KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ADIK "V" DENGAN *DIARE* DI RUANG St YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

ISABELLA ROSIGNA KOTA

E1614401016

KRISTINA SANGLISE

E1614401019

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AD. "V" DENGAN DIARE DI RUANG PERAWATAN St. YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**"** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Isabella Rosigna Kota

NIM : E1614401016

Nama Mahasiswa : Kristina sanglise

NIM : E1614401019

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Mery sambo, Ns.,M.Kep.)

NIDN : 0930058102

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc)

NIDN : 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul“ASUHAN KEPERAWATAN PADA AD. ”V” D*ENGAN DIARE* DI RUANG PERAWATAN St. YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Selasa / 21 Mei 2019

Pukul : 13.15- 14.00

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc ( )
2. Sr.Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN ( )
3. Mery Sambo ,Ns.,M.Kep. ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Kristina Sanglise
Tempat/Tanggal Lahir	: Makassar,13-09-1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl.Hj.Kalla/Campagayya lll Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Leo sanglise/Martina
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Alm./Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Jl.Hj.Kalla/campagayya lll

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN Bawakaraeng ll	: 2003 - 2010
SMP Kemala Bhayangkari	: 2010 - 2013
SMK Kesehatan Yapika	: 2013 - 2016
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2016 – 2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Isabella Rosigna Kota
Tempat/Tanggal Lahir	: Maros, 29 Mei 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Lamadukelleng No. 8, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Gabriel Kota/Alfrida Meuru
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: TNI AD/Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Kodim koramil poso

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Kartika Wirabuana XIV Yon Zipur 8	: 2003- 2004
SDN 115 Inpres Benteng Gajah	: 2004 - 2008
SD Katolik Wolosoko	: 2008 - 2010
SMPN 14 Tanralili Maros	: 2010 - 2013
SMAN 08 Mandai Maros	: 2013 - 2016
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmah (KTI) dengan judul asuhan keperawatan pada adik ‘’V’’ dengan Diare diruang perawatan ST.Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar.Penulis karya tulis ilmiah di maksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa STIK Stella Maris Makassar program DIII Keperawatan tahun 2016-2019.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ini penulis mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan,pengarahan,bantuan,kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya.Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta telah membimbing, mendidik, dan memberikan pengetahuaan selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc Selaku wakil ketua bidang akademik.
3. Rosdewi.,S.Kep., MSN. Selaku ketua bidang administrasi dan keuangan STIK.
4. Fr. Blasisus perang, CMM.,SS.,Ma.Psy. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Mery salon.,Ns., M. Kes Selaku ketua program studi D.III Keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.

6. Mery Sambo.,S.Kep.,Ns.,M.Kes, Selaku pembimbing dalam penyusun Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ms.,MAN Selaku penguji yang telah memberikan banyak masukan pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Dr. Thomas suharto.,M.Kes Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
9. Teristimewa untuk kedua orangtua dari Isabella Rosigna Kota (Gabriel Kota dan Alfrida Meuru) dan kedua orang tua dari Kristina sanglise (Alm,Leo Sanglise dan Ibu Martina)
10. Buat kepala asrama siti miriam Sr. Margareta poluan dan Sr. Amabilis selaku orang tua diasrama yang sudah memotivasi dan membimbing sampai.
11. Kepada Adik ‘’V’’ dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Buat teman-teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Program DIII keperawatan angkatan 2016-2019,

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan ‘’tidak ada gading yang tak retak’’.untuk ini penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua puhak demi kesempurnaan Karta Tulis Ilmiah ini.

Makassar,22 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PENGESESAHAN

RIWAYAT HIDUP

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI.....iii

BAB I PENDAHULUAN.....1

A. Latar Belakang.....1
B. Tujuan Penulisan.....3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan.....4
E. Sistematika Penulisan.....5

BAB II TINJAUAN TEORITIS.....7

A. Konsep Dasar Medis.....7
   1. Pengertian.....7
   2. AnatomiFisiolosi.....7
   3. Etiologi.....9
   4. Patofisiologi.....10
   5. Manifestasi Klinis.....11
   6. Derajat Dehidrasi.....12
   7. Tes Diagnostik.....13
   8. Penatalaksanaan Medik.....13
   9. Pencegahan Diare.....14
B. Konsep Dasar Keperawatan.....14
   1. Pengkajian 14
   2. Diagnosa keperawatan 20

3. Perencanaan keperawatan.....20
4. Discharge planning 22
C. Patoflowdiagram.....24

BAB III PENGAMATAN KASUS.....27

A. Pengkajian.....28
B. Analisa data.....44
C. Diagnosa keperawatan.....47
D. PerencanaanKeperawatan.....47
E. Pelaksanaan Keperawatan.....48
F. Evaluasi 76

BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....87

A. Pengkajian.....87
B. Diagnosa keperawatan.....88
C. Perencanaan Keperawatan.....89
D. Pelaksanaan Keperawatan.....90
E. Evaluasi 90

BAB V PENUTUP.....91

A. Kesimpulan.....91
B. Saran.....92

DAFTAR PUSTAKA.....94

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit diare atau juga sering disebut gastroenteritis masih merupakan masalah masyarakat imdonesia. Berdasarkan urutan alasan masyarakat berkunjung ke puskesmas atau balai kesehatan hampir selalu termasuk dalam kelompok 3 penyebab utama. Angka kesakitannya adalah 200 – 400 kejadian diare diantara 1000 penduduk setiap tahunnya.

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya di tandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali sehari dan pada neonates lebih dari 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir(Hidayat,2012).

Taosu dan R.Asisah dalam penelitiannya menyatakan salah satu faktor yang memepengaruhi terjadinya penyakit diare antara lain, keadaan sanitasi dasar rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan (sarana air bersih, pemilikan jamban, saluran pembuangan air limbah, dan system pengelolaan sampah) pemanfaatan dan pemeliharaan sarana kesehatan lingkungan yang kurang baik serta perilaku hidup bersih dan sehat dari masyarakat yang juga kurang baik.

Tindakan dalam pencegahan diare antara lain dengan perbaikan keadaan lingkungan, seperti penyediaan sumber air minum yang bersih, penggunaan jamban, pembuangan sampah pada tempatnya, sanitasi perubahan yang menyediakan pembuangan air limbah yang layak.

Perbaikan perilaku ibu terhadap balita seperti pemberian ASI sampai anak berumur 2 tahun, perbaikan cara menyapi, kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah beraktivitas, membuang tinja anak pada tempat yang tepat, memberikan imunisasi. Masyarakat dapat terhindar dari penyakit asalkan pengetahuan tentang kesehatan dapat di tingkatkan, sehingga perilaku dan keadaan lingkungan sosialnya menjadi sehat. Bila di kelompokkan ke dalam kelompok umur maka jumlah kasus yang tertinggi berada pada kelompok umur < 5 tahun sebanyak 93.560 kasus.

Menurut data WHO tahun 2013 hampir satu triliun dan 2,5 miliyar kematian karena diare dalam 2 tahun pertama kehidupan. Diare juga menyebabkan 17% kematian anak balita di dunia. Tercatat 1,8 miliyar orang meninggal setiap tahun karena penyakit diare akut.

Indonesia di perkirakan ditemukan penderita diare sekitar 60 juta kejadian setiap tahunya,sebagaian besar (70-80%) dari penderita ini adalah anak di bawah umur 5 tahun (40 juta kejadian). Kelompok ini setiap tahun ini mengalami lebih dari kejadian diare. Sebagian dari penderita (1- 2 %) akan jatuh dalam dehidrasi dan kalau tidak segera di tolong(50-60) diantaranya dapat meninggal.

Berdasarkan data rikesda tahun 2013 di Sulawesi selatan menunjukkan bahwa kabupaten / kota dengan angka kesakitan diare tertinggi (13.689-28.908) yaitu kabupaten Makassar, gowa, bulukumba, takalar, pangkep, dan luwu utara, sedangkan terendah(2.679-6.398) yaitu kabupaten sinjai, maros, barrung, luwu, tana toraja, dan kota pare pare.

Berdasarkan data MRO Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2016 jumlah penderita diare pada anak usia 1 minggu sampai

usia 14 tahun perempuan berjumlah 154 orang dan laki-laki 192 orang total 349 orang, sedangkan pada tahun 2017 jumlah penderita diare pada anak meningkat perempuan 160 orang dan laki-laki 197 orang total 357. Dan tahun 2018 jumlah penderita diare pada anak semakin meningkat perempuan 163 dan laki-laki 200 menjadi 363 orang. Melihat kejadian diare yang semakin meningkat dan komplikasi yang terjadi akibat diare sangat mengancam kehidupan sehingga penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

   Mengetahui asuhan keperawatan dengan diare akut di ruang perawatan St Yosep III RS Stella Maris Makassar dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan khusus

   Menerapkan asuhan keperawatan kepada pasien anak dengan diare secara komprehensif yang mengcakup:

   a. Melakukan pengkajian,analisa data pada anak dengan diare.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan permasalahan yang terjadi pada anak dengan daire.
   c. Menyusun rencana tindakan pada anak dengan diare. Tindakan keperwatan berdasarkan rencana tindakan keperwatan pada anak dengan diare.
   d. Melakukan evaluasi keperawatan berdasarkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada anak dengan diare
   e. Mendokumentasikan asuhan keperawatan mulai dari pelaksanaan pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan,

pelaksanaan tindakan dan evaluasi keperawatan pada anak dengan diare.

C. Manfaat penulisan

1. Bagi institusi / pendidikan

   Dapat digunakan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa/ I Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Stella Maris Makassar untuk memperoleh ilmu.

2. Bagi Rumah Sakit

   Memberi gambaran bagi tenaga kesehatan tentang asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

3. Bagi Pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan,pengobatan yang efektif dan melakukan perubahan pola hidup sehat,guna mencegah komplikasi atau berulang nya penyakit serta mendapatkan informasi mengenai penyebab gejala dan proses penanganan dan pegobatan pada pasien dengan diere.

4. Bagi mahasiswa

5. Mahasiswa dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diare serta dalam melakukan pendokumentasikan dan peyusunan karya tulis ilmiah .

D. Metode penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam peyusunan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus yaitu:

1. Tinjauan kepustakaan

   Penulis memperoleh informasi-informasi terbaru dari jurnal dan buka untuk melandasi konsep teori,baik teori medis maupun keperawatan pada anak dengan diare

2. Tinjauan kasus

   Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang kompreensif meliputi pengkajian data,analisa nata,penetapan diangnosa,perencanaan,pelaksanaan,dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang di berikan

   Data dapat peroleh melalui beberapa cara yaitu:

   a. Wawancara

      Dengan melakukan Tanya jawab kepada pasien,keluarga,perawat serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien

   b. Observasi

      Dengan melakukan pengamatan langsung pasa pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan

   c. Pemeriksaan fisik

      Dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi,palpasi,perkusi,auskultasi

   d. Dokumentasi

      Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostic rekam medis dan cacatan perkembangan pasien

   e. Data medical record rumah sakit

      Data yang yang dipakai adalah jumlah penderita diare di rumah sakit stella maris Makassar dalam satu tahun trakhir.

E. Sistematika Penulis

   Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari BAB I dengan BAB V dimana BAB I terdiri dari pendahuluan , yang menguraikan tentang latar masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan BAB II Terdiri

dari tinjauan teoritis, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medic yang meliputi pengertian, anatami , fisiologi, etiologi, klasifikasi, patofisilogi, manisfestasi klinik, test diagnostic, penatalaksanaan medic, dan komlikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, analisa data, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatab dan evaluasi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

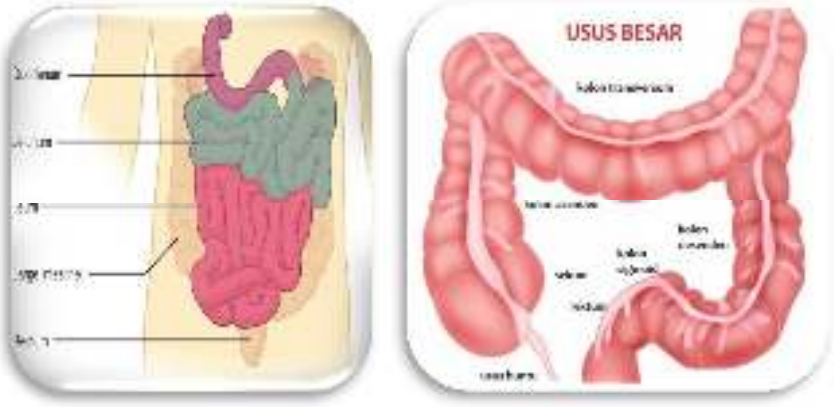
1. Pengertiaan

a. Diare adalah buang air besar lebih dari tiga kali dalam 24 jam dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari satu minggu. (IDAI, 2010).

b. Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali sehari dan pada neonates lebih dari 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir. (Hidayat, 2012)

Dari uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa: Diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih buang air besar dengan bentuk tinja yang encer atau air.

