

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. F DENGAN DIARE DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTO BERAPAK
KABUPATEN PESISIR SELATAN
TAHUN 2018**



OLEH :

DARMAINIS

NIM. 174401109

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. F DENGAN DIARE DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTO BERAPAK
KABUPATEN PESISIR SELATAN
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

DARMAINIS

NIM. 174401109

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : **DARMAINIS**
Nim : **1714401109**
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Diare Di
Puskesmas Koto Berapak Kabupaten Pesisir Selatan
Tahun 2018**

Karya Tulis Ilmiah Ini telah disetujui, diperiksa dan sudah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 31 Juli 2018

Pembimbing,

YENDRIZAL JAFRI, S.Kp, M.BioMed
NIK. 1420106116893011

Mengetahui,
Program Studi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. ENDRA AMALIA, M.Kep
NIK. 1420123106993012

LEMBAR PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : **DARMAINIS**
Nim : **1714401109**
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Diare Di
Puskesmas Koto Berapak Kabupaten Pesisir Selatan
Tahun 2018**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Berhasil Dipertahankan di Hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan Diterima Sebagai Bagian Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Dewan Penguji,

Penguji I

Ns. ENDRA AMALIA, M.Kep
NIK. 1420123106993012

Penguji II

YENDRIZAL JAFRI, S.Kp, M.BioMed
NIK. 1420106116893011

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus, Juli 2018

DARMAINIS

NIM : 1714401109

Asuhan Keperawatan Pada An. F Dengan Diare Di Puskesmas Koto Berapak
Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018

V BAB + Halaman 78 + Lampiran 4

ABSTRAK

Diare adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa peningkatan volume, keenceran dan frekuensi, dengan atau tanpa lendir darah lebih dari 3 kali/hari dan pada neonatus lebih dari 4 kali/hari. Diare di Indonesia merupakan salah satu masalah utama kesehatan. Diare sering kali dianggap sebagai penyakit sepele, padahal di tingkat global dan nasional fakta menunjukkan sebaliknya. Tujuan dari penulisan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan Pada An. F dengan Diare di Puskesmas Koto Berapak. Hasil laporan kasus di temukan data pada An. F dengan Diare yaitu Keluarga mengatakan anaknya sudah dua hari diare, dalam satu hari ada 8 kali. Dari hasil pengkajian tersebut di dapatkan masalah keperawatan pada An. F adalah defisit volume cairan, resiko gangguan integritas kulit dan kelelahan. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta melakukan evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Oleh karena itu disarankan kepada tim kesehatan untuk dapat membantu dalam memelihara kesehatan dan asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

Kata Kunci : Diare, Asuhan Keperawatan

Daftar Bacaan : 1986- 1997

**HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCES PERINTIS PADANG
DIII STUDY NURSING PROGRAM**

Scientific papers, Case study report, July 2018

DARMAINIS

NIM : 1714401109

Nursing Care At An. F With Diarrhea at Koto Berapak Health Center South Coastal Regency in 2018

Chapter V + 78 Pages + 4 Attachman

ABSTRACT

Diarrhea is an abnormal or unusual condition of fecal discharge. Changes that occur in the form of an increase in volume, dilution and frequency, with or without blood mucus more than 3 times / day and in neonates more than 4 times / day. Diarrhea in Indonesia is one of the main health problems. Diarrhea is often considered a trivial disease, whereas at the global and national levels the facts show otherwise. The purpose of this paper is to be able to do nursing care at An. F with Diarrhea at Koto Berapak Health Center. The results of the case reports found data on An. F with diarrhea, the family said that their child had diarrhea for two days, in one day there were 8 times. From the results of the study get nursing problems at An. F is a fluid volume deficit, risk of impaired skin integrity and fatigue. Based on the nursing problem above, the plan is prepared and carry out nursing actions and conduct evaluations that refer to the objectives and criteria of results. Therefore it is recommended to the health team to be able to assist in maintaining health and nursing care in children with diarrhea.

Keyword : Diarrhea, Nursing Care

Reading List : (1986-1997)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada An. F dengan Diare di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018”**, tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad. Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Ujian Pengamatan Kasus ini. Oleh karena itu, ucapan terima kasih saya kepada :

1. Bapak Yendrizar Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang sekaligus Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

3. Khususnya kepada keluargaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Doa yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
4. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi Program RPL STIKes Perintis Padang Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

PERNYATAAN PERSETUJUAN

KATAPENGANTARi

DAFTAR ISI.....iii

DAFTAR TABEL.....v

DAFTAR LAMPIRANvi

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Tujuan Penulisan.....4

1.3 Manfaat Penulisan.....5

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian6

2.1.2 Klasifikasi.....7

2.1.3 Etiologi8

2.1.4 Manifestasi Klinis.....14

2.1.5 Derajat Dehidrasi.....18

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik20

2.1.7 Penatalaksanaan.....20

2.1.8 Komplikasi25

2.2 Konsep Teoritis.....27

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	41
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	47
3.3 Intervensi Keperawatan	53
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	57

BAB IV PEMBAHASAN

4.1. Pelaksanaan	64
------------------------	----

BAB V PENUTUP

5.1. Kesimpulan	76
5.2. Saran	77

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Analisa Data	46
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan	53
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing
------------	------------------------------------

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.1 Latar Belakang

Penyakit diare masih menjadi penyebab kematian balita (bayi dibawah 5 tahun) terbesar didunia. Menurut catatan UNICEF, setiap detik 1 balita meninggal karena diare. Diare sering kali dianggap sebagai penyakit sepele, padahal di tingkat global dan nasional fakta menunjukkan sebaliknya. Menurut catatan WHO, diare membunuh 2 juta anak didunia setiap tahun, sedangkan di Indonesia, menurut Surkesnas (2001) diare merupakan salah satu penyebab kematian ke 2 terbesar pada balita pada Tahun 2015.

Angka kematian balita dan anak menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini. Diare adalah salah satu penyebab utama kematian pada anak balita secara global. Kematian anak kisaran 800.000 setiap tahun akibat dari diare (Pramudiarja, 2011).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa angka kematian balita dan anak di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota Assosiation South East Asia Nation (ASEAN) yakni 31/1.000 kelahiran, hanya lebih baik dibandingkan dengan Kamboja (97/1000) dan laos (82/1000). Jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga lain, kita masih tertinggal. Singapura dan Malaysia

memiliki AKB amat rendah, masing-masing 3 dan 7 per 1.000 kelahiran. Ini menunjukkan masih rendahnya perhatian pemerintah terhadap masalah kesehatan yang dihadapi anak-anak (Lubis, 2010).

Diare di Indonesia merupakan salah satu masalah utama kesehatan. Pada tahun 2003 angka kematian akibat diare pada anak-anak dan balita di bawah 5 tahun mencapai 1,87 juta. Delapan dari 10 kematian ini terjadi dalam dua tahun pertama kehidupan. Rata-rata, anak-anak usia di bawah 3 tahun pada negara berkembang mengalami tiga episode diare setiap tahun. Berdasarkan data yang disajikan SDKI 2012 dari 16.380 anak yang disurvei sebanyak 14% balita mengalami penyakit diare. Data dari profil kesehatan di Indonesia pada tahun 2000-2010 terlihat kenaikan insiden diare. Pada tahun 2000 IR (*Insidence Rate*) penyakit diare 301 per 1000 penduduk tahun 2006 naik menjadi 423 per 1000 penduduk dan tahun 2010 menjadi 411 per 1000 penduduk (Depkes RI,2009).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar 2007 dari Kementerian Kesehatan, tingkat kematian bayi berusia 29 hari hingga 11 bulan akibat diare mencapai 31,4 persen. Adapun pada bayi usia 1-4 tahun sebanyak 25,2 persen. Bayi meninggal karena kekurangan cairan tubuh. Diare masih merupakan masalah kesehatan di Indonesia. Walaupun angka mortalitasnya telah menurun tajam, tetapi angka morbiditas masih cukup tinggi. Kematian akibat penyakit diare di Indonesia juga terukur lebih tinggi dari pneumonia (radang paru akut) yang selama ini didengungkan sebagai penyebab tipikal kematian bayi.

Diare adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa peningkatan volume, keenceran dan frekuensi, dengan atau tanpa lendir darah lebih dari 3 kali/hari dan pada neonatus lebih dari 4 kali/hari. Diare termasuk penyakit berbahaya karena dapat mengakibatkan kematian dan dapat menimbulkan KLB (Kejadian Luar Biasa). Penyebab utama kematian karena diare adalah dehidrasi. Angka kejadian dan kematian diare pada anak-anak di negara berkembang masih tinggi terutama pada anak yang mendapat susu formula. Pemberian susu formula dengan botol yang tidak sesuai prosedur meningkatkan risiko diare karena kuman dan moniliasis mulut yang meningkat, sebagai akibat dari pengadaan air dan sterilisasi yang kurang baik (Irawati,2013).

Dampak negatif penyakit diare pada bayi dan anak-anak antara lain menghambat proses tumbuh kembang anak yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas hidup anak. Penyakit diare di masyarakat (Indonesia) lebih dikenal dengan istilah “muntaber”. Penyakit ini mempunyai konotasi yang mengerikan serta menimbulkan kecemasan dan kepanikan warga masyarakat karena bila tidak segera diobati, dalam waktu singkat penderita akan meninggal (Nelson, 2009).

Kematian yang diakibatkan oleh diare lebih sering karena tubuh mengalami dehidrasi, yaitu gejala kekurangan cairan dan elektrolit. Tanda-tanda dehidrasi diantaranya anak memperlihatkan gejala kehausan, berat badan turun, dan elastisitas kulit berkurang. Ini bisa dilakukan dengan cara

mencubit kulit dinding perut. Bila terjadi dehidrasi, maka kulit dinding perut akan lebih lama kembali pulih (Siswono, 2010) .

Laporan tahunan kota Padang tahun 2010 dijelaskan di Sumatera Barat bahwa kasus diare sebanyak 36.000 penderita. Berdasarkan laporan tahunan kota Padang di Prosiding Seminar Ilmiah Nasional Kesehatan dijelaskan bahwa kejadian Diare tahun 2009 sebanyak 1.925 dan tahun 2010 meningkat menjadi 5.867 kasus. Kasus diare pada tahun 2010 merupakan penyakit urutan ke-3 terbanyak menyerang balita di kota Padang (Laporan tahunan 2011 Dinas Kesehatan Kota Padang).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk memberikan asuhan kesehatan pada An. "F" dengan diare di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan dan melakukan Asuhan Keperawatan pada An "F" usia 25 bulan dengan diare serta memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan proses dan asuhan keperawatan pada anak diare di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018.

