



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIARE
DI RUANG SANTO YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA
MARIS MAKASSAR**

OLEH:

**RAINA BEATRICE IVENA NATHANIA SIMANDJAYA (NS2114901119)
REDEMPZIA DESTRI IVO (NS2114901120)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIARE
DI RUANG SANTO YOSEPH 3 RUMAH SAKIT STELLA
MARIS MAKASSAR**

OLEH:

RAINA BEATRICE IVENA NATHANIA SIMANDJAYA (NS2114901119)

REDEMPZIA DESTRI IVO (NS2114901120)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN ORSINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Raina Beatrice Ivena Nathania Simandjaya (NS2114901119)
2. Redemptia Destri Ivo (NS2114901120)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini merupakan hasil karya kami dan bukan duplikasi atau plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah Akhir orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar- benarnya.

Makassar, 01 Juli 2022

Yang menyatakan,



Raina Beatrice Ivena N. Simandjaya



Redemptia Destri Ivo

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diare di Ruang Santo Yoseph 3 Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Raina Beatrice Ivena N. S (NS2114901119)
2. Redemptia Destri Ivo (NS2114901120)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep)
NIDN: 0931126345

Pembimbing 2



(Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep)
NIDN: 0921109102

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama
STIK Stella Maris Makassar



(Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB)
NIDN: 0913098201

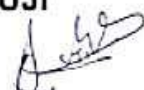

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Raina Beatrice Ivena N. S. (NIM: NS2114901119)
2. Redemptia Destri Ivo (NIM: NS2114901120)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diare di
ruang Santo Yoseph 3 Rumah Sakit Stella Maris
Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1: Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep ()
Pembimbing 2: Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep ()
Penguji 1 : Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes ()
Penguji 2 : Mery Sambo, Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 05 Juli 2022

Mengetahui,



Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini nama :

1. Raina Beatrice Ivena N. S (NS2114901119)
2. Redemptia Destri Ivo (NS2114901120)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 05 Juli 2022

Yang menyatakan



Raina Beatrice Ivena N. S



Redemptia Destri Ivo

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala penyelenggaraan dan penyertaanNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diare di Ruang Keperawatan Santo Yoseph 3 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Karya Ilmiah Akhir ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini tidak akan selesai tepat pada waktunya tanpa bimbingan, arahan, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar sekaligus penguji 1 yang sudah memberikan arahan dan bimbingan bagi penulis
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mathilda Matha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar sekaligus penguji 2 yang sudah memberikan arahan dan bimbingan bagi penulis
6. Yuliana Tola'ba, Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing 1 yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing, memberi masukan, serta mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Meyke Rosdiana, Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing 2 yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing, memberi masukan, serta mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Bapak dan Ibu dosen beserta seluruh staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, serta memberi pengarahan selama menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar
9. Rumah sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin dan tempat, khususnya di ruang keperawatan St. Yoseph 3 STIK Stella Maris Makassar
10. Teristimewa orang tua tercinta dari Raina Beatrice Ivena Nathania Simandjaya (Frandy dan Imelda Oktavia Tungabdi) dan Redemptia Destri Ivo (Martinus N dan Magdalena Masriati K) , serta sanak keluarga yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasehat dan kasih sayang, serta bantuan mereka berupa moral dan juga material sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
11. Pasien dan keluarga yang telah berpartisipasi dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata, penulis menyadari dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan juga saran yang membangun demi perbaikan Karya Ilmiah Akhir ini selanjutnya. Semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan dapat menjadi sumber dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir selanjutnya.