2. Anatomi Fisiologi



Sumber gambar: www.sridianti.com

Sistem pencernaan merupakan sistem memproses mengubah makanan dan menyerap sari makanan yang berupa nutrisi-nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh. Bagian-bagian sistem pencernaan yaitu:

a. Usus halus
    1) Usus halus merupakan organ saluran pencernaan yang terpanjang.
    2) Mempunyai tiga bagian utama: duodenum, jejenum, ileum.
    3) Mempunyai gambaran stuktural pada dindingan yang meningkatkan area permukaan penyerapan.
        (a) Plika sirkulis: lipatan sirkular mukosa
        (b) Vili: tonjolan seperti jari pada mukosa
        (c) Mikrovili: tonjolan kecil sitolapsma pada epitel.
    4) Mempunyai struktur lain:
        (a) Kripta usus: kelenjar sederhana pada cekungan yang memisahkan vili
        (b) Patches peyer: kumpulan jaringan limfe didalam submukosa
        (c) Kalenjar brunner: mensekresi mukus
    5) Mempunyai empat fungsi utama:
        (a) Melengkapi proses pencernaan
        (b) Menyerap molekul makanan melalui dindingnya untuk masuk kedalam sistem sirkulasi, yang kemudian akan mengantarkan mereka kesel tubuh.
        (c) Mensekresikan hormon yang membantu mengatur sekresi empedu, cairan pankreas, dan cairan usus.

b. Usus besar

1) Memanjang dari katup ileosekal (katub antara ileum usus halus dan segmen pertama dari uss besar) hingga anus.
2) Mempunyai 8 segmen:
   (a) Sekum: suatu struktur seperti kantong yang menyusun beberapa sentimeter pertama.
   (b) Kolon asenden: naik pada dinding perut posterior kanan, kemudian berbelok dengan tajam dibawah hati pada fleksura hepatika.
   (c) Kolon transversum: terletak diatara usus halus, terletak horisontal dalam perut dan dibawah hati, lambung serta limpah kemudian berbelok kebawah pada fleksura kolika kiri (juga sebagai fleksura splenika).
   (d) Kolon desenden: dimulai didekat limpa dan memanjang kebawah sisi kiri perut kedalam rongga panggul.
   (e) Kolon signoid: menurun melewati rongga panggul, tempat ia akan mennjadi rektum.
   (f) Rektum: beberapa inci terakhir dari usus besar, berakhir pada anus, yang merupakan lubang eksternal dari usus besar yang memungkinkan pengeluaran produk sisa.
3) Melakukan beberapa fungs, meliputi penyerapan air, mensekresikan mukus, dan mengeluarkan sisa pencernaan.

3. Etiologi

Penyebab diare

Hampir sekitar 70-90% penyebab diare sudah dapat dipastikan.Secara garis besar penyebab diare dikelompokan

menjadi penyebab langsung atau faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempercepat terjadinya diare.Penyebab diare akut dapat dibagi menjadi 2 golongan ,diare sekresi (Secretory Diarrhoea) dan diare osmotif (Osmotif Diarrhoea)

a. Diare Sekresi disebabkan oleh:
    1) Inveksi virus,kuman-kuman patogen atau penyebab lainnya (seperti keadaan gizi/gizi buruk,higiene atau sanita yang buruk,kepadatan penduduk, sosial budaya dan sosial ekonomi)
    2) Hiperperistaltik usus halus yang disebabkan oleh bahan-bahan kimia,makanan,makanan yang pedas atau terlalu asam,gangguan psikis (ketakutan/gugup), gangguan saraf hawa dingin,alergi dan sebagainya.
    3) Defesiensi imun terutama siga (Secretory immunoglobulin A) yang menyebabkan berlipatgandanya bakteri atau flora usus dan jamur (terutama Candida)
b. Diare ismotik disebabkan oleh :
    1) Malapsorbsi makanan
    2) Kekurangan kalori protein (KKP)
    3) Bayi berat badan lahir rendah (BBLR)
    4) Dan bayi baru lahir

4. Patofisiologi

Penyebab diare akut adalah masuknya virus,bakteri,parasit masuk ke dalam tubuh. Beberapa Mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel yang memproduksi Enteroktoksin atau Cytotoksin dimana merusak sel-sel, atau melekat pada dinding usus yang menyebabkan diare.

Mekanisme dasar penyebabnya timbulya diare adalah gangguan Osmotik yaitu makanan yang tidak dapat diserap

akan menyebabkan tekanan Osmotik dalam rongga usus,isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare.

Selain ini menimbulkan gangguan sekresi akibat Toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat sehingga terjadi diare dan gangguan Multilitas usus mengkibatkan hiperperistaltik sehingga makanan tidak sempat Diabsorbsi oleh tubuh. Akibat dari diare akut adalah kehilangan air dan Elektrolit serta gangguan Asam basa yang menyebabkan Dehidrasi,Asidosis Metabolik,dan Hipokalemia.

Gangguan sirkulasi darah dapat berupa Renjatan Hipovolemik atau pra-renjatan sebagai akibat diare dengan atau tanpa disertai,muntah,perfusi jaringan berkurang sehingga Hipoksia dan A sidosis Metabolik bertambah berat.Kesadaran menurun (Soporokomatosa) dan tiba cepat di obati penderita dapat meninggal

Gangguan gizi yang terjadi akubat keluarnya cairan berlebih karena diare dan muntah.Kadang orang tua menghentikan makanan karna takut bertambahnya muntah dan diare. Hipoglikemi akan lebih sering terjadi pada anak yang sebelunya telah menderita malnutrisi atau bayi dengan gagal bertambah berat badan,Sebagai akibat Hipoglikemia dapat terjadi edema otak yang dapat mengakibatkan kejang dan koma.

5. Manifestasi klinik

Secara klinis diare terbagi atas 2 golongan yaitu:

1. Kolerform, dengan diaree didapatkan lendir kental dan kadang-kadang darah.
2. Disentriform, pada diare didapatkan lendir kental dan kadang-kadang darah.

Sedangkan akibat diare dalam jangka panjang:

a. Dehidrasi
b. Asidosis metabolik
c. Gangguan gizi akibat untah dan berak-berak
d. Hipoglikemia
e. Gangguan sirkulasi darah akibat yang banyak keluar sehingga terjadi Syok.

6. Derajat dehidrasi

Tanda dan gejala	Klasifikasi
Terdapat dua atau lebih tanda berikut: • Letargis atau tidak sadar • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembali sangat lambat.	Dehidrasi berat
Terdapat dua atau lebih tanda berikut: • Gelisah/rewel • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembali lambat.	Dehidrasi ringan atau sedang
Tidak cukup tanda untuk dehidrasi ringan atau sedang	Diare tanpa dehidrasi

7. Tes diagnostik
   a. Pemeriksaan darah tepi lengkap
   b. Pemeriksaan Analisis Gas Darah,Elektrolit,Ureum,Kreatin dan berat jenis,Plasma dan Urine.
   c. Pemeriksaan Urine lengkap.
   d. Pemeriksaan Feses lengkap dan biarkan Fesess dari Colok Dubur.
   e. Pemeriksaan biarkan Empedu bila demam tinggi dan dicurigai infeksi Sistemik.
8. Penatalaksaan

   Pada anak-anak penatalaksaan diarea akibat infeksi sbb:

   1. Dehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan.

      Empat hal yang perlu di perhatikan

      a. Jenis cairan

         Pada diare akut yang ringan dapat diberikan oralit.Diberikan cairan Ringer Laktat bila tidak terjadi dapat diberikan cairan nacl isotonik ditambahkan satu ampul Na Bicarbonat 7,5 % 50 m.

      b. yang di berikan sesuai dengan jumlah cairan yang di keluarkan jumlah cairan

      c. jalan masuk atau cara pemberian cairan.

         Rute pemberian cairan pada orang dewasa dapat di oilih oral/IV

      d. Jadwal pemverian cairan.

         Dehidrasi dengan perhitungan kebutuhan cairan berdasarkan metode Daldiyono diberikan pada 2 jam pertama. Selanjutnya kebutuhan cairan rehidrasi diharapkan terpenuhi lengkap pada akhir jam ketiga.

   2. Identifikasi penyebab diare akut karna infeksi.

Secara klinis,tentukan jenis diare Kolerofom atau Disentrifom.Selanjutkan dilakukan pemeriksaan penunjang yang terarah.

3. Terapi Simtomatik
4. Terapi Definitif

   Pemberian edukasi yang jelas sangat penting sebagai langkah pencegahan,Higiene perorangan,sanitasi lingkungan,dan imunisasi melalui vaksinasi sangat berarti,selain terapi Farmakologi. (Pernama Junadi,2000).

9. Pencegahan diare

   Berbagai kuman penyebab diare disebabkan melalui orofekal seperti air, makanan dan tangan yang tercemar. Upaya pemutusan penyebaran kuman penyebab harus difokuskan pada cara penyebaran ini. Berbagai upaya yang terbukti efektif adalah sebagai berikut:

   a. Pemberian ASI ekslusif (ASI saja pada bayi umur 4-6 bulan)
   b. Menghindari penggunaan susu botol.
   c. Memperbaiki cara penyiapan dan penyimpanan makanan pendamping ASI (untuk mengurangi paparan ASI dan perkembangan bakteri).
   d. Penggunaan air bersih untuk minum.
   e. Mencuci tangan baik sesudah buang air besar dan membuang feses bayi sebelum menyiapkan makanan atau saat makan.
   f. Membuang feses (termasuk feses bayi) secara benar.

B . Konsep dasar keperawatan

1. Pengkajian
   a. Konsep tumbuh kembang anak (3-6 tahun)

1) Pada pertumbuhan masa prasekolah pada anak pertumbuhan fisik khsusunya berat badan mengalami kenaikan rata-rata pertahunnya adalah 2 kg. kelihatan kurus tetapi aktifitas motoric. Dimana system tubuh sudah mencapai kematangan seperti berjalan, melompat dan lain-lain. Pada pertumbuhan khususnya ukuran tinggi badan anak akan bertambah rata-rata 6,75-7,5 cm setiap tahunnya

2) Perkembangan motoric, bahasa dan adaptasi social

a) Perkembangan motoric, bahasa dan adaptasi social. Pada perkembangan motoric kasar, diawali dengan kemanpuan untuk berdiri dengan satu kaki selama 1-5 detik melompat dengan satu kaki, berjalan dengan tumik kejar kaki, menjelajah, membuat posisi merangka dan berjalan dengan bantuan.

b) Perkembangan motoric halus, mulai memiliki kemanpuan mengoyangkan jari-jari kaki, mengambar 2 atau 3 bagian, memiliki garis yang lebih panjangdan mengambar orang, melepas obyek degan jari lurus, mampu menjepit benda, melanbaikan tangan, mengunakan tangannya untuk bermain, menanpatkan obyek kedalam wadah, makan sendiri, makan dengan jari, membuat coretan diatas kertas.

c) Pada perkembangan bahas diawali, mampu menyebutkan hingga 4 gambar, menyebutkan satu hingga dua warna, menyebutkan kegunaan benda, menghitung, menartikan dua kata, mengerti empat kata depan, mengerti beberapakata sifat, mengunakan bunyi untuk mengidentifikasi obyek.orang dan aktifitas,menirupkan berbagaibunyik kata,memahami arti larangan,merespon terhadap panggilan,dan orang-orang anggota keluarga dekat.

d) Perkembangan adaptasi social,dapat bermain dengan permainan sederhana,menangis jika dimarai,membuat permainan sederhana dengan gaya tubuh,menunjukkan peningkatan kecemasa terhadap perpisahan,mengenali anggota keluarga

3) Teori perkembangan anak

a) Perkembangan kognitif menurut piagrt ada 4 yaitu:

1. Tahap sensori motor,(umur 0-2 tahun) dengan perkembangan kemampuan sebagai berikut anak mempunyai kemampuan dalam mengasimilasi dan mengakomodasi informasi dengan cara melihat,mendengar,menyentuh,dan aktifitas motorik

2. Tahap properasional umur 2-7 tahun) dengan perkembangan kemampuan sebagai berikut anak belum mampu mengoperasionalisasikan apa yang dipikirkan melalui tindakan dalam pikiran anak,perkembangan anak masa masi bersifat egosentrik,seperti dalam penelitian piaget,anak selalu menunjukan egosentrik seperti anak akan memilih sesuatu atau ukuran yang besar walaupun isi sedikit.

b) Perkembangan psikoseksual anak menurut Freud 5 yaitu:

Tahap oral terjadi pada umur 0-1 tahun dengan perkembangan sebagai berikut kepuasan dan kesengan,kenikmatan dapat melalui dengan cara mengisap,mengigit,mengunyah atau bersuara, ketergantungan sangat tinggi dan selalu minta dilindungi untuk mendapatkan rasa aman.

1. Tahap anak terjadi pada umur 1-3 tahun dengan perkembangan sebagai berikut kepuasan pada fase ini adalah pada pengeluaran tinja,anak akan menunjukan

keakuanya dan sikapnya sangat narsistik yaitu cinta terhadap diri sendiri dan sangat egoistic,mulai mempunyai struktur tubunya.

c) Perkembangan psikososial anak menurut Erikson ada 8 yaitu:

1. Tahap percaya dan tidak percaya umur 0-1 tahun dengan perkembangan sebagai berikut tahap ini sudah terbentuk rasa percaya kepada seseorang baik orang tua maupun atau yang mengasuhnya ataupun juga perawat yang mengasuhnya jika terjadi kesalahan dalam hal ini maka akan timbul rasa tidak percaya pada anak.