1.2.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan diare, penulis mampu :

1. Mampu mengetahui konsep dasar tentang diare pada anak

2. Mampu menyusun kajian teori asuhan keperawatan pada anak dengan diare
3. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada anak dengan diare
4. Mampu mengetahui konsep dasar tumbuh kembang pada anak usia toddler (1-3 tahun)
5. Mampu membandingkan antara teori dengan tinjauan kasus

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Puskesmas

Memberikan masukan bagi tim kesehatan di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018 dalam memberikan Asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai penyambung Ilmu Asuhan Keperawatan anak dengan diare sehingga dapat menambah referensi dan acuan dalam memahami Asuhan Keperawatan pada anak dengan diare.

1.3.3 Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan dan memperbanyak pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian Diare

Diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal atau cair. Bisa juga didefinisikan sebagai buang air besar yang tidak normal dan berbentuk cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3 kali buang air besar, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4 kali buang air besar (Vivian,2010).

Diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih, buang air besar dengan bentuk tinja yang encer dan cair (Suriadi,2010).

Diare adalah sebuah penyakit dimana penderita mengalami rangsangan buang air besar yang terus-menerus dan tinja atau feses yang masih memiliki kandungan air berlebihan. Di dunia diare adalah penyebab kematian paling umum kematian balita, dan juga membunuh lebih dari 1,5 juta orang pertahun. Diare kebanyakan disebabkan oleh beberapa infeksi virus tetapi juga seringkali akibat dari racun bakteri. Dalam kondisi hidup yang bersih dan dengan makanan mencukupi dan air tersedia, pasien yang sehat biasanya sembuh dari infeksi virus umum dalam beberapa hari dan paling lama satu minggu. Namun untuk individu yang sakit atau kurang gizi, diare dapat menyebabkan dehidrasi yang parah dan dapat mengancam-j jiwa bila tanpa perawatan (Wikipedia,2011).

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Susanti,2009).

2.2 Klasifikasi

- a. Diare Akut
- b. diare Kronis

2.3 Diare AKut

Menurut Subagyo B dan Nurtjahjo BS (2010) mendefenisikan diare akut yaitu: Diare akut adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3 kali perhari,disertai perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari 2 minggu.

Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari tanpa diselang-seling dan berhenti lebih dari 2 hari.Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dari tubuh penderita, gradasi penyakit diare akut dapat dibedakan dalam empat katagori, yaitu:

1. Diare tanpa dehidrasi
2. Diare dengan dehidrasi ringan, apabila cairan yang hilang 5 % dari berat badan.
3. Diare dengan dehidrasi sedang, apabila cairan yang hilang berkisar 6 – 10 % dari berat badan.

4. Diare dengan dehidrasi berat, apabila cairan yang hilang lebih dari 10 %

2.3 Etiologi Diare

Menurut Vivian,2010 diare dapat disebabkan oleh beberapa faktor,seperti infeksi , malabsorpsi (gangguan penyerapan zat gizi), makanan, dan faktor psikologis.

1. Faktor infeksi

Proses ini dapat diawali dengan adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam saluran pencernaan bayi yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa intestinal yang dapat menurunkan daerah permukaan intestinal sehingga terjadinya perubahan kapasitas dari intestinal yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi intestinal dalam absorpsi cairan dan elektrolit. Adanya toksin bakteri juga akan menyebabkan sistem transportasi menjadi aktif dalam usus, sehingga sel mukosa mengalami iritasi dan akhirnya sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat.

- a. Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak.
- b. Infeksi bakteri : Vibrio, E.coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas.
- c. Infeksi virus : Rotavirus (virus ECHO, Coxsackie, poliomyelitis), Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus.

- d. Infeksi parasit : Cacing (Ascaris, Trichiuris, Oxyuris, Strongyloides), protozoa (Entamoeba histolytica, Giardiasis, lamblia, Trichomonas hominis), jamur (Candida albicans).

Kuman penyebab diare biasanya menyebar melalui *faecal oral* antara lain melalui makanan/minuman yang tercemar tinja dan atau kontak langsung dengan tinja penderita. Beberapa perilaku dapat menyebabkan penyebaran kuman enterik dan meningkatkan risiko terjadinya diare. Perilaku tersebut antara, lain:

2. Tidak memberikan ASI (Air Susu Ibu) secara penuh 0-6 bulan pada pertama kehidupan. Pada bayi yang tidak diberi ASI risiko untuk menderita diare lebih besar dari pada bayi yang diberi ASI penuh dan kemungkinan menderita dehidrasi berat juga lebih besar.

Pemberian susu formula pada bayi usia 0-6 bulan mempunyai hubungan dengan kejadian diare, dan bayi yang diberikan susu formula mempunyai risiko 14,1 kali terpapar diare, dibandingkan dengan bayi yang tidak diberi susu formula. Berdasarkan hasil analisis pada penelitian ini, menunjukkan bahwa responden yang memberikan susu formula kepada bayinya berisiko bayinya terkena diare. Terjadinya diare pada bayi yang diberi susu formula karena bayi dengan usia dibawah 6 bulan sistem pencernaannya belum sempurna, dan umur bayi berperan terhadap berkurangnya frekuensi defekasi, dimana hal ini merupakan petunjuk dari semakin matangnya kapasitas “*water-conserving*” pada usus.(Fitriya, 2010)

3. Menggunakan botol susu

Penggunaan botol ini memudahkan pencemaran oleh kuman, karena botol susah dibersihkan.

4. Menyimpan makanan masak pada suhu kamar. Bila makanan disimpan beberapa jam pada suhu kamar, makanan akan tercemar dan kuman akan berkembang biak.

5. Menggunakan air minum yang tercemar. Air mungkin sudah tercemar dari sumbernya atau pada saat disimpan di rumah. Pencemaran di rumah dapat terjadi kalau tempat penyimpanan tidak tertutup atau apabila tangan tercemar menyentuh air pada saat mengambil air dari tempat penyimpanan.

6. Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar dan sesudah membuang tinja anak atau sebelum makan dan menyuapi anak.

7. Tidak membuang tinja (termasuk tinja bayi) dengan benar. Sering beranggapan bahwa tinja bayi tidaklah berbahaya, padahal sesungguhnya mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar.
Sementara

8. Infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain diluar alat pencernaan, seperti Otitis media akut (OMA), tonsilofaringitis, Bronkopneumonia, Ensifalitis, keadaan ini terutama terbagi pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun.

9. Faktor malabsorpsi

Merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat kemudian akan terjadi pergeseran air dan

elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare.

- a. Malabsorpsi karbohidrat : Disakarida (Intoleransi laktosa, maltose, dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang tersering ialah intoleransi laktosa.
- b. Malabsorpsi lemak
- c. Malabsorpsi protein
- d. Faktor makanan

Makanan yang menyebabkan diare adalah makanan yang tercemar, basi, beracun, terlalu banyak lemak, mentah (misal, sayuran), dan kurang matang. Dapat terjadi pula apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik dan dapat terjadi peningkatan peristaltic usus yang akhirnya menyebabkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan.

10. Faktor psikologis

Dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltic khusus yang dapat mempengaruhi proses penyerapan makanan seperti : rasa takut dan cemas.

2.4 Patofisiologi Diare

Menurut Suriadi (2010), sebagai akibat diare baik akut maupun kronis akan terjadi:

1. Meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat dari gangguan absorpsi dan ekskresi cairan dan elektrolit yang berlebihan .
2. Cairan, sodium, potassium dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstraseluler kedalam tinja, sehingga mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit, dan dapat terjadi asidosis metabolik.

Mekanisme dasar yang menyebabkan terjadinya diare adalah sebagai berikut (Vivian,2010) :

- Gangguan osmotik, akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.
- Gangguan sekresi akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

- Gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

Selain itu diare juga dapat terjadi, akibat masuknya mikroorganisme hidup kedalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung, mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare.

Sedangkan akibat dari diare akan terjadi beberapa hal sebagai berikut:

1. Kehilangan air (dehidrasi)

Dehidrasi terjadi karena kehilangan air (output) lebih banyak dari pemasukan (input), merupakan penyebab terjadinya kematian pada diare.

2. Gangguan keseimbangan asam basa (metabik asidosis)

Hal ini terjadi karena kehilangan Na-bicarbonat bersama tinja. Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga benda kotor tertimbun dalam tubuh, terjadinya penimbunan asam laktat karena adanya anorexia jaringan. Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (terjadi oliguria/anuria) dan terjadinya pemindahan ion Na dari cairan ekstraseluler kedalam cairan intraseluler.

3. Hipoglikemia

Hipoglikemia terjadi pada 2-3% anak yang menderita diare, lebih sering pada anak yang sebelumnya telah menderita KKP. Hal ini terjadi karena adanya gangguan penyimpanan/penyediaan glikogen dalam hati dan adanya gangguan absorpsi glukosa. Gejala hipoglikemia akan muncul jika kadar glukosa darah menurun hingga 40 mg% pada bayi dan 50% pada anak-anak.

4. Gangguan gizi

Terjadinya penurunan berat badan dalam waktu singkat, hal ini disebabkan oleh:

- a. Makanan sering dihentikan oleh orang tua karena takut diare atau muntah yang bertambah hebat.
- b. Walaupun susu diteruskan, sering diberikan dengan pengeluaran dan susu yang encer ini diberikan terlalu lama.
- c. Makanan yang diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik karena adanya hiperperistaltik.

5. Gangguan sirkulasi

Sebagai akibat diare dapat terjadi renjatan (shock) hipovolemik, akibatnya perfusi jaringan berkurang dan terjadi hipoksia, asidosis bertambah berat, dapat mengakibatkan perdarahan otak, kesadaran menurun dan bila tidak segera diatasi klien akan meninggal.