Makassar, 05 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSERTUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH AKHIR	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instansi RS	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi Pendidikan	4
D. Metode penulisan	4
1. Tinjauan Kepustakaan	4
2. Tinjauan Kasus	4
E. Sistematis Penulis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar	7
1. Pengetian Diare	7
2. Anatomi dan Fisiologi	8
3. Klasifikasi	13

4. Etiologi	14
5. Patofisiologi	16
6. Manifestasi Klinis	19
7. Tes Diagnostik	20
8. Penatalaksanaan Medis.....	21
9. Komplikasi	24
B. Konsep Dasar Keperawatan	
1. Pengkajian	25
2. Diagnosis Keperawatan	32
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	32
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	36
5. Patoflowdiagram.....	37
BAB III PENGAMATAN KASUS	40
A. Ilustrasi Kasus	40
B. Pengkajian	41
C. Diagnosis Keperawatan	61
D. Intervensi Keperawatan.....	62
E. Implementasi Keperawatan	66
F. Evaluasi Keperawatan.....	87
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....	103
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	103
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	110
BAB V PENUTUP.....	115
A. Simpulan	115
B. Saran.....	118

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	59
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan.....	62
Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan.....	66
Tabel 3.4 Evaluasi Keperawatan.....	87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan.....	8
Gambar 2.2 Proses Pencernaan.....	12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: SAP Pendidikan Kesehatan

Lampiran 2 : Leaflet Pendidikan Kesehatan

Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 4: Lembaran Konsultasi Pembimbing Karya Ilmiah Akhir

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan seseorang berawal dari pola hidup yang sehat. Pola hidup sehat dapat diterapkan dari yang terkecil mulai dari menjaga kebersihan diri, lingkungan hingga pola makan yang sehat dan teratur. Selain itu, kebersihan juga merupakan hal yang sangat penting dan harus diperhatikan karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan seseorang. Biasanya, seseorang akan mengalami sakit karena masalah kebersihan yang kurang diperhatikan, hal ini terjadi jika menganggap bahwa masalah kebersihan diri adalah masalah sepele, padahal ketika hal tersebut dibiarkan akan mempengaruhi kesehatan secara umum, salah satunya dapat menyebabkan penyakit seperti diare (Muzayyaroh, 2021).

Diare merupakan salah satu penyakit yang sudah tidak asing lagi bagi manusia, karena semua golongan umur pasti pernah mengalaminya, khususnya pada anak berusia di bawah lima tahun karena masih belum mempunyai daya tahan tubuh yang maksimal atau belum mempunyai sistem imun yang sepenuhnya terjaga. Diare merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi di masyarakat Indonesia. Diare diartikan sebagai buang air besar yang encer atau cair sebanyak tiga kali atau lebih sering dari biasanya (WHO, 2017). Diare merupakan bagian dari pengeluaran tiga atau lebih tinja encer atau cair per hari. Diare merupakan gejala infeksi di saluran pencernaan, yang dapat disebabkan oleh berbagai bakteri, virus dan parasit organisme (Ribek et al., 2020)

Menurut data *World Health Organization* (2017) diare menjadi penyebab utama kedua kematian pada balita yaitu, sekitar 525.000 setiap tahun. Secara global, hampir 1,7 miliar kasus penyakit diare

pada anak setiap tahun. Di Indonesia pada tahun 2020, diare masih menjadi masalah utama yang menyebabkan 14,5% kematian pada bayi usia 29 hari – 11 bulan (Kemenkes RI, 2021). Prevalensi diare di provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis nakes dan gejala yaitu 12% (Kemenkes RI, 2018).

Penyebab dari diare berasal dari berbagai infeksi, baik oleh virus (*rotavirus, calicivirus, astrovirus, adenovirus*), bakteri (*campylobacter jejuni, clostridium difficile, escherichia coli, enteropathogenic, enteroinvasive, enterohemorrhagic, salmonella, higella, vibrio cholera, vibrio parahaemolyticus*), maupun parasit (*entamoeba histolytica, giardia lamblia, protozoa pembentuk spora di usus, cryptosporidium parvum, isospora belli, cyclospora cayetanensis*) atau proses peradangan yang secara langsung akan mempengaruhi sekresi enterosit dan fungsi absorpsi (J et al., 2014). Cara penyebaran penyakitnya dengan kontak erat dari orang ke orang, dapat melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi, serta dari binatang ke manusia (J et al., 2014).