2. Tahap kemndirian,rasa malu dan ragu terjadi pada umur 1-3 tahun dengan perkembangan, anak mulai mencoba dalam mandiri seperti dalam morotik dan bahasa, anak sudah mulai latihan jalan sendiri.

d) Perkembangan psikomoral anak menurut Kohlberg terbagi menjadi 6 yaitu;

a. Tahap orientasi hokum kepatuhan pada toingkat pemikiran pera konvensional mempunyai perkembangan, anak pera terhadap peraturan yang berlatar budaya.

b. Tahap orientasi relativitas dan instrumental pada tingkat pemikiran pera konvesional mempunyai perkembangan, segala tindakan yang dilakukan hanya untuk memuaskan individu akan tetapi juga kadang-kadang juga untuk orang lain, kesetian, penghargan, kebijakan diambil untuk diperhitungkan.

c. Tahap orientasi masuk kelompok (hubungan dengan orang lain)pada tingkat pemikiran konvesional mempunyai perkembangan, bertingkah laku yang dapat menyenangkan dan dapat diterima orang lain

d. Tahap orientasi hokum dan ketertipan pada tingkat pemikiran controlversial mempunyai perkembangan, membuat keputusan yang benar berarti mengerjakan tugas, berorientasi pada otoritas yang sudah pasti dan usaha untuk memelihara ketertipan social.

e. Tahap orienrtasi kontrak social tingkat pemikiran post kontrolversial otonom/berperinsi mempunyai perkembangan, mementingkan kegunaanya berprinsi tindakan yang benar adalah tindakan yang dimengerti dari segala hak individu yang umum dan disetujui oleh seluruh masyarakat.

f. Tahap orientasi azaz etika universal pada tingkat pemikiran post kontrolversial otonom/berprinsi mempunyai perkembangan, keputusan yang diambil berdasarkan suasana hati, prinsip dan etika yang dipilih sendiri, berpedoman kepada peraturan-peraturan yang umum dimasyarakat.

b. Penkajian pola kesehatan.

1. Pola persepsi pemeliharaan

   DS: kebiasaan yang suka jajan di luar terutama makanan –makanan kurang sehat dan bermain di lingkungan yang kotor,kebiassan tidak memcuci tangan, sesudah BAB, setelah bermain di luar rumah

   DO: kebersikan di sekitar rumah kurang bersih dan got pembuangan ada di sekitar pekarangan rumah

2. Pola nutrisi metabolic

   DS: mual muntah, penurunan berat badan kebiasaan makan yang kurang baik.

DO: kelemahan, nafsu makan menurun, perasaan mual, muntah, demam, merman mukosa kering, mata cekung, penurunan berat badan

3. Pola eliminasi

   DS: bentuk feses encer dan berbau dan terkadang sulit di control.

   DO: peristaltic meningkat, konsistensi feses encer.

4. Pola aktifitas dan latihan

   DS: Pembahasan aktifitas sehubungan efek proses penyakitnya,kelemahan,keletihan,gelisah,dan rewel.

   DO: pasien tampak lemah,gelisah,rewel,semua di kebutuhan di bantu oleh orang tua

5. Pola tidur dan istrahat

   DS: kelemahan,gelisah saat tidur

   DO: tampaknlemah,gelisah,rewel,semua di bantu aktifitas di bantu oleh orang tua.

6. Pola persefsi kongnitif

   DS:anak mengeluh bila sakit,rewel.

   DO: pasien tampak lemah,pasien tampak rewel

7. Pola persefsi konsep diri

   DS: ansietas,marah,perasaan tidak berdayah

   DO:gelisah,pucat,perhatian berkurang

8. Pola peran dan hubungan sesame

   DS: tidak dapat menyeseaikan diri dengan lingkungan sekitar tidak merasa senang dengan lingkungan yang baru dan pasien lebih dekat dengan ibunya

   SO: menolak,pasien tamoak takut dengan perawat,rewel.

9. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: Orang tua memperlakukan anak nya sesuai dengan jenis kelaminnya misalnya cara berpakaian dan jenis permainan.

10. Pola koping dan teloransi terhadap stress

    DS: respon pasien saat mengalami masalah seperti kecewa pasien marah menangis dan berguling-guling

    DO: pasien menangis saat marah,membalikan badan bila perawat menyentuhnya, pola berkurang.

11. Pola sisten nilai dan kepercayaan

    DS: orang tua mendoakan kesembuhan anak nya.

    DO: tampak ada alat ibadah di dekat pasien.

2. Diagnosa keperawatan
   a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
   b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis
   c. Hipertermi berhubungan dengan proses implamasi usus
   d. Ansietas berhubungan dengan status kesehatan
3. Perencanaan keperawatan.
   a. Kurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan aktif.

      Hasil yang diharapkan:

      - Pasien tidak muntah
      - Mata tidak cekurang
      - Cubitan dinding perut kembali dalam 2 detik

      NIC : manajemen cairan

      Aktivitas keperawatan

      1. Monitor tanda-tanda vital
      2. Monitor intake dan oupot cairan setiap hari
      3. Dorong masukan oral

4. Monitor berat badan
5. Kaloborasi dengan dokter pemberian cairan.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan kurang asupan nutrisi

   Hasil yang diharapkan ;

   - Nafsu makan membaik
   - Pasien tidak muntah lagi
   - Berat badan di pertahankan

   NIC: manajemen nutrisi

   Aktifitas keperawatan

   1. Timbang berat badab setiap hari
   2. Berikan makanan dalam porsi sedikit tapi sering
   3. Indivikasi factor yang mempengaruhi selerah makanan
   4. Yakinkan pasien dan berikan lingkungan nyaman selama pasien makan
   5. Ajarkan kepada keluarga tentang yang bergizi tapi tidak mahal.
   6. Kaloborasi dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan pasien

c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

   Hasil yang diharapkan:

   - Menunjukkan suhu tubuh dalam batas normal.

   NIC: Manajemen demam

   Aktifitas keperawatan

   1. Kaji tingkat hipertermi
   2. Observasi TTV (Suhu,nadi,pernapasan)
   3. Beri kopres air hangat bila timbul demam
   4. Anjurkan pada orang tua untuk mengenakan pakaian yang menyerap keringat
   5. Kaloborasi dalam pemberian obat dan cairan

d. Ansietas berhubungan dengan status kesehatan

Hasil yang diharapkan:

- Kecemasan dapat berkurang

  NIC: penurunan kecemasan

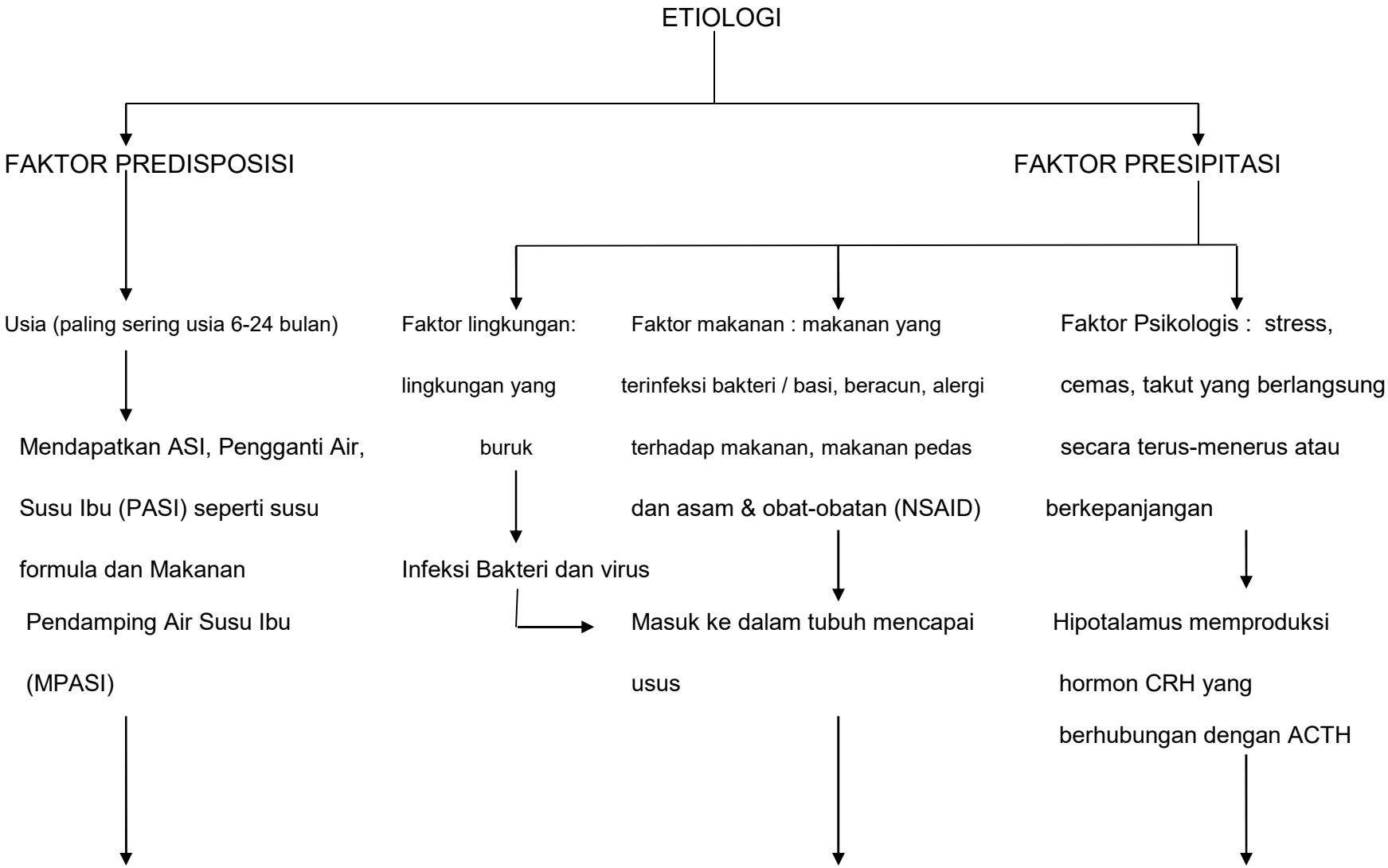
  Aktifitas keperawatan

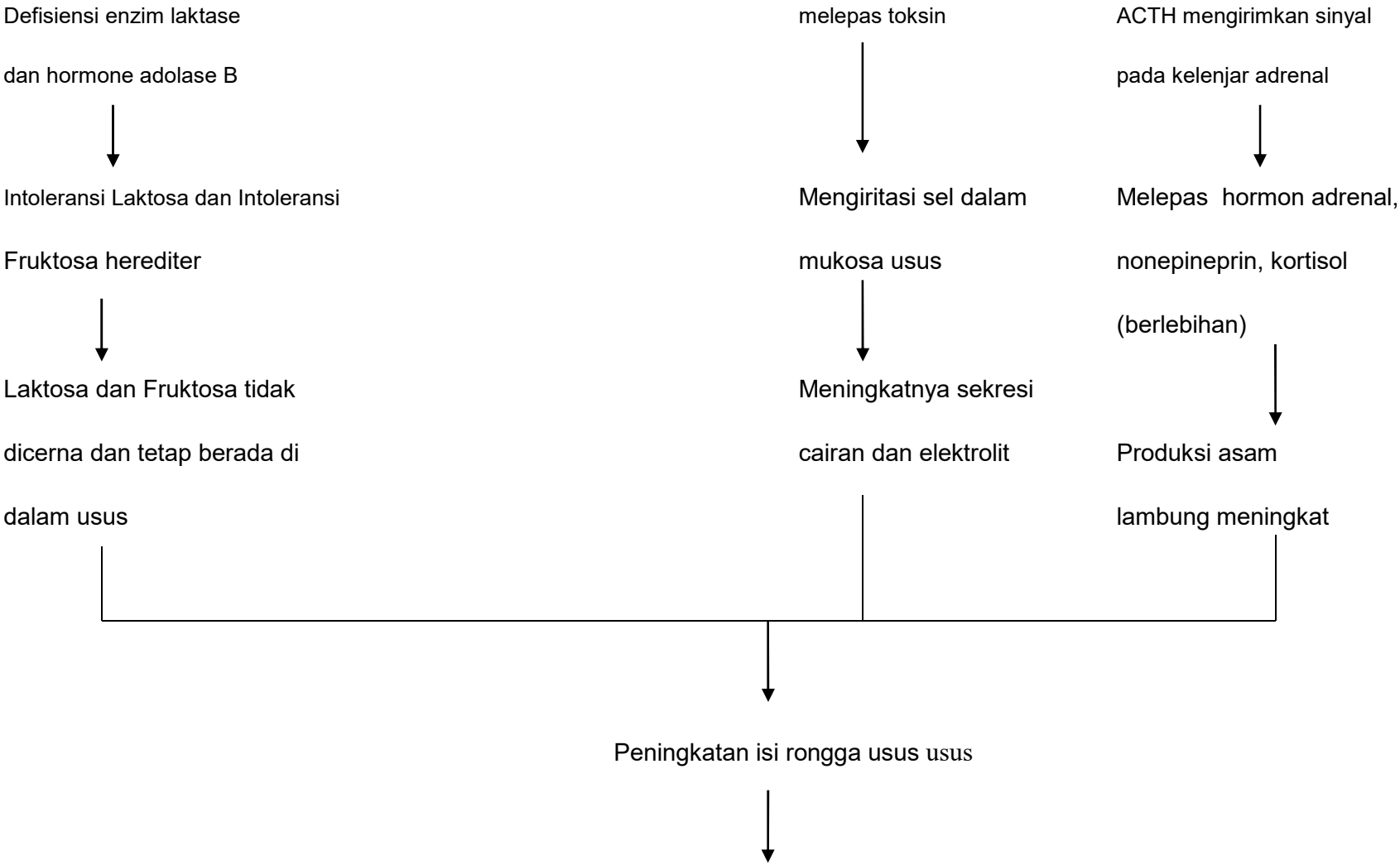
  1. Kaji dan dokumentasikan tingkat kecemasan termasuk reaksi fisik.
  2. Pada saat ansietas berat,di damping,bicara dengan tenang,dan berikan ketenangan serta rasa nyaman.
  3. Sediakan pengalihan melalui televise,radio,permainan,serta terapi okuvasi u ntuk menurunkan asietas dan memperluas focus.
  4. Yakinkan kembali pasien melalui,dan sikap empatisecara verbal dan verbal secara bergantian
  5. Bantu orang tua untuk tidak memperlihatkan kecemasan di hadapan anak
  6. Berikan orang tua informasi penyakit anak dan perubahan perilaku yang di perkirahkan terjadi pada anak mereka(untuk mengurangi kecemasan orang tua).
  7. Dorong kunjungan dan partisifasi keluarga dLm perawatan sebanyak yang mampu dilakukan keluarga