2.5 Tanda dan Gejala Diare

Menurut Vivian (2010) tanda dan gejala diare terdapat pembagian yaitu:

1. Cengeng dan gelisah
2. suhu meningkat
3. nafsu makan menurun
4. tinja cair kadang disertai lender dan darah
5. warna tinja lama kelamaan berwarna hijau karena bercampur dengan empedu
6. anus lecet
7. tinja lama kelamaan menjadi asam (karena banyaknya asam laktat yang keluar).
8. akhirnya nampak dehidrasi, berat badan menurun
9. turgor kulit menurun
10. mata dan ubun-ubun cekung
11. selaput lendir dan mulut juga kulit kerip
12. dehidrasi berat maka volume darah akan berkurang
13. nadi akan cepat
14. TD menurun, kesadaran menurun yang kemudian diakhiri dengan shock

Klasifikasi diare terapat pembagian yaitu sebagai berikut:

a. **Diare dengan Dehidrasi Berat**

Terdapat 2 atau lebih dari tanda-tanda berikut:

- Letargis atau tidak sadar
- Mata cekung
- Tidak bisa atau malas minum

- Turgor kembali sangat lambat

Pengobatan :

- Jika tidak ada klasifikasi berat lainnya:
- Beri cairan untuk dehidrasi berat
- Jika anak mempunyai klasifikasi berat lainnya
- Rujuk segera & dalam perjalanan terus beri oralit sedikit-sedikit
- Anjurkan tetap beri ASI
- Jika ada kolera di daerah tsb, beri Antibiotik untuk kolera

b. Dehidrasi Ringan / Sedang

Terdapat 2 atau lebih dr tanda-tanda berikut:

- Gelisah, rewel
- Mata cekung
- Haus, minum lahap
- Turgor kembali lambat

Pengobatan :

Beri cairan & makanan sesuai rencana

Jika anak mempunyai klasifikasi berat lainnya:

- Rujuk segera & dalam perjalanan terus beri oralit sedikit

- Anjurkan tetap beri ASI
- Nasehati ibu kapan harus kembali segera
- Kunjungan ulang dalam 5 hr bl tak membaik

c. Tanpa Dehidrasi

Tidak cukup tanda-tanda untuk klasifikasi sebagai dehidrasi berat atau ringan sedang

Pengobatan :

- Beri cairan & makanan
- Nasehati ibu kapan harus kembali segera
- Kunjungan ulang dalam 5 hari bila tak membaik

Jika diare 14 hari atau lebih:

d. Diare Persisten Berat

Tandanya : ada dehidrasi

Pengobatannya :

- Atasi dehidrasi sebelum di rujuk, kecuali bila mempunyai klasifikasi berat lain
- Rujuk

e. Diare Persisten

Tandanya : Tanpa dehidrasi

Pengobatan :

- Nasehati ibu tentang cara pemberian makan pada anak diare persisten
- Kunjungan ulang setelah 5 hari

Jika ada darah dalam tinja : Disentri

Pengobatan :

- Beri antibiotik yg sesuai untuk Shigela selama 5 hari
- Kunjungan ulang setelah 52 hari

2.6 Derajat Dehidrasi

Menurut banyaknya cairan yang hilang, derajat dehidrasi dapat dibagi berdasarkan:

1. Kehilangan berat badan

- Tidak ada dehidrasi, bila terjadi penurunan berat badan 2,5%.
- Dehidrasi ringan bila terjadi penurunan berat badan 2,5-5%.
- Dehidrasi berat bila terjadi penurunan berat badan 5-10%

Skor Mavrice King

Bagian tubuh Yang diperiksa	Nilai untuk gejala yang ditemukan		
	0	1	2
Keadaan umum	Sehat	Gelisah, cengeng Apatis, ngantuk	Mengigau, koma, atau syok
Kekenyalan kulit	Normal	Sedikit kurang	Sangat kurang
Mata	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Ukun-ukun besar	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Mulut	Normal	Kering	Kering & sianosis
Denyut nadi/mata	Kuat <120	Sedang (120-140)	Lemas >40

Sumber : dikutip dari asuhan keperawatan anak dengan diare oleh Muhammad Lattiifur Roofii

Keterangan :

- Jika mendapat nilai 0-2 dehidrasi ringan
- Jika mendapat nilai 3-6 dehidrasi sedang
- Jika mendapat nilai 7-12 dehidrasi berat

Gejala klinis

Gejala klinis	Gejala klinis		
	Ringan	Sedang	Berat
Keadaan umum			
Kesadaran	Baik (CM)	Gelisah	Apatis-koma
Rasa haus	+	++	+++

Sirkulasi			
Nadi	N (120)	Cepat	Cepat sekali
Respirasi			
Pernapasan	Biasa	Agak cepat	Kusz maull
Kulit			
Uub	Agak cekung	Cekung	Cekung sekali
	Agak cekung	Cekung	Cekung sekali
	Biasa	Agak kurang	Kurang sekali
	Normal	Oliguri	Anuri
	Normal	Agak kering	Kering/asidosis

2.7 Manifestasi Klinis Diare

Menurut Suriadi (2010), ada beberapa bagian manifestasi klinis dari diare yaitu :

1. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer
2. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kuli jelek (elastisitas kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung, membrane mukosa kering.
3. Kram abdominal
4. Demam
5. Mual dan muntah
6. Anorexia
7. Lemah
8. Pucat
9. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan pernapasan cepat
10. Menurun atau tidak ada pengeluaran urine

2.8 Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan tinja.
2. Makroskopis dan mikroskopis
3. PH dan kadar gula dalam tinja
4. Bila perlu diadakan uji bakteri
5. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah astrup, bila memungkinkan dengan menentukan PH keseimbangan analisa gas darah atau astrup, bila memungkinkan.
6. Pemeriksaan kadar ureum dan creatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.
7. Pemeriksaan elektrolit intubasi duodenum untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kuantitatif, terutama dilaktikan pada klien diare kronik.

2.9 Penatalaksanaan Diare

Menurut Ngastiyah (2012) masalah pasien diare yang perlu diperhatikan pada saat ini adalah risiko terjadi gangguan sirkulasi darah, kebutuhan nutrisi, risiko terjadi komplikasi, gangguan rasa aman dan nyaman dan kurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakit.

- a. Risiko terjadi gangguan sirkulasi darah

Diare menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit, mengakibatkan pasien menderita dehidrasi dan jika segera tidak diatasi menyebabkan terjadinya dehidrasi asidosis, bila masih berlanjut akan terjadi asidosis metabolik, gangguan sirkulasi darah dan pasien jatuh dalam keadaan renjatan syok.

- b. Bila dehidrasi masih ringan

Berikan cairan sebanyak-banyaknya, kira-kira 1 gelas setiap kali setelah pasien defekasi. Cairan harus mengandung elektrolit, seperti oralit. Bila tidak ada oralit dapat diberikan larutan gula garam. Cara melarutkan oralit lihat petunjuk kemasannya karena ada yang untuk 1 liter atau 1 gelas. Untuk bayi dibawah umur 6 bulan, oralit dilarutkan 2 kali lebih encer (untuk 1 gelas menjadi 2 gelas). Jika anak terus muntah/tidak mau minum sama sekali perlu diberikan melalui sonde. Bila pemberian cairan peroral tidak dapat dilakukan, dipasang infus dengan cairan Ringer Laktat (RL) atau cairan lain yang tersedia setempat jika tidak ada RL atas persetujuan dokter, yang terpenting adalah apakah tetesan berjalan lancar terutama pada jam-jam pertama karena diperlukan untuk segera mengatasi dehidrasi.

c. Pada dehidrasi berat

Selama 4 jam pertama tetesan lebih cepat, selanjutnya secara rumat (lihat kecepatan pemberian cairan). Untuk mengetahui kebutuhan sesuai dengan yang diperhitungkan, jumlah cairan yang masuk tubuh dapat dihitung dengan cara:

- Jumlah tetesan permenit dikalikan 60, dibagi 15/20 (sesuai set infus yang dipakai).
- Perhatikan tanda vital yaitu nadi, pernapasan, suhu dan tekanan darah.
- Perhatikan frekuensi buang air besar anak apakah masih sering, apakah encer atau sudah berubah konsistensinya.
- Berikan minuman teh atau oralit 1-2 sendok setiap jam untuk mencegah bibir dan selaput lendir mulut kering.

- Jika rehidrasi telah terjadi, infus dihentikan pasien diberi makanan lunak.

d. Kebutuhan nutrisi

Pasien yang menderita diare biasanya juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisinya menjadi kurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika pasien juga menderita muntah-muntah atau diare lama. Keadaan ini menyebabkan makin menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai bahkan dapat timbul komplikasi. Untuk mencegah kurangnya masukan nutrisi dan membantu menaikkan daya tahan tubuh, pasien diare harus segera diberikan makanan setelah dehidrasi teratasi dan makanan harus mengandung cukup kalori, protein, mineral, vitamin. Jika bayi tidak minum ASI berikan susu yang cocok.

e. Resiko terjadi komplikasi

Komplikasi pada pasien diare yang paling sering ialah dehidrasi asidosis. Tetapi komplikasi dapat juga terjadi sebagai akibat tindakan pengobatan seperti :

- Infeksi pada bagian yang dipasang infus atau terjadi hematoma
- Kelebihan cairan, terutama pada bayi

Gejala kelebihan cairan, mula-mula terlihat sembab, mengkilap pada kelopak mata bayi, kemudian bengkak seluruh wajah. Jika berlanjut akan menyebabkan edema paru dan terjadi sesak napas bila edema sampai pada otak akan menyebabkan pasien kejang. Oleh karena itu, setiap pasien akan

mendapatkan infus terutama bayi, tetesannya harus selalu dikontrol dengan benar.

- Komplikasi pada kulit akibat seraknya berak–berak dan adanya asam laktat dalam tinja dapat menyebabkan iritasi dan lecet pada anus dan sekitarnya. Untuk menjaga lecet pada kulit, sehabis buang air besar dibersihkan dengan kapas (kapasnya harus disiram dengan air panas dahulu kemudian diperas).
- Kejang-kejang pada pasien yang diare bila bukan karena kebanyakan cairan dapat karena hipoglikemia. Karena itu bila ada kejang pada pasien diperiksakan gula darahnya dan tindakan selanjutnya setelah ada instruksi dari dokter.
- Komplikasi lain bila diare menjadi kronis dapat menyebabkan pasien menderita malnutrisi energy protein. Oleh karena itu, pasien diare harus diobati sesuai dengan penyebabnya agar dapat sembuh benar dan orang tua harus diikutsertakan untuk mencegah berulangnya diare.

f. Gangguan rasa aman dan nyaman

Pasien yang menderita diare akan merasakan gangguan rasa aman dan nyaman karena sering buang air besar sehingga melelahkan, apalagi pada pasien kolera yang defekasinya terus-menerus disertai muntah. Pada dehidrasi ringan/sedang, dengan dipaksanya minum oralit sampai beberapa gelas sudah tentu tidak menyenangkan, oleh karena itu perlu pendekatan dengan cara membujuk.

g. Kurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakit

Penyakit diare telah dikemukakan lebih dahulu baik karena infeksi enteral maupun parenteral serta faktor lain.

Penularan penyakit diare melalui “4 F” (*Finger, Feces, Food, dan Fly*) maka penyuluhan yang penting:

1. Kebersihan perorangan pada anak. Mencuci tangan sebelum makan dan sehabis habis bermain, memakai alas kaki jika bermain ditanah.
2. Membiasakan anak defekasi di jamban dan jamban harus selalu bersih agar tidak ada lalat.
3. Kebersihan lingkungan untuk menghindarkan adanya lalat
4. Makanan harus selalu tertutup (jika diatas meja)
5. Kepada anak yang sudah dapat membeli makanan sendiri agar diajarkan untuk tidak membeli makanan yang dijajakan terbuka
6. Air minum harus selalu dimasak, bila sedang berjangkit penyakit diare selain air harus yang bersih juga perlu dimasak.

