan, tidak adanya nafsu makan, anak tampak lesu dan pucat. Defisit nutrisi sendiri merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Ditemukan tanda mayor pada klien 1 dan 2 yaitu berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal dan tanda minor nafsu makan menurun, membran mukosa lemah, diare (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Terdapat diagnosa yang berbeda muncul sesuai dengan teori antara klien 1 dan klien 2, yaitu:

c. Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan hipertermia berhubungan dengan dehidrasi pada klien 1 sedangkan pada klien 2 tidak terdapat diagnosa hipertermia. Hasil pengkajian untuk klien 1 yaitu orang tua klien mengatakan anaknya demam tinggi sudah 2 hari sebelum masuk rumah sakit, BAB encer sudah 7 kali. Pada saat diruangan klien 1 masih demam, BAB baru 1 kali dari pagi, konsistensi encer, warna kuning, tidak berlendir, tidak berdarah, jumlah \pm 100. klien tampak lesu sejak demam serta klien 1 mengalami dehidrasi ringan dengan low intake, tampak malas minum, sehingga tanda-tanda vital pada klien 1 yaitu S : 37,9^oC (normal: 36,3 ^oC - 37,7 ^oC) , HR : 88x/menit, RR : 18x/menit dan TD : 110/70mmHg.

Pada klien 1 diagnosa dari pengkajian ditemukan tanda dan gejala mayor yaitu suhu tubuh diatas nilai normal, dan data minor yaitu takipnea, kulit terasa hangat. Dari data tersebut tanda/gejala yang ditemukan tidak ditemukan 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

d. Diare berhubungan dengan proses infeksi

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan diare berhubungan dengan proses infeksi pada klien 1 sedangkan pada klien 2 tidak terdapat diagnosa diare. Hasil pengkajian untuk klien 1 yaitu orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer sudah 1 hari, frekuensi \pm 7 kali dari pagi sebelum masuk rumah sakit, BAB bewarna kuning, tidak berlendir dan tidak berdarah, demam tinggi sudah 2 hari sebelum masuk rumah sakit. klien pada saat diruangan masih demam,.Hasil laboratorium pemeriksaan darah didapatkan leukosit klien 1 tinggi yaitu 10.800 mm³.

Pada klien 1 diagnosa dari pengkajian ditemukan tanda dan gejala mayor yaitu defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam, feses lembek atau cair, dan data minor tidak terdapat data. Dari data tersebut tanda/gejala yang ditemukan tidak ditemukan 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Terdapat diagnosa yang berbeda muncul tidak sesuai dengan teori antara klien 1 dan klien 2, yaitu :

- e. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB pada klien 1 sedangkan pada klien 2 tidak terdapat diagnosa resiko kerusakan integritas kulit. Hasil pengkajian untuk klien 1 yaitu orang tua klien mengatakan anaknya BAB sudah lebih dari 7 kali sebelum masuk rumah sakit, saat diruangan anak BAB baru 1 kali dari pagi dan klien 1 tampak lesu setelah BAB, daerah sekitar anus lembab dan tidak ada berwarna kemerahan.

Diagnosa tersebut dapat ditegakkan karena ada nya faktor resiko yaitu perubahan sirkulasi yang menyebabkan kelembapan dan kekurangan/kelebihan volume cairan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- f. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi pada klien 1 sedangkan pada klien 2 tidak terdapat diagnosa defisiensi pengetahuan. Hasil pengkajian untuk klien 1 yaitu ditandai dengan kebiasaan atau hygiene ibu yang tidak

mencuci tangan saat menyiapkan makanan dan kebiasaan anak yang suka membeli pop ice, makan cemilan, dan sumber air minum dari air PDAM.

Pada klien 1 diagnosa dari pengkajian ditemukan tanda dan gejala mayor yaitu menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran dan data minor tidak terdapat data. Dari data tersebut tanda/gejala yang ditemukan tidak ditemukan 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- g. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum pada klien 2 sedangkan pada klien 1 tidak terdapat diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif. Hasil pengkajian untuk klien 2 yaitu orang tua klien mengatakan anaknya sesak nafas, batuk terdapat sputum dan klien 2 tampak suara nafas ronkhi, pernapasan 60x/menit, terpasang O_2 2 liter/menit.

Pada klien 2 diagnosa dari pengkajian ditemukan tanda dan gejala mayor yaitu sputum berlebih, suara nafas ronkhi, dan data minor yaitu dispnea, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah. Dari data tersebut tanda/gejala yang ditemukan tidak ditemukan 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

Intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua klien belum menggunakan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI). adapun tindakan pada standar intervensi keperawatan indonesia terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan kasus klien 1 dan klien 2, tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah peneliti susun.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif akibat diare yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai : turgor kulit tidak terganggu, berat badan stabil, kelembaban membran mukosa tidak terganggu, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam tidak terganggu, intake cairan tidak terganggu, mata tidak cekung. Intervensi dalam diagnosa kekurangan volume cairan meliputi : monitor status hidrasi (kelembapan mukosa mulut, nadi yang adekuat), mencatat intake dan output pasien, monitor

dan hitung asupan kalori pasien, kolaborasi pemberian cairan IV, monitor status nutrisi, monitor tanda- tanda vital, timbang berat badan pasien, monitor respon pasien terhadap penambahan cairan.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 2 dengan masalah keperawatan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipovolemia teratasi dengan kriteria hasil meliputi turgor kulit elastis, bibir lembab, BB naik 0,5kg/hari, BAB 1-2 kali per hari, konsistensi lunak, nadi normal, bising usus 5-15x/menit, hasil lab normal : kalium 3,5-5,0 mmol/L, natrium 135-145mmol/L, klorida 94-111 mmol/L. Intervensi dalam diagnosa hipovolemia meliputi : timbang BB setiap hari, pertahankan catatan asupan dan haluaran cairan, nilai turgor kulit, membran mukosa, setelah rehidrasi tercapai berikan makanan seperti biasa, pantau balance cairan, pantau hasil laboratorium hematokrit, natrium, klorida dan kalium, berikan terapi IVFD RL 20 tpm mikro/24 jam, berikan Zink 1x3 cc, berikan Lacto B 1x1 sachet.

Menurut peneliti perencanaan yang tepat sesuai dengan diagnosa hipovolemia (D.0023) sebagai berikut : (PPNI, 2018) (PPNI, 2019).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status cairan membaik (L.03028) dengan kriteria hasil : kekuatan nadi meningkat, turgor kulit meningkat, output urine meningkat, membran mukosa membaik, intake cairan membaik. Intervensi keperawatan

dalam diagnosa hipovolemia meliputi : Observasi yaitu periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah), monitor intake dan output cairan. Teraupetik yaitu hitung kebutuhan cairan, berikan asupan cairan oral. Edukasi yaitu anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL), kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%), kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, Plasmanate), kolaborasi pemberian produk darah.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai : asupan makanan dan cairan tidak menyimpang dari rentang normal, asupan makanan secara oral adekuat, berat badan dalam kisaran normal, asupan cairan secara oral adekuat. Intervensi dalam diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh meliputi : identifikasi adanya alergi terhadap makanan, monitor kecenderungan turun BB, monitor diit dan asupan kalori, timbang BB pasien, monitor adanya mual dan muntah, monitor turgor kulit, instruksikan cara meningkatkan asupan nutrisi.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 2 dengan masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil meliputi BB naik 0,5 kg per hari, warna kulit tidak pucat, HB normal 11-14,5gr/dl, konjungtiva tidak anemis. Intervensi dalam diagnosa defisit nutrisi meliputi : amati dan catat respon anak terhadap pemberian makanan, monitor BB klien/hari, timbang BB setiap 3 hari, beri tahu ibu untuk mematuhi diit yang diberikan, berikan ondancetrone 3 x 0,3 mg, pantau hasil lab albumin, berikan diit susu LLM 6 x 30 cc

Menurut peneliti perencanaan yang tepat sesuai dengan diagnosa defisit nutrisi (D.0019) sebagai berikut : (PPNI, 2018) (PPNI, 2019).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik. Intervensi keperawatan dalam diagnosa defisit nutrisi meliputi : Observasi yaitu identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium. Teraupetik yaitu lakukan *oral hygiene* sebelum makan, *jika perlu*, fasilitasi menentukan

pedoman diet (mis.piramida makanan), berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, berikan suplemen makanan, *jika perlu*. Edukasi yaitu anjurkan posisi duduk, *jika mampu*, anjurkan diet yang diprogramkan. Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan(mis.antiemetik), *jika perlu*, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, *jika perlu*.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan hipertermi berhubungan dengan dehidrasi yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai : melaporkan suhu tubuh tidak terganggu, tidak terjadi peningkatan suhu tubuh, dehidrasi tidak ada, tanda-tanda vital tidak ada deviasi dari kisaran normal. Intervensi dalam diagnosa hipertermi meliputi : memantau suhu dan tanda-tanda vital, monitor intake output cairan, dorong konsumsi cairan, monitor kelembaban mukosa mulut, monitor suhu kulit setiap 2 jam, tingkatkan intake cairan, ajarkan cara kompres.

Menurut peneliti perencanaan yang tepat sesuai dengan diagnosa Hipertermia (D.0130) sebagai berikut : (PPNI, 2018) (PPNI, 2019).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka termodulasi membaik (L.14134) dengan kriteria hasil : menggigil menurun, suhu tubuh membaik. Intervensi keperawatan dalam diagnosa hipertermia meliputi : Observasi yaitu identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi), monitor suhu tubuh, monitor kadar

elektrolit, monitor haluaran urine, monitor komplikasi akibat hipertermia. Teraupetik yaitu sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, berikan cairan oral, ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih), lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila), hindari pemberian antipiretik atau aspirin, Berikan oksigen, *jika perlu*. Edukasi yaitu Anjurkan tirah baring. Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit, *jika perlu*.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan diare berhubungan dengan proses infeksi yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai : frekuensi BAB tidak terganggu, intake cairan secara adekuat, mengonsumsi serat secara adekuat, tidak terjadi peningkatan hiperperistaltik usus. Intervensi dalam diagnosa diare meliputi : anjurkan pasien untuk menggunakan obat diare, evaluasi intake makanan yang pernah dikonsumsi, identifikasi faktor penyebab diare, berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering, monitor tanda dan gejala diare, monitor BAB (frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, warna), monitor bising usus, instruksikan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat.

Menurut peneliti perencanaan yang tepat sesuai dengan diagnosa Diare (D.0020) sebagai berikut : (PPNI, 2018) (PPNI, 2019).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka eliminasi fekal membaik (L.04033) dengan kriteria hasil : kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defeksi lama dan sulit menurun, mencejan saat defeksi menurun, distensi abdomen menurun, nyeri abdomen menurun, konsistensi membaik, frekuensi defekasi membaik, peristaltik usus membaik. Intervensi keperawatan dalam diagnosa diare meliputi : Observasi yaitu identifikasi penyebab diare (mis inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, ansietas, efek obat-obatan, pemberian botol susu), identifikasi riwayat pemberian makanan, identifikasi gejala invaginasi (mis. tangisan keras, keputihan pada bayi), monitor warna, volume, frekuensi, dan konsentration tinja, monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis. takikardia, nadi terasa lemah, tekanan darah turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, berat badan menurun), monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perianal, monitor jumlah pengeluaran diare, monitor keamanan penyiapan makanan. Teraupetik yaitu berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte), pasang jalur intravena, berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), *jika perlu*, ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit, ambil sampel feses untuk kultur, *jika perlu*. Edukasi yaitu anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa, anjurkan melanjutkan pemberian

ASI. Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat), kolaborasi pemberian obat anti spasmodic/ spasmolitik (mis. ekstrak belladonna, mebeverine), kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis. atapulgit, smektit, kaolin-pektin).