Meskipun penyakit diare bukan hal yang asing lagi, akan tetapi diare harus segera mendapatkan penanganan yang tepat dan cepat, jika penyakit diare tidak ditangani dengan cepat akan menimbulkan komplikasi yaitu salah satunya adalah dehidrasi akibat kekurangan cairan dan elektrolit melalui tinja dan bahkan dapat menyebabkan kematian. Pada umumnya, penanganan diare yaitu dengan pemberian cairan adekuat dan elektrolit, terapi rehidrasi oral seperti oralit, pemberian nutrisi adekuat, terapi suplemen zink, dan antibiotik (Wahyuni & Riska, 2021). Pada bayi dapat diberikan air susu ibu (ASI) untuk mencegah penurunan berat badan dan nutrisi yang hilang. ASI harus segera diberikan untuk mencegah terjadinya gangguan gizi, menstimulasi perbaikan usus untuk mengurangi derajat penyakit. Pada bayi yang mengonsumsi susu formula, faktor yang dapat mencegah terjadinya diare adanya cara pemberian susu

formula yang benar, kebiasaan mencuci tangan sebelum mengencerkan susu, cara membersihkan botol susu, dan cara pengenceran susu formula (Sirmawati et al., 2020).

Berdasarkan masalah diatas penulis merasa tertarik untuk menerapkan asuhan keperawatan kepada pasien dengan diare di ruang perawatan Santo Yoseph 3 Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diare.

2. Tujuan Khusus

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

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan diare di ruang perawatan Santo Yoseph 3 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- b. Menyusun diagnosis keperawatan pasien dengan diare di ruang perawatan Santo Yoseph 3 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan diare di ruang perawatan Santo Yoseph 3 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diare dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) di ruang perawatan Santo Yoseph 3 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan dengan diare di ruang perawatan Santo Yoseph 3 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi RS
Membantu RS dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diare berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) oralit
2. Bagi Profesi Keperawatan
Memberi gambaran bagi tenaga keperawatan dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) oralit
3. Bagi Institusi Pendidikan
Dapat digunakan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa/i untuk memperoleh ilmu dan menjadi bekal dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diare

D. Metode Penulisan

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

1. Tinjauan Kepustakaan
Penulis memperoleh informasi – informasi terbaru dari jurnal dan buku untuk melandasi konsep teori, baik teori medis maupun keperawatan pada anak dengan diare
2. Tinjauan Kasus
Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan.
Data dapat diperoleh 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 pada 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, dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik rekam medis dan catatan perkembangan pasien

e. Data Medical Record Rumah Sakit

Data yang dipakai adalah jumlah penderita diare di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dalam satu tahun terakhir.

E. Sistematika Penulis

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari BAB I sampai dengan BAB V, dimana BAB I menguraikan tentang pendahuluan, yang terdiri dari latar masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan pustaka, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan

keperawatan, *discharge planning*, dan patoflowdiagram. BAB III terdiri dari tinjauan kasus yang menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta daftar obat pasien. BAB IV terdiri dari pembahasan kasus yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus kelolaan yang ditemukan dilapangan, dan pembahasan tentang penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN). BAB V yaitu simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Diare didefinisikan sebagai buang air besar yang encer atau cair sebanyak tiga kali atau lebih per hari (atau buang air besar lebih sering dari biasanya untuk individu) (WHO, 2017).

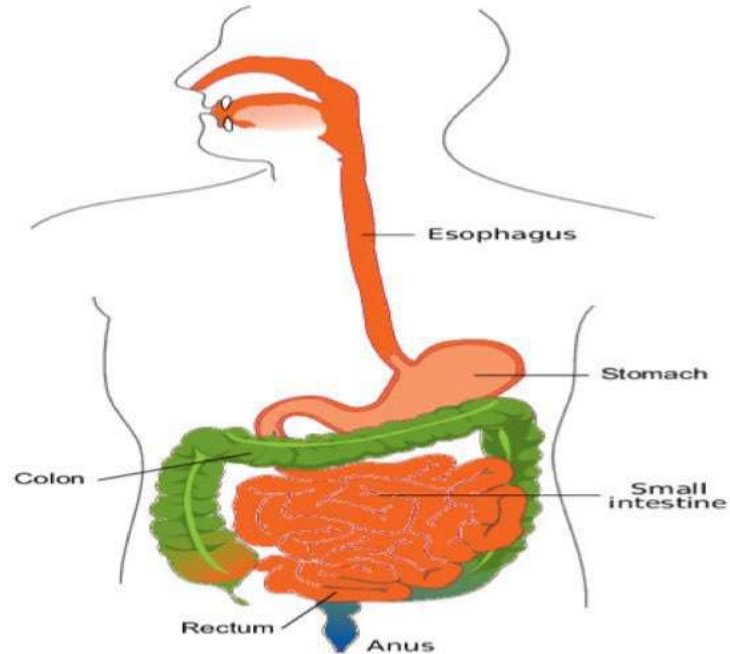
Diare dapat diartikan sebagai bagian dari pengeluaran tiga atau lebih tinja encer atau cair per hari. Diare merupakan gejala infeksi di saluran pencernaan, yang dapat disebabkan oleh berbagai bakteri, virus dan parasit organisme (Ribek et al., 2020)