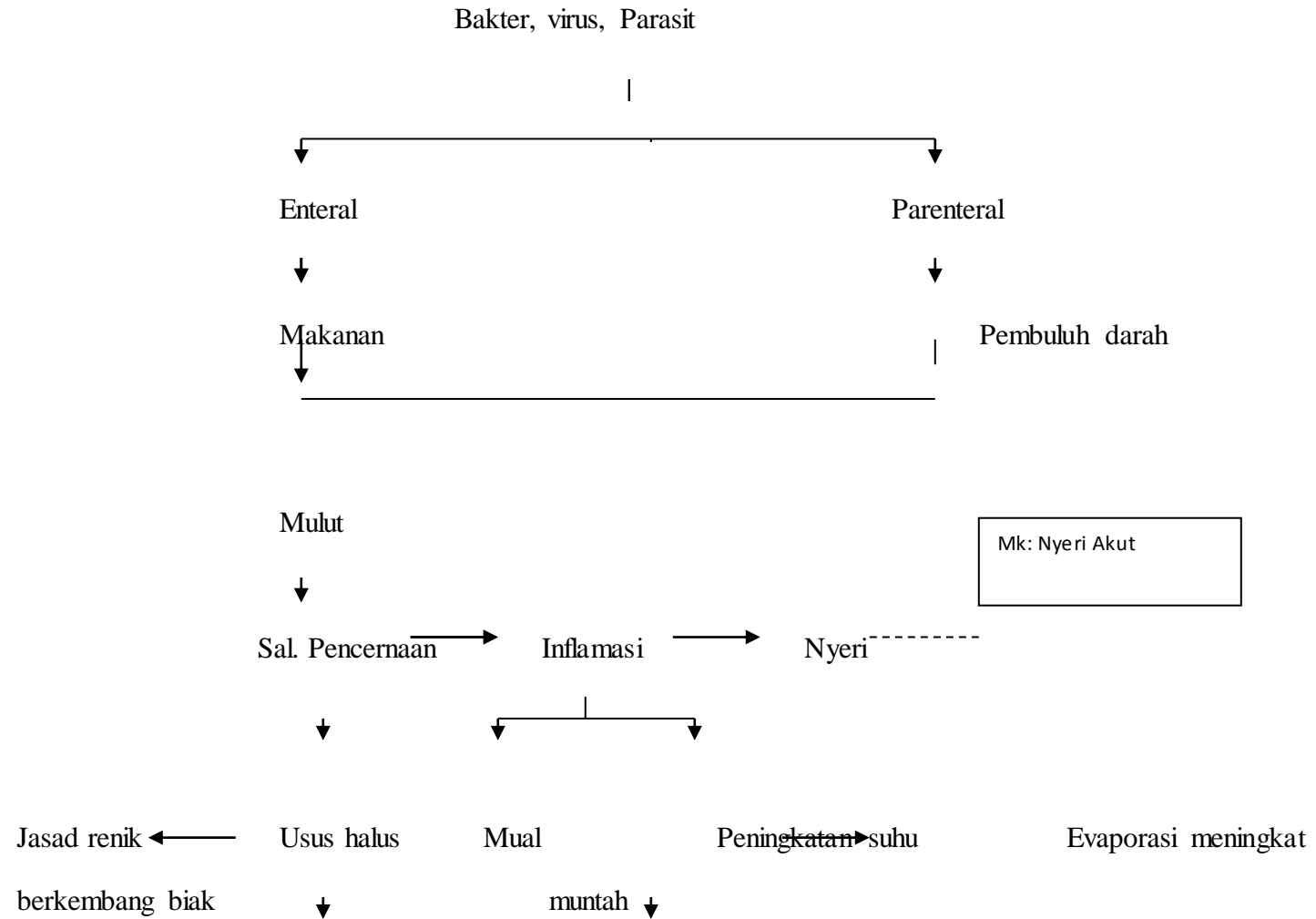
1. 10 Komplikasi Diare

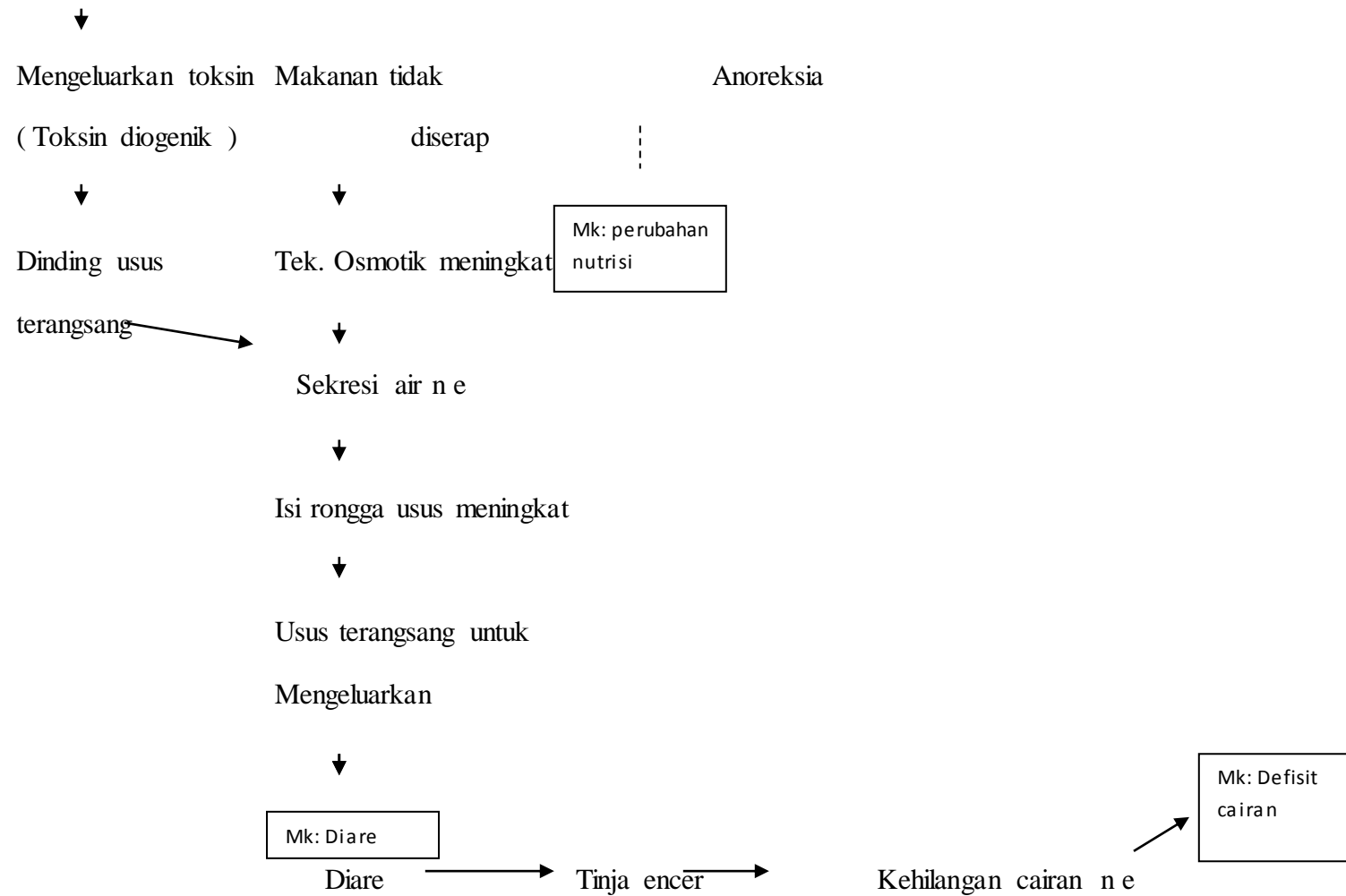
Menurut (Vivian,2010) beberapa komplikasi diare, diantaranya :

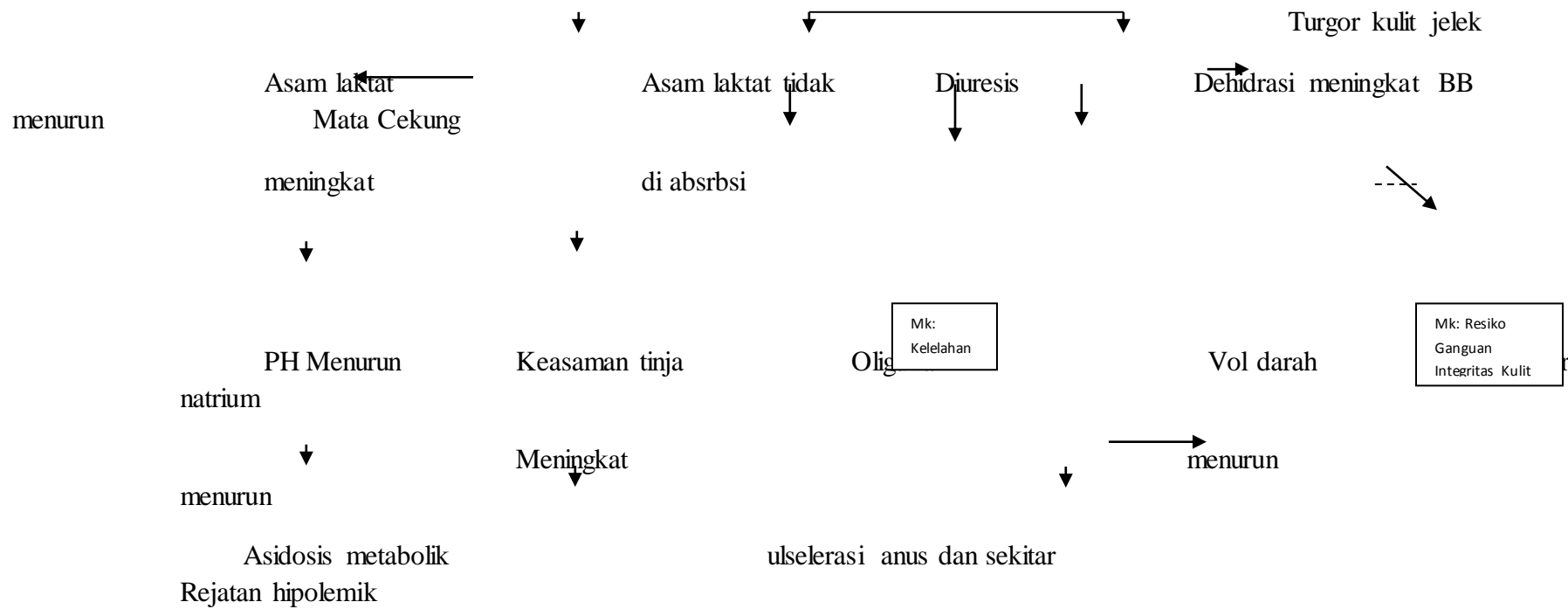
- a. Dehidrasi akibat kekurangan cairan dan elektrolit yang dibagi menjadi:
 - Dehidrasi ringan, apabila terjadi kehilangan cairan < 5% BB
 - Dehidrasi sedang, apabila terjadi kehilangan cairan 5-10% BB
 - Dehidrasi berat, apabila terjadi kehilangan cairan >10-15% BB