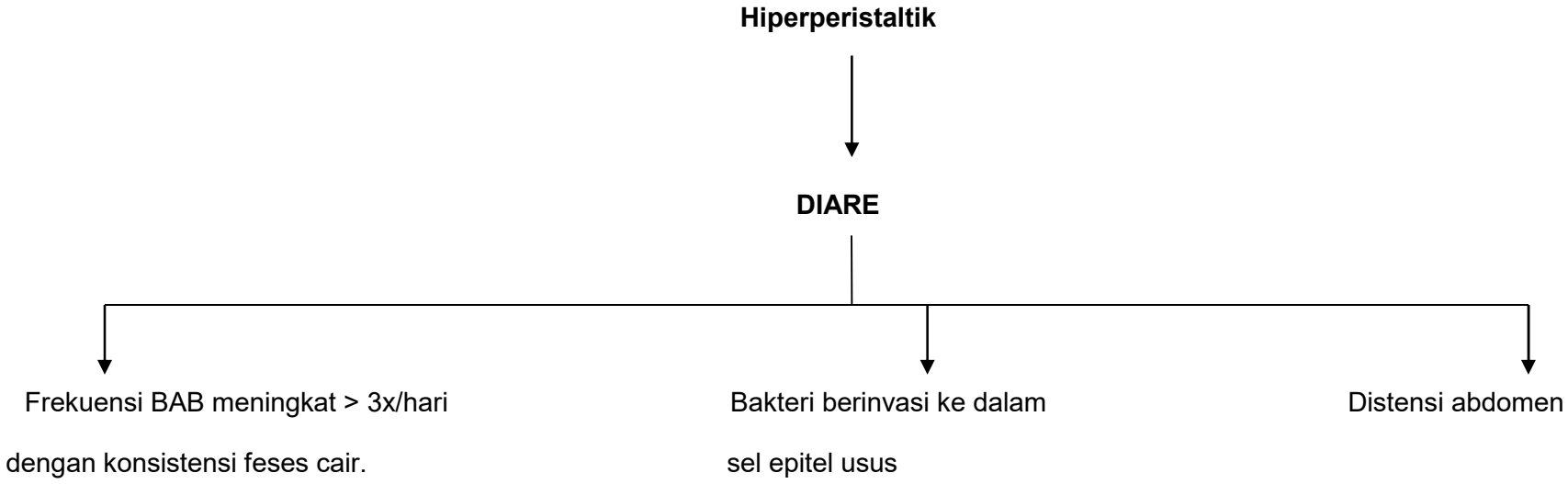
4. Discharge planning
   a. Jelakan kepada keluarga /pasien tentang hal-hal yang dapat menyebabkan diare(peralatan makanan yang kurang bersih makanan basi dan lingkungan kurang bersih.
   b. Ajarkan pada keluarga pasien untuk mencengah penyakit diare dan penularanya.
   c. Beritahu tentang tanda dehidrasi misalnya ubun-ubun dan mata cekung,turgo kulit tidak elastis,membrane,ukosa kering,bibir pecah dan lain-lain.
   d. Beritahu keluarga tentang tanda-tanda komplikasi dan akibat yang akan di timbulkan bila tidak di atasi.

e. Anjurkan orang tua untuk membawa kembali anaknya kepusat pelayanan kesehatan bila di temukan hal sebagai berikut:demam,tinja berdarag,makan atau minuman sedikit,sangat haus,diare makin sering atau belum membaik 3 hari.
f. Ajarkan orang tua untuk menyeibkan oralik secara berat.
g. Langkah promotif/ prefentif:
   - Keberhasilan,cuci tangan sebelum makan
   - Kebersihan lingkungan,buang air besar di jamban.
   - Penyediaan air minum yang bersih.

C. PATOFLODIAGRAM




Defisiensi enzim laktase
dan hormone adolase B
Intoleransi Laktosa dan Intoleransi
Fruktosa herediter
Laktosa dan Fruktosa tidak
dicerna dan tetap berada di
dalam usus
melepas toksin
Mengiritasi sel dalam
mukosa usus
Meningkatnya sekresi
cairan dan elektrolit
ACTH mengirimkan sinyal
pada kelenjar adrenal
Melepas hormon adrenal,
nonepineprin, kortisol
(berlebihan)
Produksi asam
lambung meningkat
Peningkatan isi rongga usus usus


Hiperperistaltik
DIARE
Frekuensi BAB meningkat > 3x/hari dengan konsistensi feses cair.
Bakteri berinvasi ke dalam sel epitel usus
Distensi abdomen

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien adik “V” umur 2 tahun masuk rumah sakit stella maris pada tanggal 04 maret 2019 dengan keluhan BAB encer sebanyak 10x 2 hari. Ibu pasien mengatakan anaknya malas makan.

Pada saat pengkajian penulis mendapatkan pasien dalam keadaan lemah, mukosa bibir kering, mata cekung, cubitan dinding perut kembali lambat, dan terpasang infus RL 500 cc jumlah tetesan 20 tetes x/menit ditangan sebelah kiri hasil observasi pasien adalah nadi:104x/menit, suhu: 36.7ºc, pernapasan:21x/menit dan pemeriksaan diagnostik yang didapatkan pada tanggal 05 maret 2019 yang hasil pemeriksaan laboratorium berubah. Adapun terapi yang diberikan pada pasien tab sing 1 kali 1 oral.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Adik “ yang didapatkan pada pasien saat pengkajian baik melalui wawancara, pengamatan, observasi, maupun pemeriksaan fisik, sehingga penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu, kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktiv, ketidakseimbangan nutrisi kurangdari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa yang mengkaji :	
1) Isabella Rosigna Kota	NIM: E1614401016
2) Kristina Sanglise	NIM: E1614401016

Unit : st. Yosep 3 Autoanamnese :

Kamar : 3004 Alloanamnese : √

Tgl masuk RS : 04 maret 2019

Tgl pengkajian : 04 maret 2019

A. Identifikasi

1. Pasien

Nama initial	: Adik " V"
Umur	: 2 tahun
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Jenis kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: Belum sekolah
Warga negara	: Indonesia
Agama/suku	: Islam
Alamat rumah	: Kota makassar

2. Orang Tua

Nama bapak	: Tn "S"
Umur	: 45 tahun
Alamat	: Kota makassar
Nama ibu	: Ny. "H"
Umur	: 38 tahun
Alamat	: Kota makassar

B. Data Medik

1. Diagnosa medik

   Saat masuk : Diare

   Saat pengkajian : Diare

C. Keadaan umum

1. Keadaan sakit

   Pasien tampak sakit sedang

   Alasan : Pasien tampak berbaring lemah ditempat tidur dengan posisi terlentang, tampak terpasang infus RL 25 tetes/menit ditangan kiri pasien.

2. Tanda – Tanda Vital

   a. Kesadaran secara kuantitatif

      Skala koma glasgow

      1) Respon motorik : 6
      2) Respon bicara : 5
      3) Respon membuka mata : 4

      Jumlah : 15

      Kesadaran secara kualitatif : Compos mentis

      Tekanan darah: mmhg

      MAP: mmhg

      Kesimpulan :

   b. Suhu : 36,7ºC di oral axila rectal

   c. Pernapasan : 21x/menit

      Irama : teratur [√] kusmaul [-] cheynes-stokes [-]

      Jenis : dada [√] perut [-]

   d. Nadi : 104x/menit

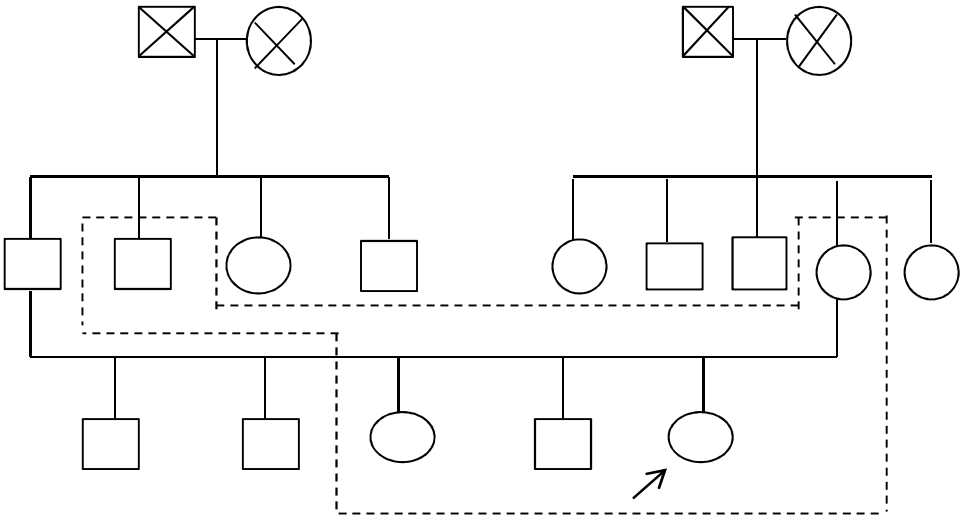
      Irama : teratur [√] tachiradi [-] bradichardi

      Kuat [√] lemah [-]

   e. Hal yang mencolok : pasien diare

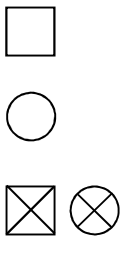
3. Pengukuran
    1) Lingkaran lengan atas : 16 cm
    2) Tinggi badan : 86 cm
    3) Berat badan : 12 kg
    4) IMT (Indeks Massa Tubuh) :

    Kesimpulan : berat badan ideal
4. Genogram



(Gambar 3.1)

Keterangan :



: Pria

: Wanita

: Meninggal

:Tinggal serumah

: Pasien

D. Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharan Kesehataan

   a. Keadaan sebelum sakit :

      Ibu pasien mengatakan anaknya mandi 2x sehari. Alat-alat makan seperti sendok, piring, gelas dan lainnya dicuci dengan baik. Ibu pasien mengatakan pasien tidak terbiasa jajan diluar. Pasien sangat jarang bermain diluar bersama teman-temannya kecuali ditemani dengan ibunya. Ibu pasien mengatakan sejak lahir pasien mendapatkan asi ekslusif sampai umur 6 bulan.

   b. Riwayat penyakit saat ini :

      1) Keluhan utama :

         Ibu pasien mengatakan pasien BAB encer 10x sehari.

      2) Riwayat keluhan utama :

         Ibu pasien mengatakan anaknya sudah BAB encer ±10x dengan konsistensi cair berwarna kuning kehijauan 2 hari sebelum diantar ke rs. Pasien diantar kepuskesmas tetapi tidak ada perubahan. Akhirnya ibu pasien memutuskan untuk mengantar pasien berobat ke RS Stella Maris. Saat pengkajian ibu pasien mengatakan pasien masih BAB encer dengan konsistensi cair dan berwarna kuning kehijauan, keadaan umum pasien lemah, mukosa bibir kering, mata pasien cekung, cubitan dinding perut kembali lebih dari 2 detik, pasien rewel dan gelisah.

   c. Riwayat Kehamilan Ibu/Kelahiran Dan Neonatal :

      Ibu pasien mengatakan saat hamil ibu tidak mengalami gangguan dengan kehamilan dan rutin memeriksa kehamilannya kepuskesmas. Ibu juga dapat

mendapatkan vaksin TT (Tetanus Toksoid). Ibu pasien mengatakan pasien lahir dengan spontan. Pasien tidak mengalami kelainan maupun cacat, saat dilahirkan pasien langsung menangis dan kulitnya berwarna kemerahan. Selama proses pesalinan dibantu oleh bidan. Berat badan lahir 3,5 kg.

d. BUGAR:

Ibu pasien mengatakan saat pasien lahir langsung menangis, gerakan motorik aktiv dan kulitnya berwarna kemerahan.

e. Kelainan bawaan/Trauma kelahiran: tidak ada kelaian bawaan

f. Riwayat Tumbuh Kembang sebelum sakit:

1) Motorik kasar: saat ini pasien sudah bisa melomcat di tempat tidur
2) motorik halus: saat ini pasien sudah menggambar bunga, rumah-rumahan.
3) bahasa dan personal sosial: saat ini pasien sudah dapat berbicara dengan lancar.
4) Bersosialisasi dan kemandirian: saat ini pasien belum mampu untuk mandiri.