Diare merupakan suatu keadaan di mana pada balita frekuensi buang air besar lebih dari empat kali dan pada anak lebih dari tiga kali dengan konsistensi feses yang encer, berwarna hijau atau dapat juga bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Zubaidah & Maria, 2020).

Berdasarkan beberapa definisi diatas, penulis menyimpulkan bahwa diare merupakan salah satu gangguan sistem pencernaan yang ditandai dengan pengeluaran feses dengan konsistensi encer atau cair dengan frekuensi pengeluaran lebih dari tiga kali dalam sehari (Ribek et al., 2020; WHO, 2017; Zubaidah & Maria, 2020).

2. Anatomi Fisiologi

Gambar 2.1 Sistem Pencernaan



Sumber : (Lang, 2022)

a. Anatomi Sistem Pencernaan

Anatomi pada sistem pencernaan terdiri dari enam organ utama yaitu mulut, kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, dan anus. Berikut adalah 6 organ pencernaan manusia beserta bagian – bagiannya :

1) Mulut

Mulut merupakan bagian pertama dari organ sistem pencernaan dan tempat masuknya makanan dan minuman. Di dalam mulut terdapat lidah, rongga mulut, kelenjar ludah, gigi dan juga terdapat lapisan lendir dalam mulut. Pada mulut terdapat palatum yang membentuk langit – langit mulut yang terdiri dari langit – langit keras atau disebut palatum durum dan terletak pada bagian anterior, pada bagian posterior terdapat langit – langit lunak yang disebut palatum molle. Di ujung palatum molle terdapat uvulla yang merupakan otot

berbentuk melengkung dan ditutupi membran mukosa (Suryani et al., 2021).

2) Kerongkongan

Kerongkongan atau biasa disebut esofagus merupakan tabung berotot penghubung antara mulut dan lambung. Esofagus memiliki panjang 2,5 cm dengan lebar 2 cm. Pada bagian atas esofagus berhubungan dengan faring dan bagian bawah berhubungan dengan diafragma. Esofagus terdiri dari 3 bagian, yaitu bagian atas yang terdiri dari otot rangka, bagian tengah terdiri dari otot rangka dan juga otot halus, serta bagian bawah yang terdiri dari otot halus (Suryani et al., 2021).

3) Lambung

Lambung merupakan saluran pencernaan yang berbentuk seperti huruf J yang berongga dan berotot yang terletak pada epigastrik, umbilical, dan hipokondriak kiri rongga abdomen. Lambung memiliki ukuran yang berbeda sesuai dengan jumlah makanan yang berada di dalam lambung, sekitar 1,5 liter atau lebih. Lambung terbagi menjadi tiga bagian, antara lain :

- a) Kardiak, yaitu bagian pertama lambung sebagai tempat masuk makanan dari esofagus
- b) Fundus, yaitu bagian tengah lambung untuk menampung makanan dan proses pencernaan.
- c) Pylorus, yaitu bagian terakhir dan penampungan makanan serta jalan keluar makanan menuju ke usus halus. (Suryani et al., 2021)

4) Usus Halus

Usus halus adalah bagian yang terletak antara lambung dengan usus besar, antara sfingter pylorus dengan katup ileosekal. Usus halus atau yang biasa disebut usus kecil

memiliki panjang antara 5 meter dan dikelilingi oleh usus besar. Usus halus terbagi menjadi tiga bagian, yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (jejenum), dan ileum.