- b. Renjatan hipovolemik akibat menurunnya volume darah dan apabila penurunan volume darah mencapai 15-25% maka akan menyebabkan penurunan tekanan darah.
- c. Hipokalemia (dengan gejala mekorismus, hiptoni otot, lemah, bradikardi, perubahan pada elektro kardiogram).
- d. Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktase karena kerusakan vili mukosa, usus halus.
- e. Kejang terutama pada dehidrasi hipertonik.
- f. Malnutrisi energi, protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan

WOC Diare







2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

Menurut American Nurses Association. (2011), proses keperawatan adalah suatu metode sistematis untuk mengkaji respon manusia terhadap masalah-masalah dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah – masalah tersebut. Masalah-masalah kesehatan dapat berhubungan dengan klien keluarga juga orang terdekat atau masyarakat. Proses keperawatan mendokumentasikan kontribusi perawat dalam mengurangi / mengatasi masalah-masalah kesehatan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan, yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap dimana perawat mengumpulkan data secara sistematis, memilih dan mengatur data yang dikumpulkan dan mendokumentasikan data dalam format yang didapat. Untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini yang terbagi atas :

2.2.1.1 Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita ,mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapat diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan labor

ratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

2.2.1.2 Anamnese

a. Identitas penderita

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Menggambarkan alasan seseorang masuk rumah sakit. Pada umumnya keluhan utamanya yakni BAB lebih dari 3 kali sehari, konsistensi encer, mual muntah, perut sakit. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- a) Provoking Incident: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) Quality of Pain: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) Region : radiation, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d) Severity (Scale) of Pain: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) Time: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

c. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien masuk ke RS dengan keluhan utama Frekuensi BAB meningkat dengan bentuk dan konsistensi yang lain dari biasanya dapat cair dan berlendir/berdarah dan dapat pula disertai gejala lain panas, muntah, anoreksia, nausea, vomiting.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Jika disebabkan infeksi parenteral (infeksi) diluar alat pencernaan, OMA infeksi.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ada pasien yang menderita alergi makanan (diare yang disebabkan adalah alergi terhadap makanan).

d) ADL

- Nutrisi : terjadi anoreksia, mual, muntah
- Eliminasi : BAB lebih dari 4x (bayi)/BAB lebih dari 3x (anak) dapat cair, lendir, berdarah dan BAK frekuensi menurun
- Personal hygiene : iritasi pada sekitar usus
- Aktivitas : lemas dan mengantuk
- Istirahat tidur : bisa terganggu bisa tidak

e) Pemeriksaan fisik

- Keadaan umum : keadaan dehidrasi ringan, kesadaran kompos mentis keadaan lebih dari lanjut, apatis, somnolen, koma.
- Sistem kardiovaskuler : peningkatan jantung, nadi, TD menurun, nadi kecil dan cepat serta meningkat suhu tubuh.
- Sistem RR : Pernafasan cepat, dalam dan teratur
- Sistem pencernaan : peningkatan frekuensi BAB dan peningkatan peristaltik usus, kembung, distensi abdomen, tympani.
- Sistem perkemihan : produksi urine menurun (oliguri – anuri)
- Sistem integumen : turgor menurun, panas, pucat, kapiler refill melambat, warna kemerahan/lecet (terutama sekitar anus)
- Sistem muskulo : kejang bila panas meningkat, pada hypoglikemi tremor/getar, hipokalemi, distensi abdomen.

Secara spesifik bilamana bayi/anak jatuh dalam keadaan kekurangan cairan/dehidrasi maka untuk masing-masing tingkatan digambarkan sebagai berikut :

Komponen Pengkajian	Dehidrasi		
	Ringan	Sedang	Berat
Keadaan umum	Sadar, haus, gelisah	Haus, gelisah	Somnolerut, lemah, syok
Nadi	Normal	Cepat, kecil	Cepat, kecil, kadang-kadang teraba
UUB	Normal	Cekung	Cokong sekali
Turgor	Dicubit cepat kembali	< 2 dt	> 2 dt
Mata	Nomal	cowong	

Air mata	Ada	Tidak ada	sangat cowong
Selaput lendir	Basah	Kering	Tidak ada
Urine	Normal	berkurang	sangat kering
Kehilangan	40-50 cc/kg BB	50-60 cc/kg BB	Tidak ada
Penurunan BB	< 5 %	8%	100 – 110 cc/kg BB
BJ urine	1,010 – 1,025	1,010 – 1,025	> 10% ≥ 1,025

2.2.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnose keperawatan Diare secara teoritis

- Defisit volume cairan
- Perubahan Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh
- Nyeri Akut
- Resiko gangguan integritas kulit
- Kelelahan

2.2.3 Intervensi

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	Defisit volume cairan	<p>Noc:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bowl elimination ○ fluid balance ○ hidration ○ elektrolit and acid base balance setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Diare pasien teratasi dengan kriteria hasil ○ tidak ada diare ○ feses tidak ada darah dan mucus ○ nyeri perut tidak ada ○ pola bab normal ○ elektrolit normal ○ asam basa normal ○ hidrasi baik (membran mukosa lembab, tidak panas, vital sign normal, hematokrit dan urin output dalam batas normal) 	<p>Nic :</p> <p>diare management</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kelola pemeriksaan kultur sensitivitas feses ○ evaluasi pengobatan yang berefek samping gastrointestinal ○ evaluasi jenis intake makanan ○ monitor kulit sekitar perianal terhadap adanya iritasi dan ulserasi ○ ajarkan pada keluarga penggunaan obat anti diare ○ instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses ○ ajarkan pada pasien tehnik pengurangan stress jika perlu ○ kolaborasi jika tanda dan gejala diare

			<p>menetap</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ monitor hasil lab (elektrolit dan leukosit) ○ monitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi ○ konsultasi dengan ahli gizi untuk diet yang tepat
2	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam nutrisi kurang teratasi dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Albumin serum • Pre albumin serum • Hematokrit • Hemoglobin • Total iron binding capacity • Jumlah limfosit 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji adanya alergi makanan • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien • Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi • Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. • Monitor adanya penurunan BB dan gula darah • Monitor lingkungan selama makan • Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan • Monitor turgor kulit

			<ul style="list-style-type: none"> • Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht • Monitor mual dan muntah • Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva • Monitor intake nutrisi • Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi • Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/TPN sehingga intake cairan yang adekuat dapat dipertahankan. • Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan • Anjurkan banyak minum • Pertahankan terapi IV line • Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oval
--	--	--	---

3	Nyeri AKut	<p>Noc :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pain level, ○ pain control ○ comfort level <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ○ melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ○ mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) ○ menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang ○ tanda vital dalam rentang normal 	<p>Nic :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi ○ observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan ○ bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan ○ kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan ○ kurangi faktor presipitasi nyeri ○ kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi ○ ajarkan tentang tehnik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin ○ berikan analgetik untuk mengurangi nyeri:
---	------------	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> o tidak mengalami gangguan tidur 	<p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> o tingkatkan istirahat o berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur o monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
4	Resiko Gangguan Integritas Kulit	<p>Noc :</p> <p>tissue integrity : skin and mucous membranes</p> <p>status nutrisi</p> <p>tissue perfusion:perifer</p> <p>dialysis access integrity</p> <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... Gangguan integritas kulit tidak terjadi dengan</p> <p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> o integritas kulit yang baik bisa dipertahankan 	<p>Nic : pressure management</p> <ul style="list-style-type: none"> o anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar o hindari kerutan padaa tempat tidur o jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering o mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali o monitor kulit akan adanya kemerahan o oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan

		<ul style="list-style-type: none"> ○ melaporkan adanya gangguan ○ Sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan ○ menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang ○ mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami ○ status nutrisi adekuat ○ sensasi dan warna kulit normal 	<ul style="list-style-type: none"> ○ monitor aktivitas dan mobilisasi pasien ○ monitor status nutrisi pasien ○ memandikan pasien dengan sabun dan air hangat ○ gunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko ○ Pasien (braden scale, skala norton) ○ inspeksi kulit terutama pada tulangtulang yang menonjol dan titiktitik tekanan ketika merubah posisi pasien. ○ jaga kebersihan alat tenun ○ kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin ○ monitor serum albumin dan transferin
5	Kelelahan	Noc: <ul style="list-style-type: none"> ○ activity tolerance ○ energy conservation ○ nutritional status: energy setelah 	Nic : energy management <ul style="list-style-type: none"> ○ monitor respon kardiorespirasi terhadap

		<p>dilakukan tindakan keperawatan selama</p> <p>Kelelahan pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kemampuan aktivitas adekuat ○ mempertahankan nutrisi adekuat ○ keseimbangan aktivitas dan istirahat ○ menggunakan tehnik energi konservasi ○ mempertahankan interaksi social ○ mengidentifikasi faktorfaktor fisik dan psikologis yang menyebabkan kelelahan ○ mempertahankan kemampuan untuk konsentrasi 	<p>aktivitas (takikardi, disritmia, dispneu, diaphoresis, pucat, tekanan hemodinamik dan jumlah respirasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ monitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien ○ monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas ○ monitor intake nutrisi ○ monitor pemberian dan efek samping obat depresi ○ instruksikan pada pasien untuk mencatat tandatanda dan gejala kelelahan ○ ajarkan tehnik dan manajemen aktivitas untuk mencegah kelelahan ○ jelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit ○ kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan intake makanan tinggi energy ○ dorong pasien dan keluarga
--	--	---	---

			<p>mengekspresikan perasaannya</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ catat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan ○ anjurkan pasien melakukan yang meningkatkan relaksasi (membaca, mendengarkan musik) ○ tingkatkan pembatasan bedrest dan aktivitas batasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi keperawatan

Tahap pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal di antaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, tehnik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat dua jenis tindakan, yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi (Nurlatifah, Gita, 2010).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi sesama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon klien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. (Doenges, M, 2010)

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas Klien

Nama	: An. F	Alamat	: Kubang
Umur	: 25 Bulan	Suku Bangsa	: Tanjung
Jenis kelamin	: Laki-laki	Ruang rawat	: Anak
Nama Ayah/Ibu	: Tn. W/Ny. R	Tgl Pengkajian:	03-07-2018
Pekerjaan Ayah/Ibu	: Dagang/PNS	Diagnose	: Diare
Agama	: Islam		

3.1.2 Alasan Masuk

Klien datang ke puskesmas tanggal 01 Juli 2018 karena diare sejak 2 hari yang lalu

3.1.3 Riwayat kesehatan sekarang

Keluarga mengatakan anaknya sudah dua hari diare, dalam satu hari ada 8 kali

3.1.4 Riwayat kesehatan dahulu

Keluarga mengatakan sebelumnya anaknya sudah pernah mengalami diare

3.1.5 Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama yaitu adiknya ibu An. F

3.1.6 Riwayat kehamilan dan kelahiran

1. Prenatal

Ibu mengatakan sewaktu hamil trimester pertama sering mengonsumsi jamu-jamuan

2. Natal

Umur kehamilan 39-40 minggu, persalinan normal dibantu oleh bidan

3. Postnatal

Ibu mengatakan anak tidak ASI Eksklusif, tetapi diberikan susu bantu (formula)

3.1.7 Riwayat Sosial

- | | |
|-------------------------------------|---------------|
| 1. Yang mengasuh | : nenek An. F |
| 2. Hubungan dengan anggota keluarga | : Baik |
| 3. Hubungan dengan teman sebaya | : Baik |
| 4. Pembawaan secara umum | : Baik |
| 5. Lingkungan rumah | : Bersih |

3.1.8 Kebutuhan dasar

1. Makanan yang disukai/tidak disukai

An. F menyukai makanan ciki-ciki dan cemilan – cemilan di warung, jarang makan nasi, kadang-kadang hanya makan nasi 1x sehari.