   2 tahun : ibu pasien mengatakan ketika anaknya berusia 2 tahun anaknya sudah bisa berjalan sendiri berlari dan meniru kata-kata.
5) Riwayat Alergi: pasien tidak memiliki riwayat alergi

g. Catatan vaksin (jadwal imunisasi)

Jenis vaksin	II	III	IV
BCG	1 minggu		
DPT	2 bulan	3 bulan	4 bulan
Polio	2 bulan	3 bulan	4 bulan
Hepatitis B	2 bulan	3 bulan	4bulan
Campak	-	-	-

h. Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Ibu pasien mengatakan pasien pernah mengalami kejang demam pada umur 1 tahun dan ibu langsung mengantar anakanya kerumah sakit terdekat.

i. Riwayat kesehatan keluarga:

Ibu pasien mengatakan dalam keluarganya ada riwayat pengobatan 6 bulan yang diderita oleh anak ketiganya.

j. Pemeriksaan fisik

1) Kebersihan rambut : tampak kotor
2) Kulit kepala : tampak bersih
3) Kebersihan kulit : tampak kering
4) Kebersihan rongga mulut : tampak kotor
5) Kebersihan genetalia / anus : tampak kemerah-merahan

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pola makan pasien teratur. Pasien makan 3x sehari tetapi dan dapat menghabiskan satu piring nasi dengan porsi sedang yang terdiri dari nasi, sayur, ikan atau daging ayam jika ada. Dan minum air putih 5-6 gelas perhari. Pasien sangat menyukai ikan sambel.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien makan bubur dengan lauk sayur, ikan, tempe dan telur. Pasien makan 3x sehari tetapi tidak mampu untuk menghabiskan satu porsi bubur, pasien hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan. Ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit dari pagi hingga malam pasien dapat menghabiskan 250ml air putih, tapi saat dikaji pasien hanya menghabiskan ¼ gelas air putih dalam sehari. Ibu pasien juga mengatakan sejak sakit selama 2 hari dirumah dan 1 hari di RS pasien malas makan dan berat badan pasien menurun.

c. Observasi :

Tampak pasien tidak dapat menghabiskan satu porsi bubur, pasien hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan dan air putih hanya ¼ (100 cc) gelas air putih.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan rambut : tampak kotor
2) Hidrasi kulit : cubitan kulit perut kembali lebih dari 2 detik
3) Palpebra : tidak ada edema
4) Conjungtiva : tidak anemis tapi tampak cekung
5) Sclera : tidak icterik
6) Hidung : tampak simestris, tidak terdapat polip
7) Rongga mulut : tidak tampak peradangan
8) Gusi : tampak kotor
9) Gigi : tampak belum utuh
10) Kemampuan untuk menguyah keras : pasien mampu menguyah dengan keras
11) Lidah : tampak kotor
12) Pharing : tidak ada peradangan

13) Kelenjar getah bening : tidak teraba besaran

14) Kelenjar parotis : tidak terdapat pembesaran

15) Abdomen

- Inspeksi : Bentuk cembung
  Bayangan vena tidak tampak
- Auskultasi : Peristaltik usus 38x/menit
- Palpasi : Nyeri tidak ada
  Benjolan tidak ada
- Perkusi
  ascites [-] Positif [√] Negatif

16)Kulit :

- Edema : [-] Positif [√] Negatif
- Icterik : [-] Positif [√] Negatif
- Tanda-tanda radang : tidak ada

17)Lesi : tidak ada

3. Pola Eliminasi
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Ibu pasien mengatakan sebelum sakit BAB pasien lancar 1x sehari dengan konsistensi lembek berwarna cokelat. BAK 3-4x sehari berwarna kekuningan dan berbau amoniak.

   b. Keadaan sejak sakit :

      Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien BAB encer 10x dalam sehari dengan konsistensi encer, warna kuning kehijauan, berbau, tidak ada darah dan lendir. BAK 3-4x sehari berwarna kekuningan dan berbau amoniak. Ibu pasien mengatakan sejak pasien BAB encer pasien selalu dipakaikan pempers dan terdapat kemerehan dan lecet pada anus pasien.

   c. Observasi :

Tampak pasien BAB encer, tampak pasien dipakaikan pempers, tampak disekitar anus pasien kemerehanan.

d. Pemeriksaan fisik :

1) Palpasi kandung kemih: [-] Penuh [√] Kosong
2) Mulut uretra : tidak tampak peradangan
3) Anus
   - Peradangan : tidak ada
   - Hemoroid : tidak ada
   - Fistula : tidak ada

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan Sebelum Sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien mandi 2x sehari dan pasien juga sangat aktif dalam kegiatan sehari-hari seperti bermain bersama teman-teman.

b. Keadaan Sejak Sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien selalu rewel dan gelisah saat tidur. Pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur.

c. Observasi:

Aktivitas Harian:

1. Makan : 2
2. Mandi : 2
3. Pakaian : 2
4. Kerapihan : 2
5. Buang air besar : 2
6. Buang air kecil : 2
7. Mobilisasi ditempat tidur : 0
8. Kesimpulan: semua aktivitas dibantu oleh ibu pasien.

0 : mandiri
1: bantuan dengan alat
2: bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang
4: bantuan penuh

1) Anggota gerak yang cacat: tidak ada
2) Fiksasi: tampak pasien menggunakan spalak ditangan bagian kiri pasien.
3) Tracheostomi: tidak ada

d. Pemeriksaan Fisik :

1) Perfusi pembulu perifer kuku : kembali dalam 2 detik
2) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi

  Bentuk thorax: simestris kiri dan kanan

  Sianosis: tidak ada

  Stridor : tidak ada

- Auskultasi

  Suara napas: vesikuler

  Suara ucapan: sama kuat kedua lapang paru

  Suara tambahan: tidak ada

3) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis : tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis: teraba di ICS 5 media clavicularis sinistra

- Auskultasi

  Bunyi jantung II A: Tunggal pada ICS II linea sternalis dekstra.

  Bunyi jantung II P: Tunggal pada ICS II linea sternalis sinistra.

  Bunyi jantung I T: Tunggal pada ICS IV linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung I M: Tunggal ICS V linea sternalis sinistra.

Bunyi jantung II irama gallop : tidak ada

Murmur : tidak ada

HR : 100x/menit

Bruit aorta : tidak ada

A.Renalis : tidak ada

A.Femoralis: tidak ada

4) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : [-] Positif [√] Negatif
- Rentang gerak : tampak bebas

  Kaku sendi : tampak tidak ada

- Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

- Refleks fisiologis : bisep dan trisep positif
- Babinski, kiri : [-] Positif [√] Negatif

  Kanan : [-] Positif [√] Negatif

  Clubing jari-jari : tampak tidak ada

5) Columna vertebralis :

- Inspeksi

  kelainan bentuk : Tidak ada kelainan
- Palpasi

  nyeri tekan : Tidak ada nyeri tekan

  Kaku kuduk : Tidak ada

  Brudzinzki : Tidak ada

  Kernig sign : Tidak ada

5. Pola Tidur dan Istirahat

   a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien tidur malam pkl 21.00-06 pagi dimana pasien tidur malam ± 8-9 jam tetapi pasien biasa terbangun tengan malam untuk minum air kemudian tidur kembali dan tidur siang pkl 15.00-17.00 (tidur siang ±2 jam/perhari) dan pasien juga selalu didampingi ibunya.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pola tidur pasien teratur tetapi pasien sering gelisah saat tidur.

c. Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : Positif √ Negatif -

Banyak menguap : Positif √ Negatif -

Palpebra inferior berwarna gelap: Positif √ Negatif -

6. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan Sebelum Sakit :

perkembangan kognitif anak usia 2 tahun

Ibu pasien mengatakan pasien selalu mengungkapkan perasaanya jika merasa sakit. Ibu pasien mengatakan pasien selalu menangis jika tidak nyaman dengan sesuatu hal.

b. Keadan Sejak Sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak pasien sakit pasien selalu menangis jika pasien melihat perawat dan dokter, pasien hanya mau didekati oleh keluarganya terutama ibunya. Ibu pasien juga mengatakan pasien juga sangat rewel saat masuk di RS.

c. Observasi :

Tampak pasien menangis ketika melihat perawat, Tampak pasien digendong ibunya, Tampak keadaan umum pasien lemah.

d. Pemeriksaan Fisik :

1) Penglihatan :
   - Cornea: jernih
   - Pupil: isokor, mengecil saat diberi rangsangan cahaya
   - Lensa mata : jernih
2) Pendengaran :
   - Pina: tampak simestris kiri dan kanan
   - Kanalis: tampak tidak ada serumen
   - Membran timpani: tampak utuh memantulkan cahaya
   - Test pendengaran: tampak pasien mendengarkan bunyian petikan tangan

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Ibu pasien mengatakan pasien adalah anak perempuan bungsu dari 5 bersaudara. Ibu pasien juga mengatakan pasien terkadang juga suka manja tapi pasien sangat cerdas dan aktiv. Pasien juga sangat suka bergabung dan bermain dengan temannya disekitar rumah.

   b. Keadaan sejak sakit :

      Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien sering rewel dan sangat manja dan tidak dapat bermain bersama teman-temannya karena pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur.

   c. Observasi :
      1) Kontak mata : pasien mampu memperhatikan orang disekitarnya
      2) Rentang perhatian : tidak ada
      3) Suara dan cara bicara : pasien mampu berbicara dengan jelas
   d. Pemeriksaan fisik
      a) Kelainan bawaan yang nyata : tampak tidak ada

b) Abdomen

Bentuk	: cembung
Banyangan vena	: tampak tidak ada
Benjolan massa	: tampak tidak ada

8. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Ibu pasien mengatakan pasien adalah anak perempuan bungsu dari 5 bersaudara dan pasien belum sekolah. Ibu pasien mengatakan pasien sangat aktiv dan suka bermain dengan teman-temannya. Pasien lebih suka dekat dengan ibunya jika sakit pasien selalu mencari ibunya. Selama dirawat dirumah sakit pasien selalu rewel dan ingin cepat pulang.

   b. Keadaan sejak sakit :
   c. Ibu pasien mengatak sejak sakit pasien sering rewel dan ingin cepat pulang kerumah. Saat pengkajian tampak pasien selalu mencari ibunya dan tidak mau berinteraksi dengan teman-temannya disekitarnya.
   d. Observasi :

      Tampak cara bicara pasien normal dan tidak ada kelainan. Tampak pasien dekat dengan keluarganya terutama ibunya.

9. Pola Reproduksi dan Seksualitas
   a. Keadaan sebelum sakit :

      Pasien berjenis kelamin perempuan dan berpakaian seperti anak perempuan pada umumnya dan pasien belum sekolah karna baru berumur 2 tahun.

   b. Keadaan sejak sakit :

      Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien tidak mengalami gangguan dengan alat reproduksinya.

c. Observasi

Tampak perilaku pasien normal seperti anak perempuan pada umumnya.

10. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress

A. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit, jika pasien marah dia hanya menangis dan berteriak. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak biasa melempar atau merusak apapun yang ada didekatnya.

B. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan semenjak sakit pasien lebih banyak terdiam dan terkadang rewel. Ibu pasien juga mengatakan jika pasien rewel ataupun menangis ibu pasien berusaha menenangkan pasien dengan cara menggendong. Ibu pasien mengatakan ia merasa khawatir dan cemas dengan keadaan anaknya saat ini dan selalu menemani pasien.

C. Observasi

Tampak pasien menangis saat perawat mendekat dan mengajaknya bercerita.

11. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering diajak oleh keluarganya kemesjid oleh orang tuanya. Meeka menganut agama islam.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan tidak ada tindakan keperawatan yang bertentangan dengan nilai keagamaan pasien.

c. Observasi :

tampak ada alquran ditempat tidur pasien.