Bagian – bagian dari usus halus sebagai berikut :

a) Usus dua belas jari (duodenum)

Duodenum memiliki panjang sekitar 25 cm dan mengelilingi kepala pankreas. Duodenum merupakan usus yang paling pendek dari usus halus. Proses yang terjadi pada usus dua belas jari adalah ketika makanan dikirim oleh lambung ke duodenum melalui sfingter pilorus sesuai dengan kapasitas usus, usus akan mengirimkan sinyal kepada lambung untuk berhenti mengirimkan makanan yang berarti bahwa duodenum sudah penuh.

b) Usus kosong (jejenum)

Usus yang terletak dibagian tengah yang memiliki panjang antara 2 cm. Pada usus kosong terdapat villi dan membran mukosa.

c) Usus penyerapan (ileum)

Ileum ialah tempat perkumpulan akhir yang memiliki panjang 3 cm. Ileum memiliki katup yang disebut ileosekal yang berguna untuk mencegah terjadinya proses aliran balik dari ileum ke sekum.

(Suryani et al., 2021)

5) Usus besar

Usus besar merupakan lanjutan dari usus halus yang memiliki umbai cacing yang biasa disebut appendix. Usus besar memiliki panjang sekitar 13 meter dari sekum di fossa iliaka kanan sampai dengan rektum dan saluran

anus di pelvis dan memiliki lebar sekitar 6,5 cm. Usus besar terdiri dari beberapa bagian, yaitu kolon asenden, kolon desenden, sekum, dan kolon transversum.

a) Sekum

Sekum merupakan bagian yang terletak pada pangkal usus besar dan pada bagian inferiornya merupakan tempat buntu yang juga sambungan dari kolon asenden. Sekum memiliki panjang sekitar 8 – 9 cm dan mempunyai banyak jaringan limfoid (Suryani et al., 2021).

b) Kolon asenden

Kolon asendens yang panjangnya 13 cm dan membentuk garis yang melengkung tajam, terletak di bawah abdomen sebelah kanan dan di bawah hati ke sebelah kiri (Suryani et al., 2021).

c) Kolon tranversum yang memiliki panjang 38 cm membujur dari kolon asendens sampai ke kolon desendens (Mohammad, 2014).

d) Kolon desendens yang memiliki panjang kira – kira 25 cm, terletak di bawah abdomen bagian kiri dari atas ke bawah (Mohammad, 2014).

6) Anus

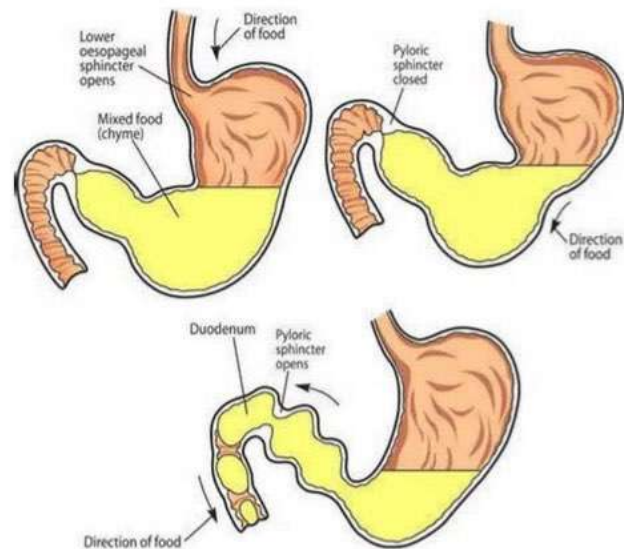
Anus atau dubur merupakan organ yang terletak di dasar pelvis (Mohammad, 2014). Di anus terdapat otot sfingter, rektum dan vena. Otot sfingter berfungsi untuk membuka dan menutup anus. Sedangkan fungsi rektum adalah untuk menyimpan feses sementara waktu (Kharisma, 2018).

b. Fisiologi Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan memiliki dua proses mekanik dan kimiawi untuk memecah makanan menjadi zat yang dapat

diserap selama perjalanannya melalui sistem pencernaan. .