2. Pola tidur

- Sehat (siang 2 jam dan malam 10 jam)
- Sakit (siang 1 jam dan malam 6 jam)

3. Mandi

- Sehat 2 kali sehari
- Sakit 1 kali sehari

4. Aktivitas bermain

Baik

5. Eliminasi

BAB encer, berserabut warna kekuningan dan BAK 10 kali sehari

3.1.9 Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis

GCS : 15

BB/TB : 10,1 kg/95 cm

TTV : P=24x/i, S=37,7 °C, N=94x/i

a. Kepala

- Rambut : tampak kotor, tidak ada lesi
- Mata : agak cekung, konjungtiva agak anemis
- Telinga : simetris kiri & kanan, tidak ada serumen
- Hidung : simetris kiri & kanan, tidak ada sekret

- Mulut dan gigi : mulut simetris kiri & kanan, mukosa bibir agak kering, tidak ada caries gigi, tidak ada pembesaran tonsil

b. Leher

Tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid

c. Thorak

- Paru-paru

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada bantuan otot bantu pernafasan

P : Teraba pengembangan dada kanan dan kiri

P : perkusi sonor

A : Vesikuler

- Jantung

I : bentuk dada datar, simetris

P : hepar tidak teraba

P : suara redup

A : bunyi jantung normal, tidak ada bunyi jantung tambahan

d. Abdomen

I : abdomen datar, tidak ada asites, tidak ada bekas luka

A : bising usus 15 x/i

P : terdapat nyeri tekan, tidak ada masa

P : suara pekak

e. Punggung

Tidak ada lesi pada punggung dan tidak ada pembengkakan

f. Ekstremitas

Tangan dan kaki tidak ada luka, kedua tangan dan kaki bisa

digerakkan

Kekuatan otot	555	555
	555	555

g. Genitalia

Tampak bersih dan tidak ada bekas luka

h. Integumen

Kulit tampak agak kering, warna kulit sawo matang

3.1.10 Pemeriksaan tingkat perkembangan

1. Kemandirian dan bergaul

Dibantu oleh orang tua

2. Motorik halus

3. Kognitif dan bahasa

Bahasa belum jelas

4. Motorik kasar

3.1.11 Data Pengobatan

Obat oral : zink 1x1, oralit bila diare

3.1.12 Data Fokus

a. Subjektif

- Keluarga mengatakan anak F agak pucat
- Keluarga mengatakan bibir anak agak kering
- Keluarga mengatakan anaknya tampak lemah dan tidak semangat
- Keluarga mengatakan anak rewel
- Keluarga mengatakan An. F diare sejak 2 hari yang lalu

- Keluarga mengatakan An. F bab 8 x sehari
- Keluarga mengatakan sebelumnya An. F pernah mengalami diare

b. Objektif

- Anak agak pucat
- Anak tampak lelah
- Mukosa bibir tampak agak kering
- Anak tampak agak rewel
- Mata tampak agak cekung
- Turgor kulit tampak agak kering
- Bising usus 15 x/i
- TTV : S=37,7 °C, N=94x/i, P=24x/I

3.1.13 Analisa Data

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan An. F diare sejak 2 hari yang lalu - Keluarga mengatakan An. F bab encer 8 x sehari - Keluarga mengatakan sebelumnya An. F pernah mengalami diare - Mata tampak agak cekung DO : <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus 15 x/i 	Defisit volume cairan	Output yang berlebihan

	<ul style="list-style-type: none"> - TTV : S=37,7 °C, N=94x/i, P=24x/i 		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan anak F agak pucat - Keluarga mengatakan bibir anak agak kering <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak agak pucat - Mukosa bibir tampak agak kering - Anak tampak agak rewel - Turgor kulit tampak agak kering 	Resiko Gangguan Integritas kulit	PH darah bersifat asam
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan anaknya tampak lemah dan tidak bersemangat - Keluarga mengatakan anak rewel <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak tampak lelah - Anak tampak agak rewel 	Kelelahan	Proses penyakit

3.2 Diagnosa keperawatan

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan output yang berlebihan
2. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan PH darah bersifat asam
3. Kelelahan berhubungan dengan proses penyakit

INTERVENSI / RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	Defisit volume cairan	<ul style="list-style-type: none"> ○ bowl elimination ○ fluid balance ○ hidration ○ elektrolit and acid base balance setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Diare pasien teratasi dengan kriteria hasil ○ tidak ada diare ○ feses tidak ada darah dan mucus ○ nyeri perut tidak ada ○ pola bab normal ○ elektrolit normal ○ asam basa normal ○ hidrasi baik (membran mukosa lembab, tidak panas, vital sign normal, hematokrit dan urin output dalam batas normal 	<p>diare management</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kelola pemeriksaan kultur sensitivitas feses ○ evaluasi pengobatan yang berefek samping gastrointestinal ○ evaluasi jenis intake makanan ○ monitor kulit sekitar perianal terhadap adanya iritasi dan ulserasi ○ ajarkan pada keluarga penggunaan obat anti diare ○ instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses ○ ajarkan pada pasien tehnik pengurangan stress jika perlu ○ kolaborasi jika tanda dan gejala diare menetap

			<ul style="list-style-type: none"> ○ monitor hasil lab (elektrolit dan leukosit) ○ monitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi ○ konsultasi dengan ahli gizi untuk diet yang tepat
2	Resiko Gangguan Integritas Kulit	<p>Noc :</p> <p>tissue integrity : skin and mucous membranes</p> <p>status nutrisi</p> <p>tissue perfusion:perifer</p> <p>dialysis access integrity</p> <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... Gangguan integritas kulit tidak terjadi dengan</p> <p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ integritas kulit yang baik bisa dipertahankan ○ melaporkan adanya gangguan ○ Sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan 	<p>Nic : pressure management</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar ○ hindari kerutan padaa tempat tidur ○ jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering ○ mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali ○ monitor kulit akan adanya kemerahan ○ oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan ○ monitor aktivitas dan mobilisasi pasien ○ monitor status nutrisi pasien ○ memandikan pasien dengan sabun dan air

		<ul style="list-style-type: none"> o menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang o mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami o status nutrisi adekuat o sensasi dan warna kulit normal 	<p>hangat</p> <ul style="list-style-type: none"> o gunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko o Pasien (braden scale, skala norton) o inspeksi kulit terutama pada tulangtulang yang menonjol dan titiktitik tekanan ketika merubah posisi pasien. o jaga kebersihan alat tenun o kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin o monitor serum albumin dan transferin
3	Kelelahan	<p>Noc:</p> <ul style="list-style-type: none"> o activity tolerance o energy conservation o nutritional status: energy setelah dilakukan tindakan keperawatan selama <p>Kelelahan pasien teratasi dengan</p>	<p>Nic :</p> <p>energy management</p> <ul style="list-style-type: none"> o monitor respon kardiorespirasi terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, dispneu, diaphoresis, pucat, tekanan hemodinamik dan jumlah respirasi)

		<p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kemampuan aktivitas adekuat ○ mempertahankan nutrisi adekuat ○ keseimbangan aktivitas dan istirahat ○ menggunakan tehnik energi konservasi ○ mempertahankan interaksi social ○ mengidentifikasi faktorfaktor fisik dan psikologis yang menyebabkan kelelahan ○ mempertahankan kemampuan untuk konsentrasi 	<ul style="list-style-type: none"> ○ monitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien ○ monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas ○ monitor intake nutrisi ○ monitor pemberian dan efek samping obat depresi ○ instruksikan pada pasien untuk mencatat tandatanda dan gejala kelelahan ○ ajarkan tehnik dan manajemen aktivitas untuk mencegah kelelahan ○ jelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit ○ kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan intake makanan tinggi energy ○ dorong pasien dan keluarga mengekspresikan perasaannya ○ catat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> ○ anjurkan pasien melakukan yang meningkatkan relaksasi (membaca, mendengarkan musik) ○ tingkatkan pembatasan bedrest dan aktivitas batasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi
--	--	--	--

3.3 IMPLEMENTASI / Catatan Perkembangan

Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
03-07-2018 DX 1	Jam 10.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pengobatan yang berefek samping gastrointestinal 2. Mengevaluasi jenis intake makanan 3. Memonitor kulit sekitar perianal terhadap adanya iritasi dan ulserasi 4. Mengajarkan pada keluarga penggunaan obat anti diare 5. Menginstruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses 6. Mengajarkan pada pasien teknik pengurangan stress jika perlu 7. Melakukan kolaborasi jika tanda dan gejala diare menetap 8. Memonitor hasil lab (elektrolit dan leukosit) 9. Memonitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi 10. Mengkonsultasikan dengan ahli gizi untuk diet yang tepat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan bibir anaknya agak kering <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anak masih agak pucat ➤ Mukosa bibir kering <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervensi dilanjutkan 	

DX 2	Jam 11.00 WIB	1. Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Menghindari kerutan pada tempat tidur 3. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering	S : ➤ Keluarga mengatakan kulit AN. F agak kering O :	

		<p>4. Melakukan mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</p> <p>5. Memonitor kulit akan adanya kemerahan</p> <p>6. Mengoleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</p> <p>7. Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien</p> <p>8. Memonitor status nutrisi pasien</p> <p>9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</p> <p>10. Menggunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko</p> <p>Pasien (braden scale, skala norton)</p> <p>11. Melakukan inspeksi kulit terutama pada tulangtulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</p> <p>12. Menjaga kebersihan alat tenun</p> <p>13. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</p> <p>14. Memonitor serum albumin dan transferin</p>	<p>➤ Kulit klien tampak kering</p> <p>A :</p> <p>➤ Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>➤ Intervensi dilanjutkan</p>	
DX 3	11.30WIB	1. Memonitor respon kardiorespirasi terhadap aktivitas	S :	