Perencanaan keperawatan yang tidak sesuai dengan teori akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan yaitu resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, sedangkan pada klien 2 terdapat masalah keperawatan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai : integritas kulit tidak terganggu, suhu kulit tidak terganggu. Intervensi dalam diagnosa resiko kerusakan integritas kulit meliputi : menganjurkan kepada orang tua untuk menggunakan pakaian yang longgar kepada anak, jaga kebersihan kulit area anus agar tetap bersih dan kering, monitor ada kemerahan pada kulit, oleskan baby oil atau lotion pada daerah yang tertekan.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai : tidak ada data. Intervensi dalam diagnosa defisiensi pengetahuan

meliputi : mengkaji tingkat pengetahuan keluarga terkait penyakit yang dialami anak, jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, jelaskan mengenai proses penyakit, jelaskan alasan dibalik manajemen/terapi/penanganan yang direkomendasikan, edukasi keluarga mengenai tindakan untuk mencegah/ meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 2 dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan nafas kembali efektif dengan kriteria hasil meliputi : tidak sesak nafas, tidak batuk, tidak ada sputum, RR normal kurang dari 50x/menit, suara nafas vesikuler. Intervensi dalam diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif meliputi : auskultasi jalan nafas, lakukan fisioterapi dada, pantau frekuensi nadi, pernapasan dan suhu, posisikan kepala lebih tinggi dari pada kaki, lakukan suction jika perlu, berikan terapi O₂ 2 liter/menit.

4. Implementasi Keperawatan

Serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus 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-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.

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dilakukan pada tanggal 24-27 Mei 2017 di Ruang 2 Ibu dan Anak Rumah Sakit Reksodiwiryono Padang hasil (Paramita,2017) sedangkan pada klien 2 dilakukan pada tanggal 05-06 Maret 2019 dan pada tanggal 07 Maret 2017 dilakukan evaluasi keperawatan di Ruang Anggrek hasil (Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati,2019).

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang di buat dan di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang di temukan pada klien.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah keperawatan kekurangan volume cairan pada klien 1. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu monitor status hidrasi (kelembapan, mukosa mulut, nadi yang adekuat), mencatat intake dan output pasien, kolaborasi pemberian cairan IV, monitor respon pasien terhadap penambahan cairan. Sedangkan, tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan yang aktif yang dilakukan yaitu timbang BB setiap

hari, pertahankan catatan dan haluaran cairan, nilai turgor kulit, membran mukosa, pantau balance cairan, pantau hasil laboratorium hematokrit, natrium, klorida dan kalium, berikan zink 1 x 3 cc, berikan lacto B 1 x1 sachet.

Dalam implementasi diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif akibat diare pada klien 1 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu monitor dan hitung asupan kalori pasien, monitor status nutrisi, monitor tanda vital, timbang berat badan pasien sedangkan, implementasi yang tidak dilakukan pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan yang aktif yaitu setelah rehidrasi tercapai berikan makanan seperti biasa, berikan terapi IVFD RL 20 tpm mikro/24 jam.

Sedangkan berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia ada intervensi yang tidak dilakukan meliputi edukasi yaitu anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL), kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%), kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, Plasmanate), kolaborasi pemberian produk darah (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

berhubungan dengan faktor biologis pada klien 1. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu identifikasi adanya alergi terhadap makanan, monitor diit dan asupan kalori, monitor adanya mual dan muntah, monitor turgor kulit, intruksikan cara meningkatkan asupan nutrisi. Sedangkan, tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan yang dilakukan yaitu monitor BB klien/hari, beritahu ibu untuk mematuhi diit yang diberikan, berikan ondancetrone 3 x 0,3 mg, berikan diit susu LLM 6 x 20 cc

Dalam implementasi diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis pada klien 1 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu monitor kecenderungan turun BB, timbang BB setiap hari. sedangkan, implementasi yang tidak dilakukan pada klien 2 dengan dignosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan yaitu amati dan catat respon anak terhadap pemberian makanan, timbang BB setiap 3 hari, pantau hasil lab albumin.

Sedangkan berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia ada intervensi yang tidak dilakukan meliputi Observasi yaitu identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, monitor hasil pemeriksaan, Teraupetik yaitu lakukan *oral hygiene* sebelum

makan, *jika perlu*, berikan suplemen makanan, *jika perlu*, Edukasi yaitu anjurkan posisi duduk, *jika mampu*, Kolaborasi yaitu kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, *jika perlu* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan yang sama dengan teori pada klien 1 dengan masalah keperawatan yaitu resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan eksresi atau sering BAB, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tetapi masalah keperawatan tersebut tidak muncul pada klien 2

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi berhubungan dengan dehidrasi pada klien 1. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu memantau suhu tubuh dan tanda-tanda vital, dorong konsumsi cairan, monitor suhu kulit setiap 2 jam, tingkatkan intake cairan, ajarkan cara kompres.

Dalam implementasi diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan dehidrasi pada klien 1 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu monitor intake dan output cairan, monitor kelembapan mukosa mulut

Sedangkan berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia ada intervensi yang tidak dilakukan meliputi Observasi yaitu identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi), monitor kadar

elektrolit, monitor haluaran urine, monitor komplikasi akibat hipertermia, Teraupetik yaitu sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih), hindari pemberian antipiretik atau aspirin, berikan oksigen, *jika perlu*, Edukasi yaitu anjurkan tirah baring (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah keperawatan diare berhubungan dengan proses infeksi pada klien 1. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu anjurkan pasien untuk menggunakan obat diare, monitor BAB (frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, warna)

Dalam implementasi diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan proses infeksi pada klien 1 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu evaluasi intake makanan yang pernah dikonsumsi, identifikasi faktor penyebab diare, berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering, monitor tanda dan gejala diare, monitor bising usus, intruksikan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat.

Sedangkan berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia ada intervensi yang tidak dilakukan meliputi Observasi yaitu identifikasi riwayat pemberian makanan, identifikasi gejala invaginasi (mis. tangisan keras, kepuatan pada bayi), monitor iritasi dan ulserasi

kulit didaerah perianal, monitor keamanan penyiapan makanan, Teraupetik yaitu pasang jalur intravena, berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), *jika perlu*, ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit, ambil sampel feses untuk kultur, *jika perlu*. Edukasi yaitu anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa, anjurkan melanjutkan pemberian ASI. Kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis.ekstrak belladonna, mebeverine), kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis.atapulgit, smektit ,kaolin-pektin (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan yang berbeda dengan teori pada klien 1 dengan masalah keperawatan yaitu resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan eksresi atau sering BAB, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tetapi masalah keperawatan tersebut tidak muncul pada klien 2

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah keperawatan resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB pada klien 1. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu menganjurkan kepada orang tua untuk menggunakan pakaian yang longgar kepada anak,

jaga kebersihan kulit sekitar anus agar tetap bersih dan kering, oleskan baby oil atau lotion pada daerah yang tertekan

Dalam implementasi diagnosa keperawatan resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB pada klien 1 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu monitor ada kemerahan pada kulit.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi pada klien 1. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu mengkaji tingkat pengetahuan keluarga terkait proses diare yang dialami anak, menjelaskan tanda dan gejala diare, menjelaskan alasan anak mendapat terapi oralit, zinc dan mendapatkan terapi RL, memberikan edukasi kepada keluarga agar tidak terjadi diare berulang pada anak.

Dalam implementasi diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi pada klien 1 tidak ada tindakan yang tidak dilakukan.

Implementasi keperawatan yang berbeda dengan teori pada klien 2 yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum tetapi tidak muncul masalah keperawatan tersebut pada klien 1 :

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum pada klien 2. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 2 yaitu pantau frekuensi nadi, pernafasan, dan suhu, posisikan kepala lebih tinggi dari pada kaki, lakukan suction jika perlu, berikan terapi O₂ 2 liter/menit,

Dalam implementasi diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum pada klien 2 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu auskultasi jalan nafas, lakukan fisioterapi dada.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi sumatif dan formatif dengan menggunakan beberapa metode (Ghofur, 2016).

Hasil evaluasi yang sudah di dapatkan setelah perawatan lima hari pada klien 1 dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan selama tiga hari pada klien 2 dengan masalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan yang aktif. Pada klien 1 masalah teratasi pada hari kelima sedangkan klien 2 masalah belum teratasi pada hari ketiga. Evaluasi pada klien 1 setelah dilakukan tindakan adalah orang tua klien mengatakan anaknya sudah banyak minum dan oralit yang diberikan sudah dihabiskan dalam 3 jam seta BAK klien berwarna bening \pm 100 cc, klien tampak mata tidak cekung, mukosa mulut lembab, infus RL diberikan 20 tetes/menit dalam 8 jam sudah kolf ke 8. Sedangkan evaluasi pada klien 2 adalah orang tua klien mengatakan BAB anaknya masih cair 3x/hari, klien tampak turgot kulit tidak elastis, BB 2,3 Kg, BAB cair 3 kali, nadi 120x/menit.

Hasil evaluasi yang sudah di dapatkan setelah perawatan lima hari pada klien 1 dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis dan selama tiga hari pada klien 2 dengan masalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan. Pada klien 1 masalah teratasi pada hari kelima sedangkan klien 2 masalah belum teratasi pada hari ketiga. Evaluasi pada klien 1 setelah dilakukan tindakan adalah orang tua klien mengatakan anaknya sudah mau makan dan menghabiskan makanannya, pada saat ditimbang BB klien

32 kg, kulit tampak lembab, turgor kulit kembali cepat, mukosa bibir lembab, CRT < 2 detik. Sedangkan evaluasi pada klien 2 adalah orang tua klien mengatakan anaknya tidak muntah setelah diberi susu, pada saat ditimbang BB klien 2,3 kg, warna kulit tampak pucat, konjungtiva anemis.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa hipertermi berhubungan dengan dehidrasi pada klien 1 dapat teratasi pada hari ketiga dan hasil evaluasi adalah orang tua klien mengatakan badan anaknya sudah tidak terasa panas lagi dan tidak mengopres lagi anaknya, klien tampak masih lesu, badan sudah tidak panas lagi dan pemeriksaan tanda-tanda vital S : 36,2^oC, N : 80x/menit dan RR : 20x/menit.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa diare berhubungan dengan proses infeksi pada klien 1 dapat teratasi pada hari ketiga dan hasil evaluasi adalah klien mengatakan BAB sudah tidak encer lagi, baru BAB 1x dan BAB berwarna kuning kecoklatan, turgor kulit tampak normal, mukosa mulut lembab, CRT < 2 detik.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan eksresi atau sering BAB pada klien 1 dapat teratasi pada hari kedua dan hasil evaluasi adalah klien mengatakan sudah membersihkan daerah sekitar anus setiap kali selesai BAB dengan bersih dan klien memakai lotion di daerah sekitar

bokong setelah selesai mandi, area sekitar anus tampak masih lembab, tidak terjadi iritasi dan sekitar anus tampak bersih.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi pada klien 1 dapat teratasi pada hari kedua dan hasil evaluasi adalah orang tua klien mengatakan sudah mengerti dengan proses penyakit diare, tanda dan gejala dari diare yang dialami anaknya, orang tua klien juga mengatakan sudah mengerti dengan terapi oralit dan anaknya diharuskan untuk minum banyak, orang tua klien beranggapan bahwa penyakit diare itu hanya sakit biasa, tidak tahu alasan diberikannya oralit dan anak yang diwajibkan banyak minum.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sputum pada klien 2 belum dapat teratasi pada hari ketiga dan hasil evaluasi adalah orang tua klien mengatakan batuk berkurang dan sputum tidak ada, klien tampak sesak nafas, RR : 50x/menit, batuk berkurang, tidak ada sputum.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien anak 1 dan klien anak 2 dengan penyakit diare. Pada klien 1 dilakukan di Rumah Sakit Reksodiwiry Padang di Ruang 2 Ibu dan Anak (Paramita,2017). Sedangkan, pada klien 2 dilakukan di Ruangan Anggrek (Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati,2019). Peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian dari hasil studi review kasus pada klien 1 dan klien 2. Ada perbedaan dalam pengkajian yaitu pada klien 1 bunyi nafas bronkovesikuler sedangkan pada klien 2 suara nafas ronkhi positif. Adapun pengkajian serupa yang pada klien 1 dan klien 2 meliputi persamaan mengalami penurunan berat badan.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada klien 1 hanya menemukan 4 diagnosa yang sama dengan teori yaitu kekurangan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, hipertemi, diare dan klien 2 hanya menemukan 2 diagnosa yang sama dengan teori yaitu hipovolemia dan defisit nutrisi. Pada klien 1 ada 2 diagnosa yang berbeda dengan teori yaitu resiko kerusakan integritas kulit dan defisiensi pengetahuan Sedangkan, pada klien 2 ada 1 diagnosa yang berbeda dengan teori yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang digunakan dalam kasus pada klien 1 dan klien 2 disusun sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan dan disesuaikan dengan teori yang ada. Intervensi disusun sesuai dengan masalah yang ditemukan berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan klien anak dengan diare.

5. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi yang dilakukan pada klien 1 selama 5 hari dan pada klien 2 selama 3 hari perawatan dan dibuat dalam bentuk SOAP. Pada klien 1 ada 6 diagnosa yang sudah teratasi, sedangkan pada klien 2 ada 2 diagnosa tercapai sebagian dan 1 diagnosa belum tercapai.

SARAN

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman serta menambah wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare. Hasil penelitian yang peneliti dapatkan bisa menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada klien anak dengan diare. Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare yang diberikan dapat tepat, peneliti selanjutnya diharapkan harus benar-benar menguasai konsep mengenai diare itu sendiri, selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang di temukan pada klien. Salah satunya yaitu dengan komunikasi yang efektif dalam melakukan pengkajian pada klien.

Selain itu peneliti harus melakukan pengkajian secara komprehensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien serta tidak ada masalah yang luput dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Peneliti juga harus teliti saat analisis data, dimana data subjektif dan objektif yang digunakan untuk penegakan diagnosa keperawatan harus berdasarkan data yang didapatkan saat melakukan pengkajian awal.

Pada bagian penegakan diagnosa keperawatan, klien 1 belum menggunakan standar diagnose keperawatan Indonesia sedangkan, pada klien 2 untuk penegakan diagnose sudah menggunakan standar diagnose keperawatan Indonesia serta diharapkan peneliti lebih teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik yang data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan, diharapkan peneliti klien 1 dan klien 2 dalam merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar luaran Keperawatan Indonesia.

Pada bagian implementasi keperawatan, diharapkan peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dirumuskan oleh peneliti agar diagnose keperawatan yang muncul dapat teratasi. Pada bagian evaluasi keperawatan, diharapkan peneliti lebih memahami tentang konsep evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

2. Bagi Rumah Sakit

Studi literature yang dilakukan oleh penelitian ini menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komperhensif.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menambah keluasan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare sebagai acuan literature dalam melakukan penelitian pada klien anak dengan diare.

4. Bagi klien dan orang tua

Diharapkan dapat mengetahui bagaimana proses dan tanda gejala serta factor penyebab terjadinya diare sehingga untuk kedepannya dapat memutuskan mata rantai penyakit diare.

DAFTAR PUSTAKA

Ali, & Zaidin. (2009). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Yusuf, S. (2016). *Profil diare di ruang rawat inap anak*. Sari pediatri, 13(4), 265-70.

Amin & Hardi. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc Dalam Berbagai Kasus Jilid 1*. Yogyakarta: MediAction.

Betz & Sowden. (2009). *Buku Saku Keperawatan Pediatri Jilid 5*. Jakarta: EGC.

Depkes RI. (2006). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dirjen Binkesmas.

Kemendes RI. (2011). *Buku Saku Petugas Kesehatan Lintas Diare*. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, 1–40.

Mendiri, N. K., & Prayogi, A. S. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak & Bayi Resiko Tinggi*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru.

Soediono, B. (2014). INFO DATIN KEMENKES RI Kondisi Pencapaian Program Kesehatan Anak Indonesia. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53, 160. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Soetjningsih. (2012). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.

- Sudarti. (2010). *Kelainan dan Penyakit Pada Bayi & Anak*. Yogyakarta.
- Supartini. (2004). *Buku Ajar Konsep Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- World Health Organization (WHO).(2017). *Diarrhea Disease*.Juli 2017
- Yuliasati, & Nining. (2016). *Modul Keperawatan Anak*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan
- Lidia Paramita (2017). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare.
http://pustaka.poltekkespdg.ac.id/repository/KTI_LIDIA_PARAMITA.pdf. Diakses tanggal 01 mei 2020
- Sukma Abdillah dan Dewi Purnamawati (2019). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare
<https://www.akperpasarrebo.ac.id/wpcontent/uploads/2019/09/ManuskripArtikel-Askep.pdf>. Diakses tanggal 01 mei 2020

Lampiran lampiran literature :

Tinjauan Kasus 1

A. Deskripsi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada partisipan 1 An.D umur 13 tahun dengan diagnosa diare dehidrasi ringan + low intake dan partisipan 2 An.R umur 18 bulan dengan diare dehidrasi sedang. Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 Mei sampai 27 Mei 2017 di ruang 2 Ibu Dan Anak RS Reksodiwiryo Padang.

Tabel 4.1
Pengkajian Keperawatan

| Partisipan 1 | Partisipan 2 |
|--|---|
| <p>An.D dibawa ke RS Reksodiwiryo Padang pada tanggal 22 Mei 2017 pukul 16.15 WIB dengan keluhan demam tinggi sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit dan BAB encer sudah 7 kali dari tadi pagi sebelum masuk rumah sakit. Nyeri di ulu hati (skala nyeri 6), batuk, badan lemah serta nafsu makan berkurang sejak An.D demam.</p> <p>Pada saat pengkajian An.D mengatakan BAB baru 1 kali dari pagi. Saat ini BAB masih encer dengan jumlah \pm 100 ml setiap diare, warna kuning, tidak berlendir dan tidak disertai darah. Ny.I mengatakan anaknya masih demam dan BAK anaknya agak pekat, frekuensi 2 kali dari pagi dengan jumlah \pm 100 ml setiap BAK. Ny.I juga mengatakan anaknya masih malas makan dan malas minum. An.D tampak lesu dan lemah. Kedua mata pasien tampak merah.</p> | <p>An.R dibawa ke RS Reksodiwiryo Padang pada tanggal 23 Mei 2017 pukul 13.05 WIB dengan keluhan muntah 1 kali, demam tinggi sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit dan BAB encer sudah 2 hari sebelum masuk rumah sakit. An.R BAB \pm 20 kali dari pagi sebelum masuk rumah sakit, badan lemah, nafsu makan berkurang.</p> <p>Pada saat pengkajian Ny.Y mengatakan dari mulai masuk ruangan anaknya sudah 6 kali BAB. BAB anaknya encer, berlendir tidak disertai darah, jumlahnya \pm50 ml setiap diare, BAB sudah tidak ampas, warna kuning, area sekitar anus lembab dan tampak sedikit kemerahan. An.R masih demam anak tampak lemah dan rewel, setiap kali anak BAK bercampur dengan BAB, anak tampak lesu, dan rewel. Ny.Y juga mengatakan sebelum diare An.R menderita demam, dan pilek. Ny.Y mengatakan sebelumnya tidak ada anggota keluarga yang menderita diare</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Ny.I mengatakan sebelum sakit anaknya memang suka malas makan. An.D biasanya makan 2 kali sehari. Pola makan tidak teratur, An.D suka makan cemilan, dan membeli minuman seperti pop ice. An.D mengalami penurunan berat badan, dari 38 kg ditimbang pada 1,5 bulan yang lalu di bidan karena anaknya demam, batuk dan pilek, saat diruangan An.D ditimbang lagi BB 31 kg saat sakit, dan saat ini An.D diit makanan lunak. An.D masih malas minum air putih dan oralit, An.D minum air putih \pm 2 gelas sehari. An.D BAB \pm4 kali sehari, warna kuning, encer, BAK \pm2 kali sehari, warna kuning pekat. Pola tidur siang tidak teratur, dan tidur malam kurang lebih 6 jam sering terbangun karena badannya yang masih panas.</p> | <p>ataupun mengalami sakit sebelumnya. Ny.I mengatakan anak ke 2 umur 5 bulan dan ke 3 umur 9 bulan meninggal dunia karena gastroenteritis akut.</p> <p>Ny.Y mengatakan anaknya tidak mau makan. Setiap kali disuapkan makan An.R memuntahkannya. Ny.Y mengatakan biasanya An.R makan makanan yang dilunakkan, seperti nasi, sayur, lauk yang dilunakkan dan An.R juga minum susu formula Bebelac \pm 4 kali dalam sehari. An.R juga mengalami penurunan berat badan dari 8,9 kg menjadi 8,6 kg saat sakit. An.R lebih suka minum oralit (\pm 8 dot sehari, \pm 200cc/dot) dibanding minum air putih saja. Pola tidur An.R terganggu karena BAB dan badannya masih panas.</p> |
| <p>Hasil pemeriksaan fisik An.D ditemukan mata merah dan cekung, mukosa mulut kering, pucat, bunyi nafas bronkovesikuler An.D kadang- kadang masih batuk. Bising usus normal, turgor kulit kembali lambat, CRT lebih dari 2 detik, akral teraba hangat. An.D mengalami penurunan berat badan. Berat badan sebelumnya 38 kg ditimbang pada 1,5 bulan yang lalu di bidan karena anaknya demam, batuk dan pilek, berat badan saat sakit 31 kg, tinggi badan 153 cm. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg N: 88 x/mnt RR: 18 x/mnt S: 37,9 °C. Hasil laboratorium pemeriksaan darah pada tanggal 22 Mei 2017 Hb 12,7 g/dl, leukosit 10.800 mm³, trombosit 313.000 mm³, hematokrit 38,7%. An.D mendapatkan terapi IVFD RL 22 tetes per menit, paracetamol 3x1 tablet, zinc 1x10 mg dan oralit setiap kali diare.</p> | <p>Hasil pemeriksaan fisik An.R ditemukan mata cekung, mukosa mulut kering, pucat, ada bintik merah pada perut, bunyi nafas vesikuler. Bising usus positif lebih dari 10 kali/menit, turgor kulit kembali lambat, CRT lebih dari 2 detik, akral teraba hangat. Kulit sekitar anus lembab dan berwarna kemerahan. An.R mengalami penurunan berat badan, berat badan sebelum sakit 8,9 kg, berat badan saat sakit 8,6 kg dan tinggi badan 93 cm. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital S: 38,8°C N: 100 x/mnt RR: 20 x/mnt. Hasil laboratorium pemeriksaan darah pada tanggal 23 Mei 2017 Hb : 11,8 g/dl. Leukosit : 11.620 mm³ Trombosit : 305.000 mm³ Hematokrit : 36,1 % Hasil laboratorium pemeriksaan feses pada tanggal 23 Mei 2017 Makroskopis, keadaan : lunak, Lendir : ada, Darah : tidak ada. Mikoskopis Leukosit : 10-15 / LPB Eritrosit : 4-5 / LPB. Terapi IVFD RL 20 tts/mnt, Zink 1x1 sendok teh, Oralit.</p> |

| | |
|---|---|
| Hasil pengkajian mengenai lingkungan rumah An.D, ibu pasien mengatakan sumber air minum dan untuk keperluan sehari-hari menggunakan air PDAM. Ny.I mengatakan kebiasaan melakukan cuci tangan pakai sabun jarang dilakukan. | Hasil pengkajian mengenai lingkungan rumah An.R, ibu mengatakan sumber air minum dari air galon isi ulang dan untuk keperluan sehari-hari Ny.Y menggunakan air dari PDAM. Ny.Y juga mengatakan untuk kebiasaan mencuci tangan pakai sabun saat menyiapkan makanan dan menyiapkan susu untuk anaknya jarang dilakukan. |
|---|---|

2. Diagnosis Keperawatan

Dari hasil pengkajian diatas, didapatkan diagnosis keperawatan yang bisa ditegakkan untuk kedua partisipan tersebut yaitu, untuk An.D 1) hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, 2) kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, 3) ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor psikologis, 4) diare berhubungan dengan proses infeksi, 5) resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB. Diagnosis yang dapat ditegakkan untuk An.R yaitu 1) kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, 2) ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan, 3) hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, 4) resiko kerusakan integrotas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB, 5) diare berhubungan dengan proses infeksi, 6) gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit.