Gambar 2.1



Sumber : (Lang, 2022)

1) Proses mekanik

Proses mekanik merupakan proses murni yang tidak mengubah sifat kimia makanan tetapi sebaliknya akan membuat makanan menjadi lebih kecil. Proses ini dimulai dari proses menelan, dimana masuknya makanan ke dalam saluran pencernaan melalui mulut kemudian makanan akan dikunyah dan tercampur dengan air liur. Pencampuran makanan di lambung berfungsi untuk mencampur makanan dengan cairan lambung yang kemudian membentuk *chyme*. Pembagian terjadi di usus halus, melalui kontraksi local otot sirkular. Kontraksi ini akan membagi bagian – bagian kecil dari usus kemudian membagi, memecah, dan mencampur isinya.

2) Proses kimiawi

Dalam proses kimiawi, dimulai dari mulut yang akan memecah molekul makanan kompleks menjadi bahan penyusun kimiawi seperti protein menjadi asam amino. Sekresi ini memiliki komposisi yang mengandung air, berbagai enzim, asam dan garam. Prosesnya akan berakhir di usus kecil. Makanan – makanan yang telah dipecah akan memasuki aliran darah dan nutrisinya akan digunakan, setelah itu akan terjadi proses penyerapan nutrisi, yang terjadi terutama di dalam usus halus. Sebagian besar nutrisi akan diserap melalui lumen ke dalam aliran darah melalui sel – sel epitel yang akan membentuk mukosa. Langkah terakhir dalam proses pencernaan, bahan yang tidak tercerna akan dikeluarkan menjadi feses (Lang, 2022).

3. Klasifikasi

a. Diare Akut

Menurut Guandalini (2020), diare akut merupakan pengeluaran tinja dengan konsistensi encer sebanyak 3 kali atau lebih per hari dan berlangsung tidak lebih dari 14 hari.

b. Diare Kronik

Diare kronis atau persisten didefinisikan sebagai episode yang berlangsung lebih dari 14 hari (Guandalini, 2020). Penyebab dari terjadinya diare kronik yaitu karena keadaan kronis seperti sindrom malabsorpsi, penyakit inflamasi usus, alergi makanan, atau sebagai akibat dari pentalaksanaan diare akut yang tidak memadai (Paramita, 2017).

4. Etiologi

Etiologi diare dapat dibagi dalam beberapa faktor, yaitu :

a. Faktor usia

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum dapat menghasilkan kekebalan tubuhnya sendiri secara sempurna dan kelenjar timus yang berguna dalam mengontrol proses kekebalan tubuh masih berkembang. Oleh karena itu, akan memudahkan bakteri masuk dalam tubuh dan mengakibatkan infeksi (Daiyah & Hrp, 2019). Kekebalan tubuh pada bayi dapat ditingkatkan dengan pemberian ASI karena aman dan bersih. Selain itu, ASI juga mengandung oligosakarida yang akan menyebabkan asam dalam saluran pencernaan yang kemudian berfungsi sebagai pertahanan di saluran cerna yang biasa disebut sIgA. sIgA kemudian akan mengikat mikroba patogen dan kemudian mencegah lengketnya pada sel enterosit di usus sehingga mencegah terjadinya reaksi imun yang bersifat inflamasi akibat Sistem kekebalan yang terkandung pada ASI akan mencegah reaksi dari keterpaparan akibat masuknya antigen sehingga bayi dapat terhindar dari berbagai infeksi, salah satunya adalah diare (Sirmawati et al., 2020).

b. Faktor infeksi

Proses ini dapat diawali dengan masuknya mikroorganisme ke dalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan akan merusak sel mukosa intestinal sehingga terjadinya perubahan kapasitas dari intestinal dalam mengabsorpsi cairan dan elektrolit (Maidarti & Anggraeni, 2017). Infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi sebagai berikut :

- 1) Infeksi bakteri : *Vibrio, E. Coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas.*
- 2) Infeksi virus : *Enterovirus (Virus ECHO, Coxsackie, Poliomyelitis), Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus.*
- 3) Infeksi parasit : cacing (*Ascaris, Trichuris, Oxyuris, Strongyloides*), protozoa (*Entamoeba Histolytica, Giardia Lamblia, Trichomonas Hominis*), jamur (*Candida Albicans*).