		<p>(takikardi, disritmia, dispneu, diaphoresis, pucat, tekanan hemodinamik dan jumlah respirasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien 3. Memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas 4. Memonitor intake nutrisi 5. Memonitor pemberian dan efek samping obat depresi 6. Menginstruksikan pada pasien untuk mencatat tanda-tanda dan gejala kelelahan 7. Mengajarkan tehnik dan manajemen aktivitas untuk mencegah kelelahan 8. Menjelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit 9. Mendorong pasien dan keluarga mengekspresikan perasaannya 10. Mencatat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan 11. Meningkatkan pembatasan bedrest dan aktivitas 12. Membatasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi 	<p>➤ Keluarga mengatakan anaknya tampak lemah dan lesu</p> <p>O :</p> <p>➤ Klien tampak lemah</p> <p>A :</p> <p>➤ Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

4-7-2018 DX 1	09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pengobatan yang berefek samping gastrointestinal 2. Mengevaluasi jenis intake makanan 3. Memonitor kulit sekitar perianal terhadap adanya iritasi dan ulserasi 4. Melakukan kolaborasi jika tanda dan gejala diare menetap 5. Memonitor hasil lab (elektrolit dan leukosit) 6. Memonitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan bibir anaknya sudah mulai merah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anak masih agak pucat ➤ Mukosa bibir sedikit kering <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervensi dilanjutkan 	
DX 2	10.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 2. Melakukan mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 3. Memonitor kulit akan adanya kemerahan 4. Mengoleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan 5. Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan kulit An. F masih kering <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kulit Klien tampak sedikit kering 	

		6. Memonitor status nutrisi pasien 7. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat 8. Melakukan inspeksi kulit terutama pada tulangtulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien. 9. Menjaga kebersihan alat tenun 10. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin 11. Memonitor serum albumin dan transferin	A : ➤ Masalah belum teratasi P : ➤ Intervensi dilanjutkan	
--	--	---	--	--

DX 3	Jam 11.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien 2. Memonitor intake nutrisi 3. Menginstruksikan pada pasien untuk mencatat tanda--tanda dan gejala kelelahan 4. Mengajarkan tehnik dan manajemen aktivitas untuk mencegah kelelahan 5. Menjelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit 6. Mencatat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan 7. Membatasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan anaknya sudah mulai bersemangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien sudah mulai bersemangat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
5-7-2018 DX 1	Jam 08.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jenis intake makanan 2. Memonitor kulit sekitar perianal terhadap adanya iritasi dan ulserasi 3. Memonitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Keluarga mengatakan bibir anaknya sudah mulai merah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pucat sudah tidak ada 	

			A : ➤ Masalah teratasi P : ➤ Intervensi dihentikan	
DX 2	Jam 09.30 WIB	1. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 2. Memonitor kulit akan adanya kemerahan 3. Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien 4. Memonitor status nutrisi pasien 5. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat 6. Menjaga kebersihan alat tenun	S : ➤ Keluarga mengatakan kulit An. F sudah mulai baik O : ➤ Kulit Klien tidak kering lagi A : ➤ Masalah teratasi P : ➤ Intervensi dihentikan	
DX 3	Jam 11.00 WIB	1. Memonitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien 2. Memonitor intake nutrisi 3. Mencatat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan 4. Membatasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi	S : ➤ Keluarga mengatakan anaknya sudah mulai bersemangat O :	

			<p>➤ Klien sudah mulai bersemangat</p> <p>A :</p> <p>➤ Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis melakukan pembahasan pada bab ini tentang masalah-masalah yang muncul pada kasus yang ditemukan selama asuhan keperawatan dimulai tanggal 03 sampai dengan tanggal 05 Juli 2018. Kesenjangan tersebut dilihat dengan memperlihatkan aspek-aspek tahapan keperawatan dimulai dari tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan sampai tahap evaluasi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Anak pada An. F dengan Diare di Wilayah Kerja Puskesmas Kambang.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian riwayat kesehatan yang peneliti temukan pada An.F datang ke puskesmas tanggal 01 Juli 2018 karena diare sejak 2 hari yang lalu, dalam satu hari ada 8 kali, anak tampak lemah dan tidak bersemangat, Anak agak pucat, Anak tampak lelah, Mukosa bibir tampak agak kering, Anak tampak agak rewel, Mata tampak agak cekung, Turgor kulit tampak agak kering dan Bising usus 15 x/i.

Berdasarkan hasil penelitian supriadi (2013), tentang asuhan keperawatan pada An.F dengan gangguan pemenuhan sistem pencernaan diare akut dehidrasi sedang diruang metai 2 RSUD Dr. Moewardi. Dimana pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan BAB encer sudah 5 kali, konsistensi encer, warna kuning.

Riskesdas (2013), mengatakan diare merupakan gangguan buang air besar atau BAB ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja cair, dapat disertai dengan darah dan atau lender. Anak yang mengalami diare akibat infeksi bakteri mengalami kram perut, muntah, demam, mual, dan diare cair akut. Diare karena infeksi bakteri invasif akan mengalami demam tinggi, mencret berdarah dan berlendir (Wijoyo, 2013). Menurut Ngastiyah (2014), mengatakan anak yang mengalami diare mula-mula akan cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan berkurang. BAB cair, mungkin disertai lendir dan darah. Anus dan daerah sekitarnya akan lecet karena sering defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat makin banyak asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus selama diare.

Menurut penulis keluhan yang ditemukan pada kasus An.F sesuai dengan teori dimana tanda dan gejala pasien yang mengalami diare adalah datang ke rumah sakit dengan BAB encer dan lebih dari 3 kali dalam sehari, anak gelisah dan rewel serta dehidrasi. Hal ini disebabkan karena jenis dari bakteri yang menginfeksi partisipan 1, tetapi pada partisipan 1 tidak diketahui pasti bakteri apa yang terdapat didalam feses.

Hasil pemeriksaan fisik pada An.F ditemukan perbedaan yaitu anus dan daerah sekitarnya tidak lecet, tidak berwarna kemerahan. Hasil penelitian Sulaiman (2011), tentang profil diare di ruang rawat inap anak RSUD Dr. Zainoel Abidin, Banda Aceh. Dimana pasien diare yang disertai gizi buruk 8,6% dan gizi kurang 38,5%. Dan hasil penelitian Arini (2012), tentang asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan volume cairan pada An.F

dengan gastroenteritis akut (GEA). Dimana pasien tampak lemas dan sering menangis, kulit bersih, turgor kulit kembali lambat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, muntah sampai 4 kali, pada bokong terlihat kemerahan, mata cekung, pasien tampak pucat.

Menurut S. Partono dalam Nursalam (2008), anak yang mengalami diare dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan. Makanan yang diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik karena adanya hiperperistaltik. Secara klinis, pada anak yang diare mengalami penurunan pH karena akumulasi beberapa asam non-volatil, maka akan terjadi hiperventilasi yang akan menurunkan pCO_2 menyebabkan pernafasan bersifat cepat, teratur, dan dalam (pernapasan kusmaul) (Suharyono, 2008). Anak yang mengalami diare dengan dehidrasi ringan hingga berat turgor kulit biasanya kembali sangat lambat. Karena tidak adekuatnya kebutuhan cairan dan elektrolit pada jaringan tubuh anak sehingga kelembapan kulitpun menjadi berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, mukosa bibir kering. Menurut peneliti apa yang ada di teori sama dengan kasus. Akan tetapi pada partisipan 1 dan 2 tidak dilakukan pemeriksaan gas darah untuk mengetahui adanya penurunan pH.

Dari hasil pengkajian yang didapatkan keluarga mengatakan bahwa ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama yaitu adiknya ibu An. F dan sebelumnya An.F sudah pernah mengalami diare. Ibu mengatakan anak tidak ASI Eksklusif, tetapi diberikan susu bantu

(formula). An. F menyukai makanan ciki-ciki dan cemilan – cemilan di warung, jarang makan nasi, kadang-kadang hanya makan nasi 1x sehari.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang penulis dapatkan di puskesmas, maka ada 3 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan terkait kasus diare pada An.F yaitu : defisit volume cairan, resiko gangguan integritas kulit dan kelelahan. Berdasarkan beberapa sumber buku seperti Nanda (2017) menemukan ada beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus diare yaitu : Defisit volume cairan, Perubahan Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh, Nyeri Akut , Resiko gangguan integritas kulit dan Kelelahan.

Hasil penelitian dari Arini (2012), mengatakan bahwa masalah keperawatan yang di prioritaskan adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Hal ini jika tidak diatasi secepatnya anak akan mengalami dehidrasi berat yang berakhir pada syok dan bisa menyebabkan kematian karena tubuh banyak kehilangan cairan dan elektrolit.

Berdasarkan kasus yang penulis temukan diagnosa prioritas yang muncul pada An.F adalah :

a. Defisit volume cairan berhubungan dengan output yang berlebihan

Diagnosa ini diangkat menjadi diagnosa prioritas yang utama yang ditandai dengan Keluarga mengatakan An. F diare sejak 2 hari yang lalu, Keluarga mengatakan An. F bab encer 8 x sehari, Keluarga

mengatakan sebelumnya An. F pernah mengalami diare, Mata tampak agak cekung, Bising usus 15 x/i, TTV : S=37,7 °C, N=94x/i, P=24x/i.

- b. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan PH darah bersifat asam

Diagnosa ini menjadi diagnosa kedua yang diangkat oleh penulis yang ditandai dengan, Keluarga mengatakan anak F agak pucat, Keluarga mengatakan bibir anak agak kering, Anak agak pucat, Mukosa bibir tampak agak kering, Anak tampak agak rewel, Turgor kulit tampak agak kering.

- c. Kelelahan berhubungan dengan proses penyakit.

Sedangkan diagnosa ini diangkat menjadi diagnosa ketiga oleh penulis yang ditandai dengan Keluarga mengatakan anaknya tampak lemah dan tidak bersemangat, Keluarga mengatakan anak rewel, Anak tampak lelah, Anak tampak agak rewel.

Menurut Suharyono dalam Nursalam (2008), Kehilangan air dan elektrolit dapat menyebabkan dehidrasi. Kondisi ini juga dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik), dehidrasi, hipokalemia, dan hipovolemia. Gejala dari dehidrasi yang tampak yaitu berat badan turun, turgor kulit kembali sangat lambat, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, mukosa bibir kering.

Menurut penulis anak yang mengalami dehidrasi cenderung akan berakhir pada syok hipovolemik dan bisa menyebabkan anak mengalami penurunan kesadaran dan berakhir pada kematian. Pada kasus An.F mengalami defisit

volume cairan karena anak malas makan dan minum, BAB encer dan 8 kali dalam sehari. Jika hal itu dibiarkan terlalu lama An.F bisa mengalami dehidrasi berat karena intake dan output cairan yang tidak adekuat.