Tabel 4.2
Diagnosis Keperawatan

| Partisipan 1 | Partisipan 2 |
|---|---|
| Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif akibat diare ditandai dengan Ny.Y mengatakan anaknya diare baru satu hari yang lalu, Ibu mengatakan BAB anaknya encer, tidak berlendir, dan tidak berdarah. Ibu I mengatakan anaknya ± 7 kali BAB sebelum masuk rumah sakit, saat pengkajian An.D mengatakan baru 1 kali BAB, BAB masih encer, tidak berlendir. Ibu I mengatakan BAK ± 4 | Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif akibat diare ditandai dengan Ny.Y mengatakan anaknya diare sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, BAB encer, berlendir tapi tidak berdarah, sebelum masuk rumah sakit anaknya BAB ± 20 kali. Saat diruangan An.R BAB sudah 6 kali, warna kuning, anak rewel, infus terpasang RL 20 tts/mnt dalam 8 jam, setiap kali BAB ± 50 ml, anak minum |

| | |
|---|--|
| <p>kali sehari, bau khas, warna kuning pekat, anaknya masih malas minum, ± 2 (± 200 cc) gelas sehari. Anak tampak lemah, urine ± 70 ml, BAB ± 100 ml, mukosa bibir kering, turgor kulit kembali lambat, mata tampak cekung dan merah.</p> | <p>oralit ± 8 dot sehari, ± 200cc/dot, BAK sedikit, warna kuning, bau khas, anak menggunakan pempers, jumlah urine tidak bisa dihitung karena bercampur dengan BAB, mukosa mulut kering, mata cekung.</p> |
| <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor biologis Ny.I mengatakan Ibu I mengatakan sebelum sakit anaknya memang malas makan, An.D biasa makan 2 kali sehari dan tidak teratur. Ibu I mengatakan anaknya suka minum pop ice dan makan cemilan, pada saat demam anaknya tidak mau makan. Anak tampak lesu dan kurus, diit yang diberikan tampak tidak dihabiskan. Anak mengalami penurunan berat badan dari 38 kg ditimbang pada 1,5 bulan yang lalu di bidan karena anaknya demam, batuk dan pilek, saat diruangan An.D ditimbang lagi BB 31 kg saat sakit</p> | <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan ditandai dengan Ny.Y mengatakan selama sakit nafsu makan anaknya berkurang, setiap kali disuapkan makan anak selalu memuntahkannya. NyY mengatakan mengganti makanan anaknya dengan roti tapi anaknya tetap tidak mau makan minum oralit ± 8 dot sehari, ± 200cc/dot.anak tampak lesu, rewel, makanan yang diberikan tidak dimakan. An.R mengalami penurunan berat badan dari 8,9 kg menjadi 8,6 kg saat sakit. Membran mukosa mulut kering, turgor kulit kembali lambat, CRT >2 detik.</p> |
| <p>hipertermi berhubungan dengan dehidrasi ditandai dengan Ny.I mengatakan anaknya demam tinggi sudah 2 hari sebelum masuk rumah sakit, BAB encer sudah 7 kali. Saat diruangan An.D masih demam, BAB baru 1 kali dari pagi, konsistensi encer, warna kuning, tidak berlendir, tidak berdarah, jumlah ± 100. Ibu mengatakan anaknya tampak lesu sejak demam. Keadaan umum An.D sedang, anak mengalami dehidrasi ringan dengan low intake, anak tampak malas minum, kedua mata An.D tampak merah. Tanda-tanda vital S: $37,9^{\circ}\text{C}$, HR: 88 x/mnt, RR: 18 x/mnt, TD: 110/70 mmHg</p> | <p>hipertermi berhubungan dengan dehidrasi ditandai dengan Ny.Y mengatakan anaknya demam sudah 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Ny.Y mengatakan anaknya tampak lesu sejak demam, saat diruangan anaknya masih demam tinggi S: $38,8^{\circ}\text{C}$. Ny.Y sudah mengompres anaknya, badan anak masih terasa panas, An.R mengalami diare dengan dehidrasi sedang. Anak mau minum jika dicampur dengan oralit minum oralit ± 8 dot sehari, ± 200cc/dot.</p> |
| <p>diare yang berhubungan dengan proses infeksi yang ditandai dengan Ny.I mengatakan BAB anaknya encer</p> | <p>diare berhubungan dengan proses infeksi yang ditandai dengan Ny.Y mengatakan BAB anaknya encer sudah</p> |

| | |
|--|--|
| <p>sudah 1 hari, frekuensi BAB \pm 7 kali dari pagi sebelum masuk rumah sakit, BAB berwarna kuning, tidak berlendir dan tidak berdarah, demam tinggi sudah 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Saat diruangan An.D masih demam, BAB baru 1 kali dari pagi, konsistensi encer, warna kuning, tidak berlendir, tidak berdarah, jumlah \pm 100. Hasil laboratorium pemeriksaan darah didapatkan leukosit An.D tinggi yaitu 10.800 mm³.</p> <p>resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB ditandai dengan ibu pasien mengatakan anaknya BAB sudah lebih dari 7 kali sebelum masuk rumah sakit, saat diruangan anak BAB baru 1 kali dari pagi, anak tampak lesu setelah BAB, daerah sekitar anus lembab dan tidak ada berwarna kemerahan.</p> <p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan kebiasaan atau hygiene ibu yang tidak mencuci tangan saat menyiapkan makanan dan kebiasaan anak yang suka membeli pop ice, makan cemilan, dan sumber air minum dari air PDAM.</p> | <p>2 hari sebelum masuk rumah sakit. BAB analnya encer, berlendir, sebelum masuk RS pasien \pm 20 kali BAB. Dan saat baru masuk ruangan An.R sudah 6 kali BAB. Anak tampak lesu, hasil pemeriksaan laboratorium darah didapatkan leukosit 11.620 mm³.</p> <p>kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB ditandai dengan ibu mengatakan anaknya BAB sudah 2 hari sebelum masuk RS \pm 20 kali. Ibu mengatakan frekuensi frekuensi BAB anaknya sangat sering, BAB sedikit-sedikit, jarak untuk BAB sangat dekat, BAB sudah tidak ada ampas, ibu juga mengatakan anaknya tampak lesu setelah BAB dan setiap kali BAB anak pasti menangis. Daerah sekitar anus tampak lembab, sedikit berwarna kemerahan dan bersih, anak memakai pempers.</p> <p>gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit ditandai dengan Ny.Y mengatakan anaknya sangat rewel, anak BAB \pm 20 kali, BAB encer, anus dan daerah sekitarnya lembab dan sedikit kemerahan. Ny.Y mengatakan setiap kali BAB anaknya selalu menangis. Pola tidur anak tidak teratur karena gelisah, dan BAB.</p> <p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan hasil observasi peneliti ibu tidak mencuci tangan setelah membersihkan BAB anaknya dengan tisu basah, setelah itu ibu membuatkan oralit untuk anaknya. Sebelumnya anak ketiga dan keempat dari Ny.Y meninggal dunia</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | karena gastroenteritis akut. Sumber air minum dari air galon isi ulang dan air untuk keperluan sehari-hari menggunakan air PDAM. |
|--|--|

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana tindakan yang akan dilakukan ke An.D dan An.R sesuai dengan diagnosis yang sudah ada yaitu 1) manajemen cairan, 2) manajemen nutrisi, 3) termoregulasi, dan 4) manajemen diare, 5) manajemen tekanan.

Tabel 4.3
Intervensi Keperawatan

| Partisipan 1 | Partisipan 2 |
|--|--|
| Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu 1) monitor status hidrasi (kelembaban mukosa mulut, nadi yang adekuat), 2) mencatat intake dan output pasien, 3) monitor dan hitung asupan kalori pasien, 4) kolaborasi pemberian cairan IV, 5) monitor status nutrisi, 6) monitor tanda-tanda vital, 7) timbang berat badan pasien, 8) monitor respon pasien terhadap penambahan cairan. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu, turgor kulit tidak terganggu, berat badan stabil, kelembaban membran mukosa tidak terganggu, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam tidak terganggu, intake cairan tidak terganggu, mata tidak cekung. | Rencana tindakan untuk diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu 1) monitor status hidrasi (kelembaban mukosa mulut, nadi yang adekuat), 2) mencatat intake dan output pasien, 3) monitor dan hitung asupan kalori pasien, 4) kolaborasi pemberian cairan IV, 5) monitor status nutrisi, 6) monitor tanda-tanda vital, 7) timbang berat badan pasien, 8) monitor respon pasien terhadap penambahan cairan. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu, turgor kulit tidak terganggu, berat badan stabil, kelembaban membran mukosa tidak terganggu, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam tidak terganggu, intake cairan tidak terganggu, mata tidak cekung. |
| ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis 1) identifikasi adanya alergi terhadap makanan, 2) monitor kecendrungan turun BB, 3) monitor diit dan asupan kalori, 4) timbang BB pasien, 5) monitor adanya | ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis 1) identifikasi adanya alergi terhadap makanan, 2) monitor kecendrungan turun BB, 3) monitor diit dan asupan kalori, 4) timbang BB pasien, 5) monitor adanya |

| | |
|---|---|
| <p>mual dan muntah, 6) monitor turgor kulit, 7) instruksikan cara meningkatkan asupan nutrisi. Kriteria hasil yang dicapai asupan makanan dan cairan tidak menyimpang dari rentang normal, asupan makanan secara oral adekuat, berat badan dalam kisaran normal, asupan makanan secara oral adekuat, asupan cairan secara oral adekuat.</p> | <p>mual dan muntah, 6) monitor turgor kulit, 7) instruksikan cara meningkatkan asupan nutrisi. Kriteria hasil yang dicapai asupan makanan dan cairan tidak menyimpang dari rentang normal, asupan makanan secara oral adekuat, berat badan dalam kisaran normal.</p> |
| <p>hipertermi berhubungan dengan dehidrasi yaitu 1) memantau suhu dan tanda-tanda vital, 2) monitor intake output cairan, 3) dorong konsumsi cairan, 4) monitor kelembaban mukosa mulut, 5) monitor suhu kulit setiap 2 jam, 6) tingkatkan intake cairan, 7) ajarkan cara kompres. Tindakan tersebut dilakukan dengan kriteria hasil suhu tubuh tidak terganggu, dehidrasi ringan, tanda-tanda vital dalam kisaran normal. Kriteria hasil yang akan dicapai yaitu melaporkan suhu tubuh tidak terganggu, tidak terjadi peningkatan suhu tubuh, dehidrasi tidak ada, tanda-tanda vital tidak ada deviasi dari kisaran normal.</p> | <p>hipertermi berhubungan dengan dehidrasi yaitu 1) memantau suhu dan tanda-tanda vital, 2) monitor intake output cairan, 3) dorong konsumsi cairan, 4) monitor kelembaban mukosa mulut, 5) monitor suhu kulit setiap 2 jam, 6) tingkatkan intake cairan, 7) ajarkan cara kompres. Tindakan tersebut dilakukan dengan kriteria hasil suhu tubuh tidak terganggu, dehidrasi ringan, tanda-tanda vital dalam kisaran normal. Kriteria hasil yang akan dicapai yaitu melaporkan suhu tubuh tidak terganggu, tidak terjadi peningkatan suhu tubuh, dehidrasi tidak ada, tanda-tanda vital tidak ada deviasi dari kisaran normal.</p> |
| <p>diare berhubungan dengan proses infeksi intervensinya 1) anjurkan pasien untuk menggunakan obat diare, 2) evaluasi intake makanan yang pernah dikonsumsi, 3) identifikasi faktor penyebab diare, 4) berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering, 5) monitor tanda dan gejala diare, 6) monitor BAB (frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, warna), 7) monitor bising usus, 8)instruksikan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat. Kriteria hasil yang dicapai yaitu frekuensi BAB tidak terganggu, intake</p> | <p>diare berhubungan dengan proses infeksi intervensinya 1) anjurkan pasien untuk menggunakan obat diare, 2) evaluasi intake makanan yang pernah dikonsumsi, 3) identifikasi faktor penyebab diare, 4) berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering, 5) monitor tanda dan gejala diare, 6) monitor BAB (frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, warna), 7) monitor bising usus, 8)instruksikan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat. Kriteria hasil yang dicapai yaitu frekuensi BAB tidak terganggu, intake</p> |