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Gambar tabel 3.1

Pemeriksaan Darah Lengkap: 04-04-2019

Parameter	Hasil	Saturn	Nilai Normal
WBC	9.80	10^3/uL	5.0 - 13.0
RBC	4.24	10^3/uL	3.8 – 5.4
HGB	10.9	g/dl	12.0 -15.0
HCT	31.0	%	34.0 – 49.0
MCV	73.1	fL	76.0 – 89.0
MCH	25.7	pg	23.0 – 29.0
MCHC	35.2	g/dl	31.0 – 35.0
PLT	385	10^3/uL	200.0 – 450.0
RDW	14.2	fL	11.5 – 15.5
PDW	9.2	fL	9.0 – 13.0
MPV	8.0	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	11.2	%	15.0 – 25.0
DIFH			20.0 – 50.0
LYMPH	29.2	**%**	20.0 – 50.0
MXD	18.4	**%**	1.0 – 20.0.
NEUT	52.3	**%**	30.0 – 55
LYMPH#	2.90	10^3/uL	1 – 3.7
MXD#	1.8	10^9/uL	0 – 1.2
NEUT#	5.10	10^3/uL	1.5 - 7

B. Analisa Data

Nama / Umur : Adik “V” / 2 tahun

Ruang / Kamar : St. Yosep 3 / 3004

Gambar tabel 3.2

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: a) Ibu pasien mengatakan pasien BAB encer 10x sehari b) Ibu pasien mengatakan saat pasien makan ataupun minum biasanya pasien langsung BAB. DO: a) Tampak keadaan umum pasien lemah b) Tampak mukosa bibir kering c) Tampak mata pasien cekung d) Tampak cubitan dinding perut kembali lebih dari 2 detik e) Tampak pasien rewel dan gelisah f) Pemeriksaan penunjang - HGB = 10.9 g/dl - HCT = 31.0% - MCV = 73.1 fL - MCHC = 35.2 g/dl - P-LCR = 11.2 % - MXD# = 1.8 10^9/uL	Kehilangan cairan aktif	Kekurangan volume

2	DS: a) Ibu pasien mengatakan pasien malas makan b) Ibu pasien mengatakan pasien malas minum air putih c) Ibu pasien mengatakan berat badan pasien turun selama sakit awalnya 11,7 kg menjadi 10,5 kg DO : a) Tampak berat badan b) Tampak pasien hanya bisa menghabiskan 2-3 sendok dari satu porsi satu sendok bubur yang disediakan c) Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ gelas air putih (50 cc)	Kurang asupan makanan	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan

3	DS: a) Ibu pasien mengatakan anaknya sering rewel terutama pada saat BAB b) Ibu pasien mengatakan anaknya gelisah pada saat BAB c) Ibu pasien mengatakan anus anaknya sudah mulai kemerahan d) ibu pasien mengatakan anaknya BAB encer kurang lebih 10x sehari DO: a) Tampak anus pasien berwarna kemerah-merahan b) Tampak pasien BAB encer c) Tampak pasien rewel dan gelisah d) Tampak pasien memakai pempers e) Tampak keadaan umum pasien lemah	Faktor mekanik	Kerusakan integritas kulit

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/ Umur : Adik “V”/ 2 tahun

Bagian/ Kamar : St. Yosep III/ 2004

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.
3.	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik

(Tabel 3.4)

D. Intervensi Keperawatan (Tabel 3.5)

Nama / Umur : Adik “V” / 2 tahun

Bagian / Kamar : St. Yosep 3 / 3004

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan
			Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter
03-03-2019	1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktiv DS: - Ibu pasien mengatakan pasien BAB encer 10 - Ibu pasien mengatakan saat pasien makan ataupun minum biasanya pasien langsung BAB. DO: - Tampak keadaan umum pasien lemah Tampak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapkan masalah kekurangan volume cairan pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : a) Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam b) Turgor kulit kembali dalam 2 detik c) membrane mukosa lembab d) pasien tidak rewel dan gelisah e) mata tidak cekung	manajemen cairan aktivitas keperawatan : 1. monitor intake cairan yang akurat dan catat output (pasien) 2. Monitor tanda-tanda vital. 3. Berikan terapi IV, seperti yang di tentukan 4. Distribusikan asupan cairan selama 24 jam 5. Kolaborasi pemberian obat

	mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung - Tampak cubitan dinding perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak pasien rewel dan gelisah. - Pemeriksaan penunjang - HGB = 10.9 g/dl - HCT = 31.0% - MCV = 73.1 fL - MCHC = 35.2 g/dl - P-LCR = 11.2 % - MXD# = 1.8 10^9/uL		

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana keperawatan
			Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter
03-03-2019	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan DS: - Ibu pasien mengatakan pasien malas makan - Ibu pasien mengatakan pasien malas minum air putih - Ibu pasien mengatakan berat badan pasien turun selama sakit DO : - Tampak berat badan - Tampak pasien hanya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapkan masalah nutrisi pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : a) Asupan makanan 1 porsi setiap kali makan b) Tidak terjadi penurunan berat badan.	1. Berikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap 2. Timbang pasien secara berkala. 3. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara (pasien) berada dirumah sakit. 4. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengonsumsi makanan. 5. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan nutrisi pasien.

	bisa menghabiskan 2-3 sendok dari satu porsi satu sendok bubur yang disediakan - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ gelas air putih		

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana keperawatan
			Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter
03-03-2019	3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan stimuli lingkungan yang mengganggu DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya sering rewel terutama pada saat BAB - Ibu pasien mengatakan anaknya gelisah pada saat BAB - Ibu pasien mengatakan anus anaknya sudah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapkan masalah kerusakan integritas kulit pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : a) Anus pasien tidak kemerahan	Perlindungan infeksi Aktivitas keperawatan: 1. Monitor kerentanan terhadap infeksi 2. Berikan perawatan kulit yang tepat untuk area kemerahan 3. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi 4. Intruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan jaga pengunaan antibiotik dengan bijaksana 5. Ajarkan pasien tentang tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan pada orangtua pasien untuk mengganti pampers pasien setiap kali BAB.

	mulai kemerahan - Ibu pasien mengatakan anaknya BAB encer kurang lebih 10x DO: - Tampak anus pasien berwarna kemerah-merahan - Tampak pasien BAB encer - Tampak pasien rewel dan gelisah - Tampak pasien memakai pempers - Tampak keadaan umum pasien lemah		

E. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama /Umur : Adik'V'

Ruangan/Kamar: St.Yosep 3 /3012

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Perawat
Senin 05 Maret 2019	I ,II	08:00	Memantau cairan H/ : Terpasang RL 500 cc, 20 tetes/menit	Donata
	I	08:05	Melakukan pemberian obat H/: - L – eio / 1 shacet - Deirya zinc / 1 cth - Sanforo syrup / 1 cth CM: 90 cc	Perawat Dista
	I	08:05	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : Tampak pasien minum air putih 100cc	Donata
	III	08:10	Mengajarkan pada orangtua pasien untuk mengganti pampers pasien setiap kali BAB. H/: Tampak ibu pasien memahami penjelasan perawat	
	III	08.15	Memonitor dan mengajarkan keluarga pasien tentang tanda dan gejala infeksi H/: - Tampak dibagian anus pasien kemerahan - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak ibu pasien memahami penjelasan perawatan	
	III	09:00	Memberikan perawatan kulit yang tepat untuk area kemerahan H/ : Tampak ibu pasien memberikan	

			salep pada sekitar anus pasien	
	I	09:05	Memantau tanda-tanda vital. H/: N : 121x/meit S: 36,3 ºc P: 20x/meit	Donata dan jene
	I	09:30	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab encer 3 kali ±100 berwarna kuning kehijauan - Urine 450 cc berwarna cokelat	
	II	09:35	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara (pasien) berada dirumah sakit. (tidak menyebabkan diare) H/: - Tampak pasien mengonsumsi bubur ayam yang dibawa oleh ayahnya - Tampak pasien tidak menghabiskan buburnya	
	I	10:00	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	Donata
	I	12.15	Monitor cairan masuk pasien H/: - Infus : sisa cairan 330 cc - Ap + obat: 140 cc	Lily

			- Jumlah 310 cc	
	I	13:00	Melakukan pemberian obat H/: - Deirya zinc / 1 cth - Sanforo syrup / 1 cth - Puyer new diatabs / 1 bungkus CM: 90 cc	Lily
	I	13:03	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	
	I	13.05	Menganjurkan pasien untuk banyak minum H/: Tampak pasien menghabiskan ¼ gelas air putih (50 cc)	
	II	13:06	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab encer 2 kali ±100 berwarna kuning kehijauan - Urine 200 cc berwarna cokelat	
	I	13:07	Memberikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap H/: tampak pasien memakan roti	
	I	13:08	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik	

			- Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	
	I	13.10	Menganjurkan pemberian air minum H/: keluarga mengikuti anjuran	
	I	14:00	Mengganti cairan H/: Terpasang RL 500	Kristina
	I	14:01	Memonitor intake dan output pasien H/: cairan masuk - Infus 500 cc - AP 100 cc - Obat 160 cc - Jumlah 750 Cairan keluar - Bab : 200 cc - Bak : 650 cc - Jumlah 830 cc	
	I	15:00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/: - N: 120x/menit - S: 36ºc - P: 20x/menit	Kristina
	I	15:03	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab encer 1 kali ±50 berwarna kuning kehijauan - Urine 100 cc	
	I	15:03	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak finger print lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	

	I	15:04	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : Tampak pasien minum air putih 50cc	
	II	16:00	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	Kristina
	III	16:02	Memonitor kerentanan terhadap infeksi H/: - Tampak anus pasien kemerahan - Tampak dioleskan salep pada sekitar anus pasien	
	II	17:00	Memberikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap H/: - Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi bubur yang telah disediakan (50 cc) - Tampak pasien menghabiskan ½ gelas air putih (50 cc)	Kristina
	I	19:00	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab encer 2 kali	Kristina

			±100 berwarna kuning kehijauan - Urine 200 cc	
	I	19:01	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	
	I	19:02	Mengganti cairan H/: Terpasang RL 500	
	I	20:00	Melakukan pemberian obat H/: - L – eio / 1 shacet - Deirya zinc / 1 cth - Puyer new diatabs / 1 bungkus CM: 90 cc	
	I	20:01	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	
	I	21:00	Monitor intake dan output H/: Cairan masuk - Infus 550 - Ap + susu 200 cc - Obat 90 - Jumlah 840 cc Cairan keluar - Bab 150 cc - Bak 750 cc - Jumlah 450 cc	

	I	22.00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/: - N: 120x/menit - S: 36,4ºc - P: 20x/menit	

Hari/Tanggal	Do	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Perawat
Selasa 06 Maret 2019	I	02.00	Mengganti cairan H/: Terpasang RL 500	Bella
	I	06:00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/: - N: 120x/menit - S: 36,2ºc - P: 20x/meniT	Bella
	I	06:01	Monitor cairan H/: - Terpasang RL 100,20 tetes/menit - Masuk 400 cc	Bella
	I	06:02	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - Urine 500 cc	Bella
	I	06:02	Monitor input dan output dalam 24 jam H/: - CM Infus : 1.450 cc Ap + obat : 550 cc - CK Urine : 1.100 cc Bab : 350 cc - IWL : Balance= 2.000 – (1.900 + 399) =2.000 – 2.299 = -233	
	I	08:00	Melakukan pemberian obat H/: - L – eio / 1 shacet - Deirya zinc / 1 cth - Sanforo syrup / 1 cth CM: 90 cc	Perawat lista
	I	08:05	Mengganti cairan	Legia

			H/: Terpasang RL 500	
	I	08:06	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : Tampak pasien minum air putih 100cc	
	III	08:07	Mengajarkan pada orangtua pasien untuk mengganti pampers pasien setiap kali BAB. H/: Tampak ibu pasien memahami penjelasan perawat	
	III	08:08	Memonitor dan mengajarkan keluarga pasien tentang tanda dan gejala infeksi H/: - Tampak dibagian anus pasien kemerahan - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak ibu pasien memahami penjelasan perawatan	
	II	08:09	Memberikan perawatan kulit yang tepat untuk area kemerahan H/ : Tampak ibu pasien memberikan salep pada sekitar anus pasien	
	I	08:10	Memantau tanda-tanda vital. H/: N : 120x/meit S: 36 ºc P: 20x/meit	
	I	08.10	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab encer 1 kali ±50 berwarna kuning kehijauan - Urine 400 cc	

	I	09:00	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	Legia dan lili
	II	09:01	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara (pasien) berada dirumah sakit. (tidak menyebabkan diare) H/: - Tampak pasien mengonsumsi bubur ayam yang dibawa oleh ayahnya - Tampak pasien tidak menghabiskan buburnya	
	I	10:00	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	Legia dan lili
	I	11.00	Menganjurkan pasien untuk banyak minum H/: Tampak pasien menghabiskan ¼ gelas air putih (50 cc)	Legia
	I	13:00	Melakukan pemberian obat H/: - Deirya zinc / 1 cth - Sanfuro syrup / 1 cth - Puyer new diatabs / 1 bungkus CM: 90 cc	Perawat lista

	I	13:01	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab encer 2 kali ±100 berwarna kuning kehijauan - Urine 300 cc	
	II	13:02	Memberikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap H/: tampak pasien memakan roti	
	I	13:00	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	
	I	14:00	Mengganti cairan H/: Terpasang RL 500	Donata
	I	14:01	Menganjurkan pemberian air minum H/: keluarga mengikuti anjuran	
	I	14:02	Memonitor intake dan output pasien H/: cairan masuk - Infus 600 cc - AP 150 cc - Obat 180 cc - Jumlah 930 cc Cairan keluar - Bab : 150 cc - Bak : 700 cc	
	I	15:00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/: - N: 120x/menit - S: 36ºc	Donata, jene

			- P: 20x/menit	
	I	15:01	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab encer 1 kali ±50 berwarna kuning kehijauan - Urine 100 cc	Donata
	I	15:02	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak finger print kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	
	I	15:03	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : Tampak pasien minum air putih 100cc	
	II	15:04	Memberikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap H/: - Tampak pasien mengonsumsi roti dan menghabiskan 50 cc gelas susu	
	I	16:00	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	Bella