(Paramita, 2017)

c. Faktor Malabsorpsi

Faktor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi sehingga tekanan osmotik meningkat, kemudian akan terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare (Maidarti & Anggraeni, 2017).

Faktor malabsorpsi terdiri dari :

- 1) Malabsorpsi karbohidrat : disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering intoleransi laktosa.
- 2) Malabsorpsi lemak.
- 3) Malabsorpsi protein.

(Paramita, 2017)

d. Faktor Makanan

Faktor makanan seperti makanan basi, makanan beracun dan alergi terhadap makanan dapat menyebabkan toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik dan dapat menyebabkan terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya menyebabkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan (Maidarti & Anggraeni, 2017). Selain itu, kebersihan makanan ditentukan dari kemampuan ibu dalam

menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) terhadap makanan. Pada bayi, salah satu faktor yang dapat menyebabkan penyebaran kuman penyebab diare yaitu pemberian susu formula dan penggunaan botol susu. Botol susu yang tidak steril sangat berbahaya dan akan menjadi tempat berkembang biaknya mikroorganisme yang bersifat patogen yang dapat menyebabkan diare (Hayati & Simanullang, 2019).

e. Faktor psikologis

Rasa takut dan cemas dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang dapat mempengaruhi proses penyerapan makanan (Maidarti & Anggraeni, 2017).

5. Patofisiologi

Menurut Paramita (2017), mekanisme terjadinya diare dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Faktor Usia

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum dapat menghasilkan kekebalan tubuhnya sendiri secara sempurna dan kelenjar timus yang berguna dalam mengontrol proses kekebalan tubuh masih berkembang. Oleh karena itu, akan memudahkan bakteri masuk dalam tubuh dan mengakibatkan infeksi (Daiyah & Hrp, 2019).

b. Faktor infeksi

1) Faktor Virus

Penyebab diare tersering pada anak yaitu disebabkan karena infeksi *rotavirus*. Setelah terpapar dengan agen tertentu, virus akan masuk bersama dengan makanan dan minuman yang dikonsumsi ke dalam saluran pencernaan yang kemudian akan melekat pada sel – sel mukosa usus, akibatnya sel mukosa usus akan menjadi

rusak yang akan menurunkan daerah permukaan usus. Sel enterosit baru yang berbentuk kuboid atau sel epitel gepeng akan menggantikan sel – sel mukosa yang rusak, sel – sel tersebut belum matang sehingga fungsinya belum bagus. Hal ini mengakibatkan *vili-vili* usus halus mengalami atrofi dan tidak dapat menyerap makanan dan cairan dengan baik. Setelah itu terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya menyebabkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit, atau dengan kata lain adanya toksin bakteri atau virus yang akan menyebabkan sistem transport aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian terjadi peningkatan sekresi cairan dan elektrolit.

2) Bakteri

Pada beberapa keadaan tertentu, bakteri akan menjadi invasif dan masuk ke dalam mukosa, setelah itu akan terjadi perbanyakannya sambil membentuk toksin. Enterotoksin dapat diresorpsi ke dalam darah yang akan menimbulkan gejala seperti demam tinggi, kejang – kejang dan nyeri kepala. Selain itu, mukosa usus yang telah rusak akan mengakibatkan buang air besar dengan konsistensi encer yang disertai darah dan lendir. Bakteri *Shigella sp*, *E.coli* merupakan penyebab utama pembentukan enterotoksin.

c. Faktor Malabsorpsi

1) Gangguan osmotik

Peningkatan tekanan osmotik usus terjadi akibat cairan dan makanan yang tidak dapat diserap kemudian terkumpul di usus halus. Gangguan peningkatan osmotik menyebabkan pergeseran air dan elektrolit ke dalam

rongga usus yang menyebabkan banyak cairan ditarik ke dalam lumen usus dan menyebabkan terjadinya hiperperistaltik usus. Cairan dan makanan yang tidak dapat diserap akan didorong keluar melalui anus dan kemudian terjadilah diare.

2) Gangguan sekresi

Akibat adanya rangsangan tertentu seperti toksin pada dinding usus akan menyebabkan terjadinya peningkatan sekresi, air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan kemudian menimbulkan diare karena adanya peningkatan isi pada rongga usus.