| | |
|--|--|
| <p>cairan secara adekuat, mengkonsumsi serat secara adekuat, tidak terjadi peningkatan hiperperistaltik usus.</p> <p>resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB 1) menganjurkan kepada orang tua untuk menggunakan pakaian yang longgar kepada anak, 2) jaga kebersihan kulit area anus agar tetap bersih dan kering, 3) monitor ada kemerahan pada kulit, 4) oleskan baby oil atau lotion pada daerah yang tertekan. Kriteria hasil, integritas kulit tidak terganggu, suhu kulit tidak terganggu.</p> <p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi 1) Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga terkait penyakit yang dialami anak, 2) jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, 3) Jelaskan mengenai proses penyakit, Jelaskan alasan dibalik manajemen/terapi/penanganan yang direkomendasikan, 4) Edukasi keluarga mengenai tindakan untuk mencegah/meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan.</p> | <p>cairan secara adekuat, mengkonsumsi serat secara adekuat, tidak terjadi peningkatan hiperperistaltik usus.</p> <p>kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB 1) menganjurkan kepada orang tua untuk menggunakan pakaian yang longgar kepada anak, 2) jaga kebersihan kulit area anus agar tetap bersih dan kering, 3) monitor kemerahan pada kulit, 4) oleskan baby oil atau lotion pada daerah yang tertekan, 5) tingkatkan intake cairan per oral. Kriteria hasil, integritas kulit tidak terganggu, suhu kulit tidak terganggu, kulit menjadi normal.</p> <p>gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit 1) Peluk dan beri kenyamanan pada bayi atau anak, 2) Identifikasi orang terdekat klien yang bisa membantu klien, Gunakan pendekatan yang tenang dan menyenangkan, 3) Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat, 4) Monitor pola tidur klien dan catat kondisi fisik (misalnya, ketidaknyamanan) atau psikologis (ketakutan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur, 5) Sesuaikan lingkungan untuk meningkatkan tidur. Kriteria hasil yang hendak dicapai yaitu, perasaan gelisah tidak ada, intake makanan dan cairan tidak terganggu, mual dan muntah tidak terganggu, kontrol terhadap gejala tidak terganggu.</p> <p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi 1) Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga terkait penyakit yang dialami anak, 2) jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, 3) Jelaskan mengenai proses</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | penyakit, Jelaskan alasan dibalik manajemen/terapi/penanganan yang direkomendasikan, 4) Edukasi keluarga mengenai tindakan untuk mencegah/meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan. |
|--|--|

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan rencana diatas. Tindakan yang akan dilakukan untuk memenuhi 1) kebutuhan cairan, 2) kebutuhan nutrisi, 3) manajemen mengatasi diare, 4) manajemen termoregulasi, 5) manajemen tekanan.

Tabel 4.4
Implementasi Keperawatan

| Partisipan 1 | Partisipan 2 |
|---|---|
| <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa utama Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif 1) Memberikan cairan oralit 700 cc/3 jam, 2) Memberitahu ibu untuk tetap memberikan anaknya minum sesering mungkin, 4 gelas dalam 8 jam, 3) Memberikan cairan IV RL 20 tts/mnt dalam 8 jam, 4) Memantau respon pasien setelah 7 jam pemberian oralit , 5) Memberikan terapi zink 1x10 mg setelah BAB, 6) Memantau mata cekung, turgor kulit kembali lambat , kelembaban mukos mulut, CRT pada anak > 2 detik, 7) Memantau pola minum anak, hasil yang didapatkan anak hanya minum \pm 50 cc, 8) Memantau warna urine dan frekuensi urine anak.</p> | <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa utama Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif 1) Memberikan cairan oralit 200 cc/3 jam , 2) Memberitahu ibu untuk tetap memberikan anaknya minum sesering mungkin, 3) Memberikan cairan IV RL 20 tts/mnt dalam 8 jam, 4) Memantau respon pasien setelah 7 jam pemberian oralit, 5) Memberikan terapi zink 1x1 sendok teh setelah BAB, 6) Memantau mata cekung, turgor kulit, kelembaban mukosa mulut, CRT pada anak kembali >2 detik, 7) Memantau pola minum anak hasil yang didapatkan anak minum oralit \pm 200 cc/dot, 8) Memantau warna urine dan frekuensi urine anak, hasil yang didapatkan warna kuning, frekuensi setiap kali anak BAB langsung BAK.</p> |
| <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis tindakan keperawatan sebagai berikut 1) Mengkaji riwayat alergi makanan pada anak, 2) Memberikan informasi kepada ibu tentang kebutuhan nutrisi yang diperlukan anak, 3) Mencatat jumlah makanan yang dihabiskan anak, 4) Memeriksa turgor kulit, kelembaban mukosa mulut setelah 8 jam, 5) Memberitahu ibu untuk menyuapi anaknya makan, 6) Memantau mual dan muntah selama makan</p> | <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan 1) Mengkaji riwayat alergi makanan pada anak, 2) Memberikan informasi kepada ibu tentang kebutuhan nutrisi yang diperlukan anak, 3) Menjelaskan kepada ibu makanan untuk memberikan makanan yang tinggi serat, 4) Mencatat jumlah makanan yang dihabiskan anak, hasil yang didapatkan anak tidak mau makan, setiap disuapkan sama ibunya An.R memuntahkan makanannya, 5)</p> |

| | |
|---|---|
| <p>hipertermi berhubungan dengan dehidrasi yaitu 1) mengukur suhu tubuh anak saat awal pengkajian, hasil yang didapatkan S: 37,9°C, 2) Memberikan paracetamol 1 tablet 500 mg, 3) Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan minum kepada anaknya, sesering mungkin, ± 4 gelas dalam 8 jam, 4) Memberitahu ibu untuk tetap melakukan kompres hangat pada kening, lipatan paha, dan aksila, 5) Memantau perubahan suhu anak setelah diberikan paracetamol, 6) Mengukur suhu anak setelah 2 jam setelah diberikan paracetamol dan kompres hangat.</p> <p>Diare berhubungan dengan proses infeksi 1) Mengkaji faktor penyebab dari diare , 2) Mencatat warna, frekuensi, konsistensi dan jumlah feses setiap kali BAB, 3) Memantau jumlah dan frekuensi dari BAB setiap 7 jam, 4) Memberitahu ibu untuk memberikan oralit kepada anak setiap kali setelah BAB, 5) Memberitahu ibu untuk memberikan oralit ±200 cc setelah anak BAB, 6) Memberikan terapi obat zink 1x10 mg sesuai order dokter, 7) Memantau mukosa mulut dan turgor kulit anak, 8) Menanyakan kepada ibu dan anak berapa banyak minum setelah BAB, hasil yang didapatkan anak minum ± hanya 50 cc .</p> | <p>Memeriksa turgor kulit, kelembaban mukosa mulut setelah 8 jam, 6) Memberitahu ibu untuk tetap menyuapi anaknya makan, 7) Memantau mual dan muntah selama makan</p> <p>Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi 1) Mengukur suhu tubuh anak saat awal pengkajian, hasil yang didapatkan S: 38,8°C, 2) Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan minum kepada anaknya, sesering mungkin, 3) Memberitahu ibu untuk tetap melakukan kompres hangat pada kening, lipatan paha, dan aksila, 4) Memantau perubahan suhu anak setelah dikompres, 5) Mengukur suhu anak setelah 2 jam setelah di kompres hangat.</p> <p>Diare berhubungan dengan proses infeksi 1) Mengkaji faktor penyebab dari diare, 2) Mencatat warna, frekuensi, konsistensi dan jumlah feses setiap kali BAB hasil yang didapatkan BAB warna kuning, encer, ± sudah 6 kali, jumlah ±70 cc, 3) Memantau jumlah dan frekuensi dari BAB setiap 7 jam, 4) Memberitahu ibu untuk memberikan oralit kepada anak setiap kali setelah BAB, hasil yang didapatkan anak minum oralit ± 200 cc/dot, 5) Memberitahu ibu untuk memberikan oralit ±200 cc setelah anak BAB, 6) Memberikan terapi obat zink 1x10 mg sesuai order dokter, 7) Memantau mukosa mulut dan turgor kulit anak, 8) Menanyakan kepada ibu dan anak berapa banyak minum setelah BAB</p> <p>kerusakan integritas kulit</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB 1) Menganjurkan ibu untuk memberikan pakaian longgar pada anaknya, 2) Menjelaskan kepada An.D cara membersihkan daerah sekitar anus agar tidak lembab, 3) Menjelaskan kepada An.D untuk merubah posisi setiap 3 jam sekali, 4) Menyarankan kepada An.D untuk memakai baby oil untuk dioleskan diaerah sekitar anus setiap setelah BAB atau setelah mandi.</p> <p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi 1) mengkaji tingkat pengetahuan keluarga terkait proses diare yang dialami anak, 2) menjelaskan tanda dan gejala dari diare, 3) menjelaskan alasan anak mendapat terapi oralit, zinc, dan mendapatkan terapi RL, 4) memberikan edukasi kepada keluarga agar tidak terjadi diare berulang pada anak.</p> | <p>berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB 1) Menganjurkan ibu untuk memberikan pakaian longgar pada anaknya, 2) Menjelaskan kepada An.D cara membersihkan daerah sekitar anus agar tidak lembab, 3) Menjelaskan kepada An.D untuk merubah posisi setiap 3 jam sekali, 4) Menyarankan kepada An.D untuk memakai baby oil untuk dioleskan diaerah sekitar anus setiap setelah BAB atau setelah mandi, 5) Menyarankan kepada ibu untuk langsung mengganti pempers ketika anak BAB.</p> <p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit 1) Menjelaskan kepada ibu untuk tetap mendampingi anaknya selama sakit, 2) Menjelaskan kepada ibu untuk memberikan kenyamanan kepada anak dengan cara memeluk atau menggendong anak, 3) Identifikasi orang terdekat dengan anak, 4) Monitor pola tidur dan catat kondisi fisik pasien saat itu.</p> <p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi 1) mengkaji tingkat pengetahuan keluarga terkait proses diare yang dialami anak, 2) menjelaskan tanda dan gejala dari diare, 3) menjelaskan alasan anak mendapat terapi oralit, zinc, dan mendapatkan terapi RL, 4) memberikan edukasi kepada keluarga agar tidak terjadi diare berulang pada anak.</p> |
|--|--|

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan implementasi keperawatan kepada An.D dan An.R. Tindakan keperawatan selanjutnya yaitu membuat evaluasi keperawatan dengan metode SOAP.