	III	16:01	Memonitor kerentanan terhadap infeksi H/: - Tampak anus pasien kemerahan - Tampak dioleskan salep pada sekitar anus pasien	
	II	16:02	Memberikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap H/: - Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi (30 cc) bubur yang telah disediakan - Tampak pasien menghabiskan ½ gelas air putih (100 cc)	
	I	16:03	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab encer 2 kali ±100 berwarna kuning kehijauan - Urine 200 cc	
	I	18:30	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung	Bella san donata
	I	20:00	Melakukan pemberian obat H/: - L – eio / 1 shacet	Perawat junita

			- Deirya zinc / 1 cth - Puyer new diatabs / 1 bungkus CM: 90 cc	
	I	20:01	Mengganti cairan H/: Terpasang RL 500	Bella
	I	21:00	Monitor intake dan output H/: Cairan masuk - Infus 500 - Ap + susu 350 cc - Jumlah 850 cc Cairan keluar - Bab 150 cc - Urine 250 cc	Kristina
	I	22:00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/: - N: 120x/menit - S: 36ºc - P: 20x/meniT	Kristina

Hari/Tanggal	Do	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Perawat
Rabu 06 Maret 2019	I	02.00	Mengganti cairan H/: Terpasang RL 500	Kristina
	I	06:00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/: - N: 118x/menit - S: 36,8ºc - P: 21x/menit	Kristina
	I	06:01	Monitor cairan H/: - Terpasang RL 100,20 tetes/menit - Masuk 400 cc	Kristina
	I	06:02	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - Urine 350 cc	Kristina
	I	06:03	Monitor input dan output dalam 24 jam H/: - CM Infus : 1100 cc Ap : 730 cc - CK Urine : 1.300 cc Bab : 350 cc - IWL : 336 Balance= 1.830 – (1.650 + 399) =1.830 – 2.049 = -213	
	I	08:00	Melakukan pemberian obat H/: - L – eio / 1 shacet - Deirya zinc / 1 cth - Sanforo syrup / 1 cth CM: 90 cc	Perawat wardah
	I	08:05	Mengganti cairan	Bella

			H/: Terpasang RL 500	
	I	08:06	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : Tampak pasien minum air putih 100cc	
	III	08:07	Mengajarkan pada orangtua pasien untuk mengganti pampers pasien setiap kali BAB. H/: Tampak ibu pasien memahami penjelasan perawat	
	III	08:08	Memonitor dan mengajarkan keluarga pasien tentang tanda dan gejala infeksi H/: - Tampak dibagian anus pasien kemerahan - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak ibu pasien memahami penjelasan perawatan	
	II	08:09	Memberikan perawatan kulit yang tepat untuk area kemerahan H/ : Tampak ibu pasien memberikan salep pada sekitar anus pasien	
	I	08:10	Memantau tanda-tanda vital. H/: N : 120x/meit S: 36,1 ºc P: 21x/meit	
	I	08.10	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan bab pasien sudah mulai berampas, pasien bab 1 kali ±50 berwarna kuning	

			kecokelatan. - Urine 300 cc	
	I	09:00	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali dalam 2 detik - Tampak mukosa bibir lembab - Tampak mata cekung pasien berkurang	Legia dan lili
	II	09:01	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara (pasien) berada dirumah sakit. (tidak menyebabkan diare) H/: - Tampak pasien mengonsumsi bubur ayam yang dibawa oleh ayahnya - Tampak pasien tidak menghabiskan buburnya	
	I	10:00	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali dalam 2 detik - Tampak mukosa bibir lembab - Tampak mata cekung pasien berkurang	Legia dan lili
	I	11.00	Menganjurkan pasien untuk banyak minum H/: Tampak pasien menghabiskan 1 gelas air putih (200 cc)	Legia
	I	13:00	Melakukan pemberian obat H/: - Deirya zinc / 1 cth - Sanfuro syrup / 1 cth - Puyer new diatabs / 1	Perawat lista

			bungkus CM: 90 cc	
	I	13:01	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab 1 kali ±50 dengan ampas berwarna kuning kecokelatan - Urine 100 cc	
	II	13:02	Memberikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap H/: tampak pasien memakan roti	
	I	13:03	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali dalam 2 detik - Tampak mukosa bibir lembab - Tampak mata cekung pasien berkurang	
	I	14:00	Mengganti cairan H/: Terpasang RL 500	Donata
	I	14:01	Menganjurkan pemberian air minum H/: keluarga mengikuti anjuran	
	I	14:02	Memonitor intake dan output pasien H/: cairan masuk - Infus 600 cc - AP 300 cc - Obat 180 cc - Jumlah 1080 cc Cairan keluar - Bab : 100 cc - Bak : 400 cc	
	I	15:00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/:	Donata, jene

			- N: 120x/menit - S: 36ºc - P: 20x/menit	
	I	15:01	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien bab ampas 1 kali ±50 berwarna kuning kecokelatan - Urine 350 cc	Donata
	I	15:02	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak finger print kembali 2 detik - Tampak mukosa bibir lembab - Tampak mata cekung pasien berkurang	
	I	15:03	Menganjurkan pasien minum air putih Hasil : Tampak pasien minum air putih 100cc	
	II	15:04	Memberikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap H/: - Tampak pasien mengonsumsi roti dan menghabiskan 100 cc gelas susu	
	I	16:00	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali dalam 2 detik - Tampak mukosa bibir	Bella

			lembab - Tampak mata cekung pasien berkurang	
	III	16:01	Memonitor kerentanan terhadap infeksi H/: - Tampak anus pasien kemerahan - Tampak dioleskan salep pada sekitar anus pasien	
	II	16:02	Memberikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap H/: - Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi bubur yang telah disediakan - Tampak pasien menghabiskan 1 gelas air putih (200 cc)	
	I	16:03	Memantau warna dan jumlah kehilangan cairan H/: - ibu pasien mengatakan pasien belum bab sore ini - Urine 200 cc	
	I	18:30	Memantau status dehidrasi H/: - Tampak cubitan perut kembali dalam 2 detik - Tampak mukosa bibir lembab - Tampak mata cekung pasien berkurang	Bella san donata
	I	20:00	Melakukan pemberian obat H/: - L – eio / 1 shacet	Perawat junita

			- Deirya zinc / 1 cth - Puyer new diatabs / 1 bungkus CM: 90 cc	
	I	20:01	Mengganti cairan H/: Terpasang RL 500	Bella
	I	21:00	Monitor intake dan output H/: Cairan masuk - Infus 500 - Ap + susu 400 cc - Jumlah 900 cc Cairan keluar - Bab 50 - Urine 600 cc	Kristina
Kamis 07 maret 2019	I	22:00	Mengobservasi tanda-tanda vital H/: - N: 120x/menit - S: 36ºc - P: 20x/menit	Kristina
	I	06:00	Mengganti cairan H/: Terpasang RL 500	Kristina
	I	06:01	Mengobservasi tanda-tanda vital H/: - N: 118x/menit - S: 36,8ºc - P: 21x/meniT	
	I	06:02	Monitor cairan H/: - Terpasang RL 100,20 tetes/menit - Masuk 400 cc	
	I	06:03	Memantau warna dan jumlah kehilanga jumlah cairan H/: - Urine 500	
	I	06:04	Monitor input dan output dalam 24 jam	

			H/: - CM Infus : 1100 cc Ap : 700 cc - CK Urine : 1.200 cc Bab : 100 cc - IWL : 336 Balance= 1.800 – (1.300+ 399) =1.800 – 1.899 = -99	

F. Evaluasi Keperawatan I

Nama / Umur : Adik " V" / 2 tahun

Bagian / Kamar : St. Yosep 3 / 3004

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan Perawat	Perawat
05 Maret 2019	I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktiv S: - Ibu pasien mengatakan pasien masih BAB encer - Ibu pasien mengatakan BAB pasien masih berwarna hijau kecokelatan O: - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak mukosa bibir kering - Tampak mata pasien cekung - Tampak cubitan dinding perut kembali lebih dari 2 detik - Tampak pasien rewel dan gelisah A: Kekurangan volume cairan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. monitor intake cairan yang akurat dan catat output (pasien) 2. Monitor tanda-tanda vital. 3. Berikan terapi IV, seperti yang di tentukan 4. Distribusikan asupan cairan selama 24 jam 5. Kolaborasi pemberian obat	Bella

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
05 Maret 2019	II	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S: - Ibu pasien mengatakan pola makan pasien belum membaik - Ibu pasien mengatakan pasien masih malas makan O: - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi bubur yang disediakan - Tampak pasien menghabiskan ½ (100 cc) gelas air putih yang diberikan - Tampak berat badan pasien dibawah batas normal A: kekurangan nutrisi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Berikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap 2. Timbang pasien secara berkala. 3. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara (pasien) berada dirumah sakit. 4. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengonsumsi makanan. 5. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan nutrisi pasien.	Bella

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
05 Maret 2019	III	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik S: - Ibu pasien mengatakan anus anaknya masih kemerahan - Ibu pasien mengatakan anaknya sering rewel terutama pada saat BAB - Ibu pasien mengatakan langsung mengganti pampers anaknya ketika BAB O: - Tampak anus pasien berwarna kemerah-merahan - Tampak pasien rewel dan gelisah - Tampak pasien memakai pempers - Tampak keadaan umum pasien lemah A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor kerentanan terhadap infeksi 2. Berikan perawatan kulit yang tepat untuk area kemerahan 3. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi 4. Intruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan jaga pengunaan antibiotik dengan bijaksana 5. Ajarkan pasien tentang tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan pada orangtua	Bella

Evaluasi Keperawatan II

Nama / Umur : ADIK “ V” / 2 tahun

Bagian / Kamar : St. Yosep 3 / 3004

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
06 Maret 2019	I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktiv S: - Ibu pasien mengatakan pasien sudah mulai BAB encer - Ibu pasien mengatakan BAB pasien sudah berwarna kecokelatan O: - Keadaan umum mulai membaik - Mukosa bibir lembab - Mata cekung berkurang - Tampak cubitan dinding perut kembali lebih dalam 2 detik A: Kekurangan volume cairan mulai teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Kolaborasi pemberian obat 2. Distribusikan asupan cairan selama 24 jam.	kristina

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
06 Maret 2019	II	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S: - Ibu pasien mengatakan pola makan pasien mulai membaik - Ibu pasien mengatakan pasien sudah mulai mengonsumsi buah-buahan O: - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi bubur yang disediakan - Tampak pasien menghabiskan 1 gelas air putih yang diberikan (200 cc) - Tampak berat badan pasien masih dibawah batas normal A: kekurangan nutrisi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Berikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap 2. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara (pasien) berada dirumah sakit. 3. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengonsumsi makanan.	Kristina

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
06 Maret 2019	III	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik S: - Ibu pasien mengatakan anus anaknya masih kemerahan - Ibu pasien mengatakan anaknya sering rewel terutama pada saat BAB - Ibu pasien mengatakan langsung mengganti pampers anaknya ketika BAB O: - Anus masih pasien berwarna kemerah-merahan - Tampak pasien tenang - Pasien memakai pempers - Keadaan umum mulai membaik A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor kerentanan terhadap infeksi 2. Berikan perawatan kulit yang tepat untuk area kemerahan 3. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi 4. Ajarkan pasien tentang tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan pada orangtua pasien untuk mengganti pampers pasien setiap kali BAB.	kristina

Evaluasi Keperawatan III

Nama / Umur : ADIK " V" / 2 tahun

Bagian / Kamar : St. Yosep 3 / 3004

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
07 Maret 2019	I	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktiv S: - ibu pasien mengatakan pasien bab dengan ampas berwarna kuning kecokelatan O: - Tampak keadaan umum pasien baik - Tampak mukosa bibir lembab - Tampak mata cekung pasien berkurang - Tampak cubitan dinding perut kembali dalam 2 detik A: Kekurangan volume cairan mulai teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Distribusikan asupan cairan selama 24 jam 2. Kolaborasi pemberian obat	Bella

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
07 Maret 2019	II	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S: - Ibu pasien mengatakan pola makan pasien belum membaik - Ibu pasien mengatakan pasien masih malas makan O: - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ porsi bubur yang disediakan - Tampak pasien menghabiskan ½ (100 cc) gelas air putih yang diberikan - Tampak berat badan pasien dibawah batas normal A: kekurangan nutrisi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Berikan makanann dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap 2. Timbang pasien secara berkala. 3. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara (pasien) berada dirumah sakit. 4. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengonsumsi makanan. 5. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan kebutuhan nutrisi pasien.	Bella

Tanggal	DP	Evaluasi keperawatan	Perawat
07 Maret 2019	III	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik S: - Ibu pasien mengatakan anus anaknya masih kemerahan O: - Tampak anus pasien berwarna kemerah-merahan - Tampak pasien rewel dan gelisah - Tampak pasien memakai pempers A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi P: Lanjutkan intervensi A. Monitor kerentanan terhadap infeksi B. Berikan perawatan kulit yang tepat untuk area kemerahan C. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi D. Intruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan jaga pengunaan antibiotik dengan bijaksana E. Ajarkan pasien tentang tanda dan gejala infeksi F. Ajarkan pada orangtua pasien untuk mengganti pampers pasien setiap kali BAB.	Bella

(Tabel 3.7)