3) Gangguan motilitas usus

Berkurangnya fungsi usus untuk menyerap makanan diakibatkan dari hiperperistaltik yang kemudian menimbulkan diare. Sebaliknya, bila peristaltik menurun akan mengakibatkan tumbuhnya bakteri yang berlebihan, kemudian akan menimbulkan diare pula.

d. Faktor makanan

Faktor makanan seperti makanan basi, makanan beracun dan alergi terhadap makanan dapat menyebabkan toksin yang ada menjadi tidak mampu diserap dengan baik dan dapat menyebabkan terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya menyebabkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan (Maidarti & Anggraeni, 2017). Pada bayi, salah satu faktor yang dapat menyebabkan penyebaran kuman penyebab diare yaitu pemberian susu formula dan penggunaan botol susu. Botol susu yang tidak steril sangat berbahaya dan akan menjadi tempat berkembang biaknya mikroorganisme yang bersifat patogen yang dapat menyebabkan diare (Hayati & Simanullang, 2019).

e. Faktor psikologis

Faktor ini terjadi akibat peningkatan peristaltik usus yang disebabkan oleh rasa takut dan cemas yang kemudian dapat menyebabkan gangguan proses penyerapan makanan dan terjadilah diare (Maidarti & Anggraeni, 2017).

6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala diare dapat bersifat inflamasi atau noninflamasi.

- a. Diare dengan non-inflamasi bersifat sekretorik (*watery*) bisa mencapai 1 liter per hari. Tanda dan gejala biasanya tidak disertai dengan nyeri abdomen yang hebat dan tidak disertai darah atau lendir pada feses. Demam dapat dijumpai atau tidak. Gejala mual dan muntah bisa dijumpai atau tidak.
- b. Diare yang bersifat inflamasi bisa berupa sekretori atau disentri. Biasanya disebabkan oleh patogen yang bersifat invasif. Tanda dan gejala yang dapat dijumpai mual, muntah disertai dengan demam, nyeri perut hebat, serta feses berdarah dan berlendir .

(Abdillah & Purnamawati, 2019)

Menurut Vega & Avva (2022), berbagai tanda dan gejala dapat muncul tergantung pada derajat dehidrasi pada pasien.

Dehidrasi dikategorikan menjadi 3, yaitu:

- a. Ringan (berkurangnya cairan tubuh 3% - 5% dari berat badan), dengan tanda dan gejala :
 - 1) Status mental : Normal
 - 2) Nadi : Normal
 - 3) CRT : Normal
 - 4) Pernapasan : Normal
 - 5) Mata : Normal
 - 6) Pengeluaran urin : Normal

b. Dehidrasi sedang (berkurangnya cairan tubuh 6% - 10% dari berat badan)

- 1) Status mental : lesu
- 2) Nadi : meningkat, teraba lemah
- 3) CRT : kembali lambat
- 4) Pernapasan : takipnea
- 5) Mata : sedikit cekung
- 6) Pengeluaran urin : berkurang

c. Dehidrasi berat (lebih dari 10%)

- 1) Status mental : perubahan mental
- 2) Nadi : tidak teraba
- 3) CRT : kembali lambat
- 4) Pernapasan : takipnea
- 5) Mata : mata cekung, sedikit airmata
- 6) Pengeluaran urin : oliguri

7. Tes Diagnostik

Pemeriksaan laboratorium untuk kasus diare pada anak :

a. Pemeriksaan tinja

- 1) Makroskopis dan mikroskopis
- 2) Kadar gula dan pH dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet clinitest, bila diduga terdapat intoleransi gula.
- 3) Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.

b. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam dan basa dalam darah, dengan menggunakan pH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah.

c. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.

- d. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang).

(Manalu et al., 2021)

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Kemenkes RI (2011) strategi pengendalian penyakit diare yang dilaksanakan pemerintah, yaitu LINTAS Diare (Lima Langkah Tuntaskan Diare)

a. Berikan Oralit

Pencegahan dehidrasi dapat dilakukan dimulai dari rumah tangga dengan memberikan oralit osmolaritas