Tabel 4.5
Evaluasi Keperawatan

| Partisipan 1 | Partisipan 2 |
|---|--|
| <p>Setelah dilakukan evaluasi keperawatan selama 5 hari berturut-turut untuk masing-masing diagnosa yang dapat teratasi dengan baik. Diagnosa Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dapat teratasi setelah hari rawatan ke 5 dengan S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah banyak minum, pasien mengatakan oralit yang diberikan sudah dihabiskan dalam 3 jam, ibu pasien mengatakan BAK anaknya berwarna kuning bening, \pm 100 cc, O: mata An.D tampak sudah tidak cekung lagi, Mukosa mulut lembab, infus RL diberikan 20 tts/mnt dalam 8 jam sudah kolf ke 8, A: tujuan tercapai, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam tidak terganggu, kelembaban membran mukosa tidak terganggu, turgor kulit tidak terganggu, P: intervensi dihentikan</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis dapat teratasi setelah hari rawatan ke 5 ditandai dengan S: ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau makan, ibu pasien mengatakan anaknya menghabiskan makanannya, O: saat di timbang BB: 32 kg, kulit tampak lembab, turgor kulit kembali cepat, mukosa bibir lembab, CRT < 2 detik, A: tujuan tercapai, asupan makanan dan cairan tidak</p> | <p>Setelah dilakukan evaluasi keperawatan selama 4 hari berturut-turut di ruangan dan 1 hari dengan kunjungan rumah untuk masing-masing diagnosa yang dapat teratasi dengan baik. Diagnosa Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dapat teratasi setelah melengkapi asuhan keperawatan dengan kunjungan rumah selama 1 hari S: Ibu mengatakan saat dirumah anaknya masih diberi oralit, ibu mengatakan anaknya masih diberi zink, ibu mengatakan BAB anaknya sudah normal \pm 3 kali, konsistensi lembek, jumlah \pm 50ml, ibu mengatakan sudah paham dengan apa yang dijelaskan peneliti, yaitu tentang pentingnya pemberian oralit dan zink, O: anak tampak tenang, anak sudah bisa bermain, mata tidak cekung, turgor kulit baik, A: tujuan tercapai, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam tidak terganggu, kelembaban membran mukosa tidak terganggu, turgor kulit tidak terganggu, P: intervensi dihentikan</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan dapat teratasi setelah melengkapi asuhan keperawatan dengan kunjungan rumah selama 1 hari S: Ibu mengatakan anaknya sudah mulai makan seperti biasa (nasi, sayur ikan, dilunakkan), ibu mengatakan anaknya dapat menghabiskan makanan yang diberikan (dalam mangkuk kecil), O: turgor kulit anak baik, mukosa bibir</p> |

| | |
|---|---|
| <p>menyimpang dari rentang normal, asupan makanan secara oral sebagian besar adekuat, P: intervensi dihentikan.</p> | <p>lembab, CRT < 2 detik, mata anak sudah tidak cekung, anak dapat menghabiskan makanannya, anak banyak minum), A: tujuan tercapai, asupan makanan dan cairan tidak menyimpang dari rentang normal, asupan makanan secara oral sebagian besar adekuat, P: intervensi dihentikan</p> |
| <p>hipertermi berhubungan dengan dehidrasi dapat teratasi setelah hari rawatan ke tiga dengan S: Ibu pasien mengatakan badan anaknya sudah tidak terasa panas lagi. Ibu mengatakan anaknya masih tampak lesu. Ibu pasien mengatakan tidak lagi mengompres anaknya. O: An.D masih tampak lesu, badan An.D tidak panas lagi, S: 36,2°C, N: 80 x/mnt, RR: 20 x/mnt, A: tujuan tercapai, melaporkan suhu tubuh tidak terganggu, P: intervensi dihentikan</p> | <p>Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi dapat teratasi pada hari rawatan ke 2 S: Ibu pasien mengatakan badan anaknya sudah tidak panas lagi, anak masih rewel, ibu pasien mengatakan masih mengompres anaknya, ibu mengatakan bintik-bintik merah di daerah sekitar perut anaknya sudah hilang, ibu mengatakan anaknya sudah mulai berkeringat, ibu mengatakan anaknya banyak minum oralit, O: An.R masih rewel, anak sudah banyak minum, S: 36,6°C, N: 72 x/mnt, RR: 18 x/mnt, bintik-bintik di perut sudah hilang, A: tujuan tercapai, melaporkan suhu tubuh tidak terganggu, P: intervensi dihentikan</p> |
| <p>Diare berhubungan dengan proses infeksi dapat teratasi pada hari rawatan ke 3 dimana S: An.D mengatakan BAB sudah tidak encer lagi, An.D mengatakan baru 1 kali BAB, BAB berwarna kuning kecoklataan, O: turgor kulit normal, mukosa mulut lembab, CRT < 2 detik, A: tujuan tercapai, diare jarang menunjukkan, mengeluarkan feses paling tidak 3 kali per hari secara konsisten menunjukkan, minum cairan secara adekuat secara konsisten menunjukkan, frekuensi BAB sedikit terganggu, konsistensi BAB tidak terganggu, P: intervensi dihentikan</p> | <p>Diare berhubungan dengan proses infeksi teratasi pada hari rawatan ke 4 S: ibu mengatakan anaknya masih BAB, frekuensi BAB ± 4 kali, warna kuning, BAB sudah ada ampasnya, jumlah ± 50 ml, ibu mengatakan jarak anaknya untuk BAB udah tidak terlalu sering, O: anak tampak sudah lebih baik, anak sudah bisa bermain, tidak lagi rewel, jarak anak untuk BAB sudah tidak terlalu dekat, A: tujuan tercapai, diare jarang menunjukkan, mengeluarkan feses paling tidak 3 kali per hari secara konsisten menunjukkan, minum cairan secara adekuat secara konsisten menunjukkan, frekuensi BAB sedikit terganggu, konsistensi BAB tidak terganggu, P: intervensi dihentikan</p> |
| <p>Resiko kerusakan integritas kulit</p> | <p>kerusakan integritas kulit</p> |

| | |
|--|--|
| <p>berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB dapat teratasi pada hari rawatan ke 2 S: An.D mengatakan sudah membersihkan daerah sekitar anus setiap kali selesai BAB dengan bersih, ibu pasien mengatakan anaknya memakai lotion didaerah sekitar bokong setelah selesai mandi, O: area sekitar anus masih lembab, tidak terjadi iritasi pada daerah sekitar anus, area sekitar anus tampak bersih, A: tujuan tercapai, integritas kulit tidak terganggu, suhu kulit tidak terganggu, elastisitas tidak terganggu, P: intervensi dihentikan</p> | <p>berhubungan dengan ekskresi atau sering BAB teratasi pada hari rawatan ke 3 S: Ibu membersihkan BAB anaknya dengan tisu basah, ibu mengatakan daerah sekitar anus sudah tidak berwarna kemerahan lagi, O: area sekitar anus masih tampak lembab, ibu tidak mencuci tangan setelah membersihkan BAB anaknya, area sekitar anus tampak bersih, dan sedikit bau, bokong pasien tampak tidak berwarna kemerahan lagi, A: tujuan tercapai, integritas kulit tidak terganggu, suhu kulit tidak terganggu, elastisitas tidak terganggu, P: intervensi dihentikan</p> |
| <p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi dapat teratasi pada hari ke 2 S: ibu mengatakan sudah mengerti dengan proses penyakit diare, ibu juga mengatakan sudah mengerti dengan tanda dan gejala dari diare yang dialami anaknya, ibu mengatakan sudah mengerti dengan terapi oralit dan anak yang diharuskan untuk minum banyak, O: ibu beranggapan bahwa penyakit diare itu hanya sakit biasa, ibu tidak tahu alasan diberikannya oralit dan anak yang diwajibkan banyak minum, A: tujuan tercapai, ibu mengetahui karakteristik spesifik dari diare, ibu mengetahui faktor penyebab, tanda dan gejala dari diare, ibu mengetahui strategi untuk meminimalkan agar tidak terjadi diare berulang pada anak, P: intervensi dihentikan.</p> | <p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit teratasi pada hari rawatan ke 3 S: Ibu mengatakan anaknya sudah tidak rewel lagi, ibu mengatakan anak sudah bisa diajak bermain, O: An.R tampak lebih tenang, BAB sudah tidak sering lagi, \pm 6 kali, sudah tidak encer lagi, anak tampak sudah mulai bermain, A: tujuan tercapai, kontrol terhadap gejala sedikit terganggu, perasaan gelisah tidak ada, P: intervensi dihentikan.</p> <p>Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi dapat teratasi pada hari ke 2 S: ibu mengatakan sudah mengerti dengan proses penyakit diare, ibu juga mengatakan sudah mengerti dengan tanda dan gejala dari diare yang dialami anaknya, ibu mengatakan sudah mengerti dengan terapi oralit dan anak yang diharuskan untuk minum banyak, O: ibu sudah berpengalaman merawat anak dengan diare karena anak kedua dan ketiga meninggal karena gastroenteritis akut, ibu tidak tahu alasan diberikannya oralit dan anak yang diwajibkan banyak minum, ibu tidak mencuci tangan setelah</p> |

| | |
|--|--|
| | membersihkan BAB anaknya, setelah itu ibu membuatkan oralit untuk anaknya, A: tujuan tercapai, ibu mengetahui karakteristik spesifik dari diare, ibu mengetahui faktor penyebab, tanda dan gejala dari diare, ibu mengetahui strategi untuk meminimalkan agar tidak terjadi diare berulang pada anak, P: intervensi dihentikan |
|--|--|

Tinjauan kasus 2

Pengkajian keperawatan

1. Identitas klien

Tanggal pengkajian 5 Maret 2019.

Tanggal masuk RS 3 Maret 2019 pada pukul 23.30 WIB di ruang Anggrek, nomor rekam medis 10017849 dengan diagnosa medis Diare. Nama klien By. Ny. S, nama panggilan An. L (6 bulan) jenis kelamin perempuan, lahir di Jakarta, 25 Agustus 2018, agama Islam, suku bangsa Jawa, bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia dan klien belum sekolah. Identitas orang tua : Nama Ibu klien Ny. S (40 tahun), pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga, agama Islam, suku bangsa Jawa. Nama ayah klien Tn. N (45 tahun), pendidikan terakhir SMA, pekerjaan pedagang, agama Islam, suku bangsa Jawa. Klien dan orang tua tinggal di Jl. Kp. Bulak Sentul RT/RW 005/017, Kel. Harapan Jaya, Kec. Bekasi Utara.

2. Resume

Bayi datang ke ruang Anggrek dari IGD dengan keluhan bab cair sudah 2 hari lebih dari 8 x/hari, batuk dan terdapat sputum. Masalah yang muncul yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif dan hipovolemia. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah dilakukan adalah timbang berat badan (BB), pantau tanda-tanda vital (TTV), pantau tanda dehidrasi, pantau intake cairan, mengkaji keluhan, tindakan kolaborasi yaitu memberikan terapi obat

cefotaxime, zink, lacto B, ondancetrone, RL mikro 20 tpm/24 jam.

3. Data Fokus

Data subyektif: keluarga mengatakan BB anaknya turun dari 2,6 kg menjadi 2,3 kg, sesak nafas, batuk terdapat sputum, bab cair 7x/hari, ibu mengatakan puasa sejak kemarin, sudah ganti diapers 7 kali dalam 24 jam.

Data Obyektif : bayi tampak bab konsistensi cair dan berwarna kuning, mulut tampak kering, warna bibir tampak pucat, bibir kering, turgor kulit tidak elastis, warna kulit pucat, derajat dehidrasi yaitu 11,5 % artinya dehidrasi berat, suara nafas ronkhi positif, batuk terdapat sputum, bising usus 28x/menit, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 60x/menit, Leukosit 10,6 ribu/ul, Hb 8,3 gr/dl, Hematokrit 27 %, Natrium 154 mmol/L, Klorida 134 mmol/L, kontak mata negatif, anak tidak pernah tersenyum ketika melihat mainan yang lucu, anak tidak pernah mengeluarkan suara gembira bernada tinggi.

Diagnosa Keperawatan :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan yang aktif
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan
4. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
5. Gangguan pertumbuhan perkembangan berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik

Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum

Ditandai dengan data subjektif ; ibu klien mengatakan sesak nafas, batuk terdapat sputum dan data objektif ; anak tampak batuk terdapat sputum, suara nafas ronkhi positif, Pernapasan 60x/menit, O₂ 2 liter/menit.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas kembali efektif.

Kriteria Hasil : Tidak sesak nafas, tidak batuk, tidak ada sputum, RR normal kurang dari 50x/menit, suara nafas vesikuler.

Intervensi :

- a. Auskultasi jalan nafas
- b. Lakukan fisioterapi dada
- c. Pantau frekuensi nadi, pernapasan dan suhu
- d. Posisikan kepala lebih tinggi dari pada kaki
- e. Lakukan suction jika perlu
- f. Berikan terapi O₂ 2 liter/menit

Pelaksanaan :

Tanggal 5 Maret 2019

Pada pukul 10.00 WIB mengkaji keluhan klien dengan **RS** : ibu klien mengatakan anaknya batuk terdapat dahak dan **RO** : batuk berdahak.

Pada pukul 11.00 WIB mengukur frekuensi nadi, pernapasan dan suhu dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : RR 60 x/menit, Nadi 110 x/menit, Suhu 37,2°C.

Pada pukul 13.00 WIB memasang O₂ dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : O₂ 2 liter/menit telah dipasang.

Pada pukul 14.00 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi nadi, pernapasan dan suhu dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : suhu 37,3°C, Nadi 108 x/menit, RR 60 x/menit.