G. DAFTAR OBAT PASIEN

1. Lacto-B adalah probiotik bentuk bubuk yang memiliki fungsi utama untuk membantu mempercepat penyumbahan diare pada anak-anak. Selain itu, probiotik dapat digunakan untuk mencegah diare akibat penggunaan antibiotik dan mengurangi gejala intoleransi laktosa seperti diare, kram perut, dan perut kembung.
   a. Bahan aktiv: Bakteri *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium longum,* dan *Sterptococcus thermophilus*.
   b. Golongan: Probiotik
   c. Kategori: Suplemen
   d. Manfaat: Mencegah dan mengobati diare, Mengurangi gejala intoleransi laktosa.
   e. Dikonsumsi oleh: Anak-anak usia 1-12 tahun
   f. Bentuk obat: Bubuk dalam sachet
2. Sanfuro syrup adalah obat antibiotik yang digunakan untuk mengatasi gangguan pada usus. Gangguan usus dapat berupa infeksi pada lapisan dalam usus besar (kolitis) dan diare.
   a. Deskripsi: Nifuroxazide
   b. Golongan: Antibiotik
   c. Manfaat: Mengobati diare akibat infeksi bakteri *Escherichia coli*

      dan *staphylococcus*
      Dikonsumsi oleh: Dewasa dan anak-anak
      Bentuk: Sirup dan suspensi
3. Zinc (Darya-Varia) adalah obat yang digunakan untuk mengobati diare pada anak. Obat ini juga untuk diberikan sebagai salah satu obat komplementer (pelengkap) untuk mengganti cairan tubuh yang hilang dan mencegah dehidrasi pada anak.
   a. Golongan: Mineral
   b. Kategori: Obat bebas
   c. Manfaat: Mengobati defisiensi zink
   d. Dikonsumsi: Dewasa dan anak-anak
   e. Bentuk obat: Tablet dan infus

4. Puyer new diatabs merupakan obat antidire
    a. Diare akibat keracunan makanan & toxin yang berasal dari bacteria dan virus.
    b. Efek samping:
        1. Mual
        2. Muntah
        3. Banyak buang gas
        4. Perut terasa penuh
        5. Sulit buang air besar
    c. Kandungan: *Attapulgit*

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus kelolan pada adik : “V” dengan Diare diruang perawatan st. yosep III rumah sakit setella maris Makassar selama 3hari tanggal 4-7 maret dengan mengunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari penkajian analisa data, diagnose keperawatan, intervensi,inplementasi,evaluasi.

A. Pengkajian

Pengakajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Pada pengamatan kasus diperoleh data bahwa keadaan umum lemah Tanda-tanda vital: nadi: 104X/menit ,suhu:36,7ºc,pengukuran antropometri: lingkar lengan atas :16 cm ,tinggi badan:86 cm ,berat badan: 10,5 kg . saat ini pasien mendapat terapi obat L – eio / 1 shacet, Deirya Zinc / 1 cth, Puyer new diatabs / 1 bungkus, Sanforo syrup / 1 cth. Dan cairan RL 500 CC. Dengan 20 tetes / menit. Pemeriksan teks diagnostic yang dilakukan pada pasien. Dan hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan HGB 10.9 g/dl (12.0 – 15.0), HCT 31.0 (34.0 – 49.0), MCV 73.1 (76.0 – 89.2), P-LCR 11.2 (15.0 – 25.0), LYMPH# 1.8 (0 -1.2).

BAB bisa terjadi karena lingkungan yang kurang bersih dan mengonsumsi makanan yang kurang sehat. Tanda – tanda kekurangan cairan adalah mukosa bibir kering, cubitan kulit perut kembali >3 detik, pada pasien ditemukan peristaltik usus 38x/menit.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan teori terdapat 3 diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien diare yaitu :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik.
4. Diare
5. Resiko kekurangan cairan
6. Resiko syok

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Anak “V” ditemukan 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi pasien, yaitu :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

   Diagnose ini di dukung oleh data adanta BAB encer 10x, turgo kulit kembali lambat dan berdasarkan Nanda 2015 – 2017 batasan karakteristik untuk mengangkat diagnose ini adalah : haus, kelemahan, membran mokosa bibir kering, peningkatan frekuensi nadi, penurunan berat badan.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan. Diagnosa ini didukung oleh data adanya penurunan berat badan selama pasien sakit 1kg dan mual muntah yang menyebakkan pasien kehilangan nafus makan berdasarkan Nanda 2015-2017.

   Batasan karakteristik untuk mengangkat diagnosa ini yaitu :

   Bising usus hiperaktif, ganguan sensari rasa, diare, kelemahan otot mengunyah, kelemahan otot untuk mengunyah, ketidakmanpuan memakan makanan, kurang minat pada makanan, membran mokosa pucat.

3. Kerusakan integritasi kulit berhubungan dengan faktor mekanik.

   Diagnosa ini didukung oleh data adanya keadan pasien tampak anus pasien berwarna kemerahmerahan, tampak pasien BAB 10x encer, pasien rewel dan gelisah, pasien memakai pempers, keadaan umum pasien lemah berdasarkan Nanda 2015-2017 Batasan Karakteristik untuk mengangkat diagnosa ini yaitu :

   anus berwarna kemerahmerahan, rewel, memakai pempers, lemah.

C. Perencanan keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien selanjutnya penulis membuat perencanan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.

Pada diangnosa keperawatan pertama,kedua dan ketiga intervensi keperawatan di susun oleh penulis berdasarkan nursing intervension clacification (NIC).

Diagnosa pertama adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Aktifitas keperawatan yang dilakukan adalah monitor tanda-tanda vital,monitor intake dan output setiap hari,dorong masukan oral,monitor berat badan,kaloborasi dengan dokter dalam pemberian cairan.

Diagnosa kedua ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.

Aktifitas keperawatan yang dilakukan adalah timbang berat badan,berikan makanan dalam porsi sedikit tapi sering,indentifikasi faktor yang mempengaruhi selera makan,yakinkan pasien dan berikan lingkungan yang nyaman saat pasien maka,ajarkan paada keluarga tentang makanan yang bergizitapi tidak mahal,kolaborasidengan ahli gizi dalam melakukan kebutuhan nutrisi pasien.

Diagnosa ketiga kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik

Aktifitas keperawatan yang dilakukan monitor kerentanan terhadap infeksi,berikan perawatan kulit yang tepat untuk area kemerahan,ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi,intruksikan pasien untuk minum antibiotic yang diresepkan jaga pengunaan antibiotic dengan bijaksana,ajarkan pasien tentang tanda

dan gejala infeksi,ajarkan pada orangtua pasien untuk mengganti pempers pasien setiap kali BAB.

D. Implementasi keperawatan

Berdasarka intervensi keperawatan yang telah disusun oleh penulis kemudian diimplementasikan pada pelaksanaan asuhan keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan pertama kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dimana hari tiga tidak semua intervensi dilakukan karna tanda tanda dehidrasi pada pasien mulai berkurang.

Pada diagnosa keperawatan kedua,ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, dimana intervensi di proritaskan ajarkan orang tua untuk memberi makan pasien sedikit tapi sering dan memberikan makanan yang bervariasi.

Pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik dimana pada hari pertama saat pengkajian ibu pasien mengatakan anus anaknya sudah mulai kemerahan,intervensi yang diprioritaskan mengajarkan pada orang tua pasien untuk mengganti pampers pasien setiap kali BAB.

E. Evaluasi

1. kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif sudah berkurang dari sebelumnya dan masalah mulai teratasi, pasien sudah mengalami perubahan yaitu Tampak cubitan perut kembali dalam 2 detik Tampak mukosa bibir lembab ,Tampak mata cekung pasien berkurang.
2. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan masih belum teratasi. BB 10,5, IMT= 12 kg. Maka perencanaan dari diagnose dilanjutkan oleh perawat.
3. kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik masalah belum teratasi karena pasien sangat bergantung dengan penggunaan pampers yg menyebabkan iritasi pada anus pasien.

BAB V
PENUTUP

Setelah melakukan pembahasan kasus,yang membandingkan teori dengan mengadakan perawat langsung pada pasien di lahan praktek melalui asuhan keperawatan yang di terapkan pada pasien adik ‘’v’’ dengan diaredi ruang perawatan St.Yosep Rumah Sakit Stella Maris Makassar,maka penulis dapat mengambil kesimpulan serta memberikan saran-saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Diaremerupakan: gangguan fungsi penyerapan dan sekresi dari saluran pencernaan,dipengaruhi oleh fungsi kolon dan dapat didentifikasi dari perubahan jumlah,konsistensi,frekuensi dan warna tinja.
2. Pada pengamatan kasusdi peroleh data bahwa: keadaan umum lemah,BAB encer 10x, terdapat membran mukosa bibir kering. Tanda-Tanda Vital :Nadi 104x/, Suhu 36,8 c, peristaltic usus 38x/menit. Pengukuran antropometri: Lingkar lengan atas :16 cm,Tinggi Badan: 86cm, Berat Badan :10,5 kg.
3. Dari hasi pengkajian yang didapatkan dari adik ‘’V’’maka diangnosa keperawatan yang munculadalah:
   a. Kurang volume cairan berhubungan dengan kehilangan ncairan aktif
   b. Ketidakefektifan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan
   c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik

   Dari rencana tindakan yang disusun,penulis telah dilakukan semuanya.Hal ini karenakan dalam pelaksanaan keperawatan

4. penulis melibatkan/ bekerja sama dengan keluarga pasien,sesame perawat,dan tim kesehatan lainnya.
5. Setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan yang ada, maka hasil dari ke -3 diagnosa keperawatan yang ada pada kasus adik ‘’V’’ semuanya teratasi kecuali diagnosa kedua yaitu nutrisi,karena di bagian ini pasien mengalami penurunan berat badan 1kg yaitu dari 11 kg menurun ke 10 kg,setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari berat badan pasien belum kembali tapi tetap dapat di pertahankan dan nafsu makan pasien sudah baik,tidak ada mual muntah.

B. Saran

Penulis memberikan beberapa saran dan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk mengatasi kesenjangan yang ada.

1. Bagi rumah sakit
   a. Diharapkan pihak rumah sakit dapat memberikan informasi secara relavan untuk mengenal lebih awal akan tanda dan gejala dari penyakit diare.
   b. Mengoptimalkan informasi tentang cara untuk menjaga kesehatan pasien dan untuk mengatasi penyebab diare dengan memberikan pertolongan pertama di rumah.
2. Bagi perawat

   Dalam menuju keperawatan yang professional diharapkan agar perawat meningkarkan pengetahuan serta keterampilan dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya dalam perawatan terhadap pasien dengan diare.
3. Bagi keluarga pasien

   Diharapkan keluarga pasien dapat memberikan perawatan yang rutin,menjaga kebersihan lingkungan,makanan alat-alat

makan,keberhasilan dari pada anak,serta selalu mencari informasi demi meningkatkan derajat kesehatan yang optimal.

4. Bagi mahasiswa/mahasiwi

   Diharapkan dalam melakukan asuhan keperawatan dapat mengaplikasikan semua teori dan keterampilan yang telah diberikan salama perkuliahan sesuai dengan kiat keperawatan sehingga terjadi keseimbangan pengetahuan antara teori dan praktek nyata di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Herdman dkk. *Buku Diagnosa Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi Edisi 10.* 2015-2017. Jakarta. EGG

Hidayat 2009. *Buku Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta Salembah Medika.

Kemenkes RI, petunjuk teknis: Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta *http//depkes.go.id/dex*.diakses tanggal 15 APEIL 2018

Kurniawan. 2014. *Buku pintar Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia*. Jakarta. Vicosta publishing.

Ridha. *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta. Pustaka Belajar.

Saputra. 2014. *Visual Nursing Gastrointestinal dan hepatobiler*. Jakarta. Binarupa Aksara Publisher

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Isabella Rosigna Kota E1614401013
Kristina Sanglise E1614401019
Kelas : IIIA / DIII Keperawatan
Pembimbing : MERRY SAMBO, Ns.,M.Kep

No	Hari/Tgl.	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	Senin, 25 februari 2019	BAB II	Perbaiki gambar, perjelas anatomi & fisiologi, etiologi dan dignosa, intervensi keperawatan sesuai teori	
2	Selasa, 26 februari 2019	BAB II	Perbaiki intervensi diagnosa keperawatan teori, hapus diagnosa intoleransi, perhatikan tanda baca	
3	Jumat, 1 maret 2019	BAB II BAB I	ACC Tambahkan materi dan referensi pada latar belakang, data MRO	

4	Senin, 8 april 2019	BAB I BAB III	ACC Riwayat keluhan utama, pemeriksaan fisik analisa data, intervensi	
5	Rabu, 24 april 2019	BAB III	Intervensi sesuai tugas dan perawat	
6	Kamis, 25 april 2019	BAB III	Implementasi (bagian hasil) evaluasi SOAP	
7	Senin, 29 april 2019	BAB III	Implementasi (bagian hasil) evaluasi SOAP hari ke dan ke 3	
8	Kamis, 2 mei 2019	BAB III	Perbaiki implementasi Laanjut ke BAB IV	

9	Senin, 6 mei 2019	BAB IV	Perjelas pengkajian dan diagnosa	
10	Rabu, 8 mei 2019	BAB IV BAB V	Perjelas implementasi dan tanda baca Kesimpulan diurutkan	
11	Selasa, 14 mei 2019	Patway	Tambahkan Diare	
12	Rabu, 15 mei 2019	KTI	ACC	