Jika anak banyak kekurangan cairan maka hal ini juga akan berpengaruh pada kulit seperti kulit kering, mukosa bibir kering dan turgor kulit jelek sehingga anak beresiko untuk terjadinya gangguan pada integritas kulit. Pada An.F juga malas minum dan hal ini akan menyebabkan anak merasa lelah karena output dan intake tidak adekuat sehingga akan menyebabkan badan anak terasa lemas dan tidak bersemangat karena kurangnya asupan cairan dan nutrisi.

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

Ngastiyah (2014) mengatakan anak yang mengalami diare akan menyebabkan anus dan daerah sekitarnya akan lecet karena sering defekasi. Hal ini disebabkan karena tinja yang makin asam sebagai akibat makin banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus selama diare.

3. Intervensi

Intervensi yang disusun sesuai diagnosa yang muncul pada kasus berdasarkan NOC dan NIC (2017) yaitu :

- a. Pada diagnosa utama Defisit volume cairan berhubungan dengan output yang berlebihan intervensi yang diberikan adalah : kelola pemeriksaan kultur sensitivitas feses, evaluasi pengobatan yang berefek samping gastrointestinal, evaluasi jenis intake makanan, monitor kulit sekitar perianal terhadap adanya iritasi dan ulserasi, ajarkan pada keluarga penggunaan obat anti diare, instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses, ajarkan pada pasien tehnik pengurangan stress jika perlu kolaborasi jika tanda dan gejala diare menetap, monitor hasil lab (elektrolit dan leukosit), monitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi, konsultasi dengan ahli gizi untuk diet yang tepat.
- b. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan PH darah bersifat asam intervensi yang diberikan adalah : anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, hindari kerutan pada tempat tidur, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali, monitor kulit akan adanya kemerahan, oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan, monitor aktivitas dan mobilisasi pasien, monitor status nutrisi pasien, memandikan pasien dengan sabun dan air hangat gunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko, Pasien (braden scale, skala norton), inspeksi kulit terutama pada

tulang-tulang yang menonjol dan titiktitik tekanan ketika merubah posisi pasien, jaga kebersihan alat tenun, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin, monitor serum albumin dan transferin.

- c. Kelelahan berhubungan dengan proses penyakit yaitu : monitor respon kardiorespirasi terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, dispneu, diaphoresis, pucat, tekanan hemodinamik dan jumlah respirasi), monitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien, monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas, monitor intake nutrisi, monitor pemberian dan efek samping obat depresi, instruksikan pada pasien untuk mencatat tandatanda dan gejala kelelahan, ajarkan tehnik dan manajemen aktivitas untuk mencegah kelelahan, jelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan intake makanan tinggi energy, dorong pasien dan keluarga mengekspresikan perasaannya, catat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan, anjurkan pasien melakukan yang meningkatkan relaksasi (membaca, mendengarkan musik), tingkatan pembatasan bedrest dan aktivitas, batasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi.

Aziz & Nursalam (2008), membuat rencana tindakan berdasarkan masalah yang sudah ditegakkan pada kasus diare, antara lain manajemen cairan, manajemen resusitasi, monitor cairan, manajemen

nutrisi, monitor status nutrisi, perawatan demam, monitor tanda-tanda vital. Hasil analisa peneliti intervensi yang disusun pada kasus sama dengan apa yang ada di teori.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan yang sudah peneliti lakukan adalah :

a. Diagnosa 1

- Mengevaluasi pengobatan yang berefek samping gastrointestinal
- Mengevaluasi jenis intake makanan
- Memonitor kulit sekitar perianal terhadap adanya iritasi dan ulserasi
- Mengajarkan pada keluarga penggunaan obat anti diare
- Menginstruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses
- Mengajarkan pada pasien tehnik pengurangan stress jika perlu
- Melakukan kolaborasi jika tanda dan gejala diare menetap
- Memonitor hasil lab (elektrolit dan leukosit)
- Memonitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi
- Mengkonsultasikan dengan ahli gizi untuk diet yang tepat

b. Diagnosa 2

- Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar
- Menghindari kerutan pada tempat tidur
- Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering

- Melakukan mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali
- Memonitor kulit akan adanya kemerahan
- Mengoleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan
- Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien
- Memonitor status nutrisi pasien
- Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat
- Menggunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko Pasien (braden scale, skala norton)
- Melakukan inspeksi kulit terutama pada tulangtulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.
- Menjaga kebersihan alat tenun
- Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin
- Memonitor serum albumin dan transferin

c. Diagnosa 3

- Memonitor respon kardiorespirasi terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, dispneu, diaphoresis, pucat, tekanan hemodinamik dan jumlah respirasi)
- Memonitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien
- Memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas
- Memonitor intake nutrisi

- Memonitor pemberian dan efek samping obat depresi
- Menginstruksikan pada pasien untuk mencatat tanda-tanda dan gejala kelelahan
- Mengajarkan tehnik dan manajemen aktivitas untuk mencegah kelelahan
- Menjelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit
- Mendorong pasien dan keluarga mengekspresikan perasaannya
- Mencatat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan
- Meningkatkan pembatasan bedrest dan aktivitas
- Membatasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi

Hasil penelitian Rusdi (2012), tentang evaluasi penggunaan obat diare terhadap kesesuaian obat dan dosis pada pasien rawat inap di RSUD Budi Asih Jakarta. Menunjukkan bahwa pengobatan diare anak paling banyak diberikan terapi cairan pengganti (rehidasi), terdapat 97 kasus (32,99%) pasien yang diberikan terapi cairan RL.

Menurut Ngastiyah (2014), dehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan. Salah satu hal yang penting dan perlu diperhatikan yaitu jenis cairan, jumlah cairan, cara pemberian cairan, dan jadwal pemberian cairan pada pasien yang mengalami diare.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan disusun dengan metode SOAP. Evaluasi keperawatan dilaksanakan selama 3 hari melaksanakan asuhan keperawatan. Hasil evaluasi tersebut dari diagnosa 1 sampai dengan 3 adalah : Keluarga mengatakan bibir anaknya sudah mulai merah, Pucat sudah tidak ada, Keluarga mengatakan kulit An. F sudah mulai baik, Kulit Klien tidak kering lagi, Keluarga mengatakan anaknya sudah mulai bersemangat, Klien sudah mulai bersemangat.

Depkes (2011), mengatakan oralit diberikan bila anak diare dan sampai diare berhenti. Untuk anak usia kurang dari satu tahun diberikan 50 sampai 100 cc cairan oralit setiap kali buang air besar sedangkan anak lebih dari 1 tahun diberikan 100 sampai 200 cc cairan oralit setiap kali buang air besar. Menurut penulis apa yang ditemukan pada kasus sama dengan apa yang ada diteori. Anak yang diare banyak kehilangan air dan elektrolit. Oralit berguna untuk membantu menggantikan cairan yang keluar bersama BAB yang encer.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada An.F dengan diare di Puskesmas Koto Berapak, mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 03 sampai dengan 05 Juli 2018.

5.1. Kesimpulan

5.1.1 Keluarga pasien sudah mengerti dan memahami tentang konsep penyakit diare

5.1.2 Pengkajian asuhan keperawatan pada An.F dengan Diare di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik. Data yang ditemukan selaras dengan konsep teori.

5.1.3 Pada diagnosa asuhan pada An.F dengan Diare di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018 dapat dirumuskan 3 diagnosa pada tinjauan kasus.

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan output yang berlebihan
2. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan PH darah bersifat asam
3. Kelelahan berhubungan dengan proses penyakit.

- 5.1.4 Pada perencanaan asuhan keperawatan pada An.F dengan Diare di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus.
- 5.1.5 Pada implementasi asuhan keperawatan pada An.F dengan Diare di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018 hampir semua dapat dilakukan, namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak dapat dilakukan oleh perawat tersebut.
- 5.1.6 Evaluasi pada pasien dengan asuhan keperawatan pada An.F dengan Diare di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018, ketiga masalah keperawatan teratasi sebagian

5.2. Saran

Setelah pemakalah membuat kesimpulan tentang asuhan keperawatan pada An.F dengan Diare di Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018, maka penulis menganggap perlu adanya saran untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Adapun saran-saran sebagai berikut:

5.1.1 Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan kesehatan harus melakukan pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang, agar bisa memberikan asuhan keperawatan yang profesional untuk klien, khususnya asuhan keperawatan An.F dengan Diare.

5.1.2 Institusi Puskesmas

Institusi Puskesmas harus menekankan perawat dan petugas kesehatan lainnya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi

membantu pengobatan klien dan memberikan kepuasan klien dalam pelayanan di Puskesmas, terutama pada pelayanan penyakit diare

5.1.3 Penulis

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien, terutama klien An.F dengan Diare. Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerja sama yang baik guna mempercepat kesembuhan klien.

5.1.4 Penulis Selanjutnya

Penulis selanjutnya sebaiknya dapat memberikan pelayanan dan melakukan asuhan keperawatan yang lebih baik lagi, terutama pada klien An.F dengan Diare. Kerja sama yang baik hendaknya tetap dipertahankan dan untuk mengatasi terjadinya komplikasi lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- A.H. Markum, 1991, *Buku Ajar Kesehatan Anak*, jilid I, Penerbit FKUI
- Ngastiyah, 1997, *Perawatan Anak Sakit*, EGC, Jakarta
- Price & Wilson 1995, *Patofisiologi-Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, Buku 1, Ed.4, EGC, Jakarta
- Soetjiningsih 1998, *Tumbuh Kembang Anak*, EGC, Jakarta
- Soeparman & Waspadji, 1990, *Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid I, Ed. Ke-3, BP FKUI, Jakarta.
- Suharyono, 1986, *Diare Akut*, lembaga Penerbit Fakultas Kedokteran UI, Jakarta
- Whaley & Wong, 1995, *Nursing Care of Infants and Children*, fifth edition, Clarinda company, USA.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata Penulis

Nama : DARMAINIS
Umur : 50 tahun
Tempat / Tanggal Lahir : Talaok/ 26 Juli 1968
Agama : Islam
Bangsa : Indonesia
Alamat : Lubuk Pasing Kenagarian Talaok Kecamatan Bayang - Sumatera Barat

Riwayat Pendidikan

1. SDN Talaok : Tamat 1982
2. SMPN 01 Koto Berapak : Tamat 1985
3. SPK Ranah Minang Padang : Tamat 1989
4. Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang Tahun 2017
Sampai Sekarang

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : DARMAINIS
Nim : 1714401109
Pembimbing : YANDRIZAL JAFRI, S.Kp, M. BioMed
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An. F dengan Diare di
Puskesmas Koto Barapak Kabupaten Pesisir Selatan
Tahun 2018

No	Bimbingan ke-	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