Pada pukul 16.00 WIB perawat ruangan memberikan posisi dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : posisi semi fowler telah diberikan.

Pada pukul 21.15 WIB perawat ruangan mengukur frekuensi nadi, pernapasan dan suhu dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : RR 62 x/menit, Nadi 100 x/menit, Suhu 37,2°C.

Pada pukul 06.30 WIB perawat ruangan melakukan suction dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : suction telah dilakukan dan jalan nafas tidak ada sumbatan.

Evaluasi :

1. Pada tanggal 7 Maret 2019 Subjektif : ibu klien mengatakan batuk berkurang, sputum tidak ada. Objektif : sesak nafas, RR 50 x/menit, batuk berkurang, tidak ada sputum.

Analisa : tujuan tercapai sebagian, masalah teratasi sebagian.

Planning : intervensi dihentikan.

2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan yang aktif

Ditandai dengan data subjektif : ibu klien mengatakan anaknya mengalami penurunan BB dari 2,6 kg menjadi 2,3 kg, BAB cair 7x/hari, sudah 7 kali ganti dalam 24 jam dan data objektif ; klien tampak mulut kering, derajat dehidrasi yaitu 11,5% artinya dehidrasi berat, klien tampak turgor kulit tidak elastis, bising usus 28 x/menit, BAB dengan konsistensi cair, Nadi 110 x/menit, Natrium 154 mmol/L, klorida 134 mmol/L.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipovolemia teratasi.

Kriteria hasil : turgor kulit elastis, bibir lembab, BB naik 0,5 kg/hari, BAB 1-2 kali per hari, konsistensi lunak, Nadi normal, bising usus 5-15 x/menit, hasil lab normal Kalium 3,5-5,0 mmol/L, Natrium 135-145 mmol/L, Klorida 94-111 mmol/L.

Intervensi :

- a. Timbang BB setiap hari
- b. Pertahankan catatan asupan dan haluaran cairan
- c. Nilai turgor kulit, membrane mukosa
- d. Setelah rehidrasi tercapai berikan makanan seperti biasa
- e. Pantau balance cairan
- f. Pantau hasil laboratorium Hematokrit, Natrium, Klorida dan Kalium
- g. Berikan terapi IVFD RL 20 tpm mikro/24 jam

- h. Berikan Zink 1x3 cc
- i. Berikan Lacto B 1x1 sachet

Pelaksanaan

Tanggal 5 Maret 2019

Pada pukul 10.00 WIB melakukan pengkajian dan mengkaji keluhan klien dengan **RS** : ibu klien mengatakan BAB cair 7x/hari dan **RO** : turgor kulit tidak elastis.

Pada pukul 10.30 WIB menghitung kebutuhan cairan dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : kebutuhan cairan = $BB \times 100 = 2,3 \times 100 = 230 \text{ cc}/24 \text{ jam}$.

Pada pukul 10.45 WIB memberikan obat dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : zink 3 cc dan lacto b 1 sachet telah diberikan via oral.

Pada pukul 11.00 WIB menimbang BB dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : BB 2,3 kg.

Pada pukul 13.30 WIB menghitung balance cairan dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : intake = 147 cc/7 jam, output = 60 cc + 1,4 cc = 61,4 cc,
Balance cairan = $147 - 61,4 \text{ cc} = + 85,6 \text{ cc}/7 \text{ jam}$.

Pada pukul 14.15 WIB mengobservasi tanda dehidrasi dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : turgor kulit tidak elastis, bibir kering, pucat.

Pada pukul 14.30 WIB menimbang BB dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : BB 2,3 kg.

Pada pukul 16.00 WIB mengambil darah untuk pemeriksaan laboratorium dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : darah 1 cc telah diambil untuk pemeriksaan DHF.

Pada pukul 19.00 WIB mengobservasi jumlah urine dengan **RS** : ibu mengatakan sudah ganti diapers 5 kali dan **RO** : warna urine kuning jernih.

Pada pukul 20.00 WIB menghitung balance cairan dengan **RS** : tidak ada dan **RO** : intake = 147 cc/8 jam, output = 60 cc + 1,4 cc = 61,4 cc,
Balance cairan = $147 - 61,4 \text{ cc} = + 85,6 \text{ cc}$.

Pada pukul 21.30 WIB mengobservasi tanda dehidrasi dengan **RS** : tidak ada

dan RO : turgor kulit tidak elastis, bibir kering, pucat.

Pada pukul 21.30 WIB menimbang BB dengan **RS** : tidak ada dan

RO : BB 2,3 kg.

Pada pukul 22.15 WIB mengobservasi jumlah urine dengan **RS** : ibu

mengatakan sudah ganti diapers 6 kali dan **RO** : warna urine kuning jernih.

Pada pukul 06.00 WIB menghitung balance cairan dengan **RS** : tidak ada dan

RO : intake = 200 cc/8 jam, output = 90 cc + 1,4 cc = 91,4 cc,

Balance cairan = 200 - 91,4 cc = + 108,6 cc.

Pada pukul 06.30 WIB menghitung balance cairan per 24 jam dengan

RS : - dan **RO** : intake = 500 cc/24 jam, output = 210 + 1,4 cc = 211,4 cc,

balance cairan = 500 - 211,4 = + 288,6 cc.

Evaluasi

Pada tanggal 7 Maret 2019

Subjektif : BAB masih cair 3 x/hari.

Objektif : turgor kulit tidak elastis, bibir pucat, kering, BB 2,3 kg, BAB cair 3 kali, nadi 120 x/menit.

Analisa : tujuan belum tercapai masalah belum teratasi.

Planning : intervensi dihentikan.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi

makanan ditandai dengan data subjektif ; ibu klien mengatakan anaknya mengalami penurunan BB dari 2,6 kg menjadi 2,3 kg, ibu klien mengatakan puasa sejak kemarin dan data objektif ; warna kulit tampak pucat, terpasang NGT, Hb 8,3 gr/dl, konjungtiva anemis.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi.

Kriteria hasil : BB naik 0,5 kg per hari, warna kulit tidak pucat, HB normal 11-14,5 gr/dl, konjungtiva ananemis.

Intervensi :

- a. Amati dan catat respon anak terhadap pemberian makanan.
- b. Monitor BB klien/hari.
- c. Timbang BB setiap 3 hari.

- d. Beri tahu ibu untuk mematuhi diit yang diberikan.
- e. Berikan ondancetrone 3 x 0,3 mg.
- f. Pantau hasil lab albumin
- g. Berikan diit susu LLM 6 x 30 cc

Pelaksanaan :

Tanggal 5 Maret 2019

Pada pukul 10.45 WIB menimbang BB dengan **RS** : tidak ada dan
RO : BB 2,3 kg.

Pada pukul 13.30 WIB memotivasi ibu untuk mematuhi diit dengan **RS** : ibu mengatakan paham tujuan diit dan **RO** : ibu tampak memahami tujuan diit.

Pada pukul 17.00 WIB memberikan obat dengan **RS** : tidak ada dan
RO : ondancetrone 0,3 mg.

Pada pukul 18.00 WIB membantu memberikan susu dengan **RS** : tidak ada dan
RO : susu LLM 30 cc telah diberikan via NGT.

Pada pukul 21.30 WIB menimbang BB dengan **RS** : tidak ada dan
RO : BB 2,3 kg.

Pada pukul 22.00 WIB memberikan obat dengan **RS** : tidak ada dan
RO : ondancetrone 0,3 mg telah diberikan via iv bolus.

Evaluasi

Pada tanggal 7 Maret 2019

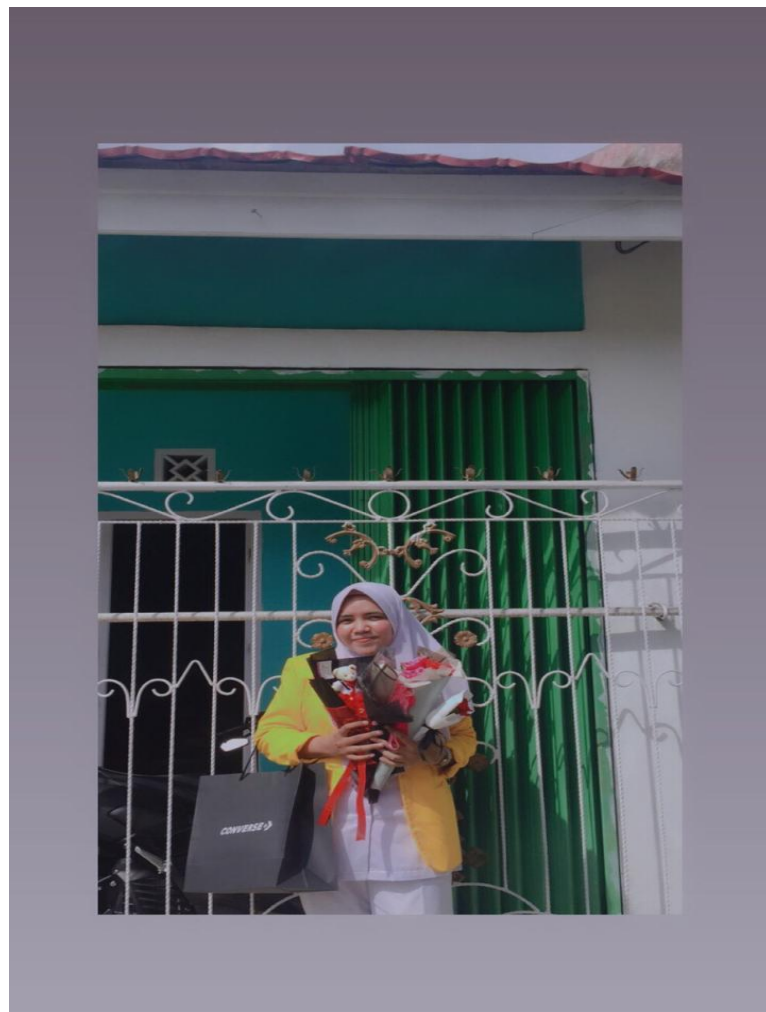
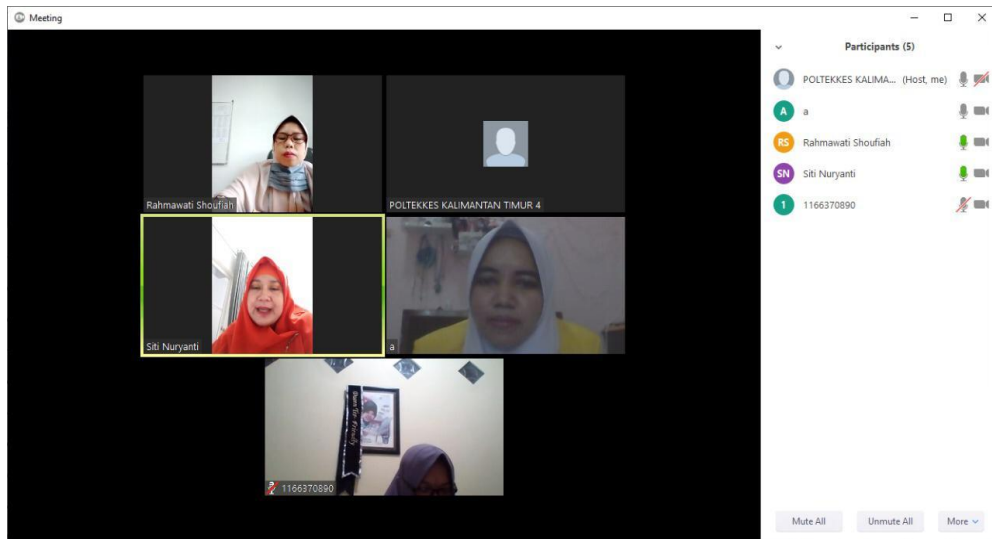
Subjektif : ibu mengatakan anaknya tidak muntah setelah diberi susu.

Objektif : BB 2,3 kg, warna kulit pucat, konjungtiva anemis.

Analisa : tujuan tercapai sebagian masalah belum teratasi.

Planning : intervensi dihentikan.

DOKUMENTASI SEMHAS



KARYA TULIS ILMIAH
***LITERATURE REVIEW* ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK**
DENGAN DIARE



OLEH :

NUR LAELLY AZIZAH
NIM. P07220117065

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2020

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL 15 Mei 2020

Oleh
Pembimbing

Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd

NIDN : 4023126901

Pembimbing Pendamping

Rus Andraini, A.Kp,MPH

NIDN : 4006027101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep.

NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Diare

Telah diuji

Pada tanggal 15 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd, (.....)

NIDN. 4020027901

Penguji Anggota :

1. **Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd** (.....)

NIDN : 4023126901

2. **Rus Andraini, A.Kp,MPH** (.....)

NIDN : 4006027101

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes.




NIP.196508251985503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep.

NIP. 196803291994022001




LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Nur Laelly Azizah
 NIM : P07220117065
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Diare
 Dosen Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN - PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|-----------------------|---|---|--|
| 1. | Selasa/ 21-01-2020 | BAB I = | 1). Menghubungkan antar paragraf serta penge- tikan diperhatikan 2). Mengisi fenomena dilafangan 3). LBM = umum - khusus . m.sks = 1). masalah 2). skala 3). kronologis 4). Solusi. 4). Pada Sowi ditambah kan Fokus pada Orang tua & perawat serta hospitalisasi pada anak dengan diare 5). Teori penelitian untuk hospitalisasi. 6). Jurnal = min 5 tahun Buku = min 10 tahun. |  - |
| 2. | Jumat 31-01-2020 | BAB I | 1). Teknik penulisan kutipan perbaikan 2). Pada LBM -> deduktif -> umum -> khusus 3). Penjelasan Fenomena ditempat penelitian -> studi pendahuluan 4). Peran perawat & Spesifikan dalam Askep klien dengan anak. |  - |
| 3. | Sabtu. 22-02-2020 | BAB <u>I</u> , <u>II</u> dan <u>III</u> | 1). Definisi Operasional 2). Pahami tentang Pathway 3). Pahami Kriteria Sampel 4). Perbaiki Pengetikan 5). Pahami Triangulasi data pada Penelitian |  - |

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Nur Laelly Azizah
 NIM : P07220117065
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Diare
 Dosen Pembimbing : Rus Andraini, A.Kp., M.PH

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|-----------------------|--------------------------------|--|---|
| 1. | 30-01-2020 Kamis. | LBM (Latar Belakang masalah). | 1. Bahasa Inggris/asing diberigaris miring dan tidak boleh disingkat. 2. Dimasukkan rentang usia. 3. Dimasukkan 10 Penyakit anak ter banyak di Indonesia 4. Faktor-faktor penyebab dari diare. 5. Susunan dari : WHO → Indonesia → Provinsi → Kabupaten → Kecamatan → Desa → Ruangan. |  |
| 2. | Kamis, 06-02-2020 | LBM (Latar Belakang masalah). | 1. Penulisan margin 2. Sumber dari jurnal min 5 tahun. 3. Data untuk kota Balikpapan yang ter baru. |  |
| 3. | Kamis, 20-02-2020. | LBM, BAB I, BAB II dan BAB III | 1. margin 2. Pengetikan (atall) 3. Penulisan Gelar 4. |  |

LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Nur Laelly Azizah
 NIM : P07220117065
 Judul : Literature Review Asuhan Keperawatan pada klien anak dengan diare
 Nama Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|-------------------------|--|--|-------------------|
| 1. | Senin, 23 Maret 2020 | Revisi Proposal KTI (BAB 1 – BAB 3) | 1. Memperjelas untuk studi pendahuluan : kasus 50 diare, 9 kasus anak, apakah yang 41 kasus dewasa. 2. Memperbaiki penulisannya serta halamannya dengan melihat buku panduan sebagai acuan 3. Sumber Pathway 4. Menentukan kriteria sampel pada usia lihat batasan usia secara teori dan dipertimbangkan usia anak yang dirawat di ruangan Flamboyan C 5. Mengubah waktu penelitian sementara di tulis sesuai jadwal kegiatan KTI, perubahan waktu akan diberitahukan kemudian. | |
| 2. | Senin, 30 Maret 2020 | Revisi Proposal KTI (BAB 1 – BAB 3) | 1. Bab 1 : Pada hal 1 mem perhatikan hubungan antar paragraf 2 dan paragraf 3 2. Bab 2 : Halaman 27, Penulisan sumber pathway Sumber : Nurarif & Kusuma (2016); PPNI (2017) 3. Bab 3: Kriteria sampel melihat batasan usia menurut WHO & mempertimbangkan usia | |

| | | | | |
|----|-------------------------|--|---|--|
| 3. | Senin, 30 Maret 2020 | Revisi Proposal KTI (BAB 2 & BAB 3) | <p>perawatan ditempat penelitian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bab 2 : Penulisan pada bagan di pathway , untuk judul bagan terletak diatas sedangkan sumber dari bagan dibawah. 2. Bab 3 : Mengisi rentang dari usia 14 tahun | |
| 4. | Kamis, 02 April 2020 | Revisi Proposal KTI (BAB 1 – BAB 3) | ACC Revisi Proposal KTI (BAB 1 – BAB 3) | |

LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Nur Laelly Azizah
NIM : P07220117065
Judul : Literature Review Asuhan Keperawatan pada klien anak dengan diare
Nama Pembimbing : Rus Andraini.,A.Kp.,MPH

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|-------------------------|--|---|-------------------|
| 1 | Senin, 23 Maret 2020 | Revisi Proposal KTI (BAB 1 – BAB 3) | 1. Memperbaiki kata yang rancu dan tidak pas | |
| 2. | Rabu, 01 April 2020 | Revisi Proposal KTI (BAB 1 – BAB 3) | 1. Pada BAB 1 paragraf 9 dan paragraf 12 diperbaiki 2. Untuk intervensi pada SIKI di tambahkan | |
| 3. | Rabu, 02 April 2020 | Revisi Proposal KTI (BAB 1 – BAB 3) | Konsisten dalam penulisan | |
| 4. | Senin, 06 April 2020 | Revisi Proposal KTI (BAB 1 – BAB 3) | Lanjutkan/ACC Revisi Proposal KTI (BAB 1 – BAB 3) | |

LEMBAR KONSULTASI HASIL

Nama Mahasiswa : Nur Laelly Azizah
 NIM : P07220117065
 Judul : Literature Review Asuhan Keperawatan pada klien anak dengan diare
 Nama Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|----------------------------|--|--|-------------------|
| 1 | Jumat/ 24 April 2020 | BAB IV Hasil Dan Pembahasan melalui video call online di aplikasi Jitsi Meet | <ol style="list-style-type: none"> 1. Review penelitian harus menggunakan 2 KTI/ Jurnal 2. Pada 2 sumber penelitian terdapat 2 pasien 3. Pada hasil penelitian milik orang lain tidak boleh dirubah, sedangkan pada pembahasan harus di analisa 4. Format pengkajian tidak memakai yang kita dapat sewaktu proposal tetapi menyesuaikan pada format yang diperoleh sesuai review penelitian masing-masing 5. Pada saat konsultasi dengan dosen, wajib mengirimkan jurnal yang asli 6. Pada saat tidak ada pemeriksaan yang lengkap boleh diisi dengan 'Tidak ada data' 7. Ditambahkan sesuai SDKI, SIKI dan SLKI 8. Dasar teori pada proposal bisa di masukkan pada pembahasan 9. Judul dirubah menjadi literature review dan tidak memakai tempat serta tahun 10. Konsultasi harus 8x pada pembimbing masing-masing (4x pada Seminar Proposal dan 4x pada | |

| | | | Seminar Hasil) | |
|----|------------------------|---|---|--|
| 2. | Sabtu/ 02 Mei 2020 | BAB IV Hasil Dan Pembahasan, BAB V Kesimpulan dan Saran melalui videocall di aplikasi Jitsi Meet | <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyertakan url pada daftar pustaka dimasukkan 2) Menyertakan nama sumber serta tahun penelitian 3) Kesimpulan : mengacu pada pembahasan 4) Pada analisa teori memakai teori yang ada pada BAB II 5) Data-data yang muncul mengarah pada masalah keperawatan 6) Penegakan diagnosa secara teori 7) Menyertakan hasil penelitian, teori mendukung, serta pendapat menurut peneliti 8) Tabel mengacu pada panduan. | |
| 3. | Selasa/ 05 Mei 2020 | BAB IV Hasil Dan Pembahasan, BAB V Kesimpulan dan Saran melalui videocall di aplikasi Jitsi Meet | <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyantumkan url pada sumber jika didapatkan dari internet 2) Menambahkan sumber di bawah tabel 3) Mengubah lokasi penelitian pada BAB III 4) Dalam pembahasan dituliskan dalam bentuk narasi diuraikan ke samping 5) Konsep teori memakai teori yang ada pada BAB II 6) Pada pengkajian di pembahasan mengacu untuk patofisiologi dari penyakit tersebut serta membahas perbedaan yang ada pada klien 1 dan klien 2 7) Pada diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI yang mengacu memakai data mayor dan minor sebesar 80-100% | |

| | | | | |
|----|------------------------|---|---|--|
| | | | <p>8) Apabila data mayor dan minor tidak mencapai 80-100% maka diagnosa tidak dapat ditegakkan dikarenakan data yang kurang lengkap</p> <p>9) Pada implementasi tidak bisa dirubah ataupun dipaksakan</p> <p>10) Evaluasi membahas hasil yang dilakukan pada peneliti</p> <p>11) Pada pembahasan, penentuan intervensi mengacu pada SIKI yaitu tindakan observasi, teraupetik, edukasi dan kolaborasi</p> | |
| 4. | Selasa/ 05 Mei 2020 | BAB IV Hasil Dan Pembahasan melalui email | Melengkapi KTI BAB 1-5 , buat abstrak, buat power point | |
| 5. | Sabtu/ 09 Mei 2020 | Konsultasi melalui videocall di aplikasi Jitsi Meet | Melengkapi KTI BAB 1-5 , lampiran-lampiran, buat abstrak, buat power point | |

LEMBAR KONSULTASI HASIL

Nama Mahasiswa : Nur Laelly Azizah
 NIM : P07220117065
 Judul : Literature Review Asuhan Keperawatan pada klien anak dengan diare
 Nama Pembimbing : Rus Andraini.,A.Kp.,MPH

| NO | HARI/ TANGGAL | MATERI YANG DIKONSULKAN | SARAN PEMBIMBING | TTD PEMBIMBING |
|----|------------------------|---|--|-------------------|
| 1 | Selasa 05 Mei 2020 | BAB IV Hasil Dan Pembahasan melalui online di aplikasi Jitsi Meet | 1) Interpretasi Data 2) Konsistensi dalam penulisan | |
| 2. | Selasa, 05 Mei 2020 | BAB IV Hasil Dan Pembahasan, BAB V Kesimpulan dan Saran melalui online di aplikasi Jitsi Meet | 1) Sertakan sumber pada tabel 2) Menggabungkan tabel antara klien 1 dan klien 2 dalam tabel perencanaan dan tabel implementasi 3) Konsistensi dalam penulisan tabel samakan dengan proposal bab 2 jika ada memakai tabel 4) Mengganti lokasi penelitian pada bab 3 5) Tambahkan daftar pustaka yang lengkap 6) Kesimpulan mengacu pada pada tujuan khusus sedangkan saran mengacu pada manfaat 7) Membuat abstrak Alinea 1 : Gambaran singkat tentang penelitian Alinea 2 : Metode penelitian Alinea 3 : Hasi penelitian Alinea 4 : Kesimpulan dan saran | |
| 3. | Kamis, 07 Mei 2020 | BAB IV (sampai pembahasan) melalui email | Dilanjutkan untuk BAB 5, membuat abstrak | |

| | | | | |
|----|-----------------------|--|---|--|
| 4. | Kamis, 07 Mei 2020 | BAB IV Hasil Dan Pembahasan, BAB V Kesimpulan dan Saran melalui online di aplikasi Jitsi Meet | 1) Disesuaikan dengan literature yang diambil apakah subyek sesuai atau tidak, lanjutkan BAB V dan abstrak, kemudian gabungkan BAB 1- 5 | |
|----|-----------------------|--|---|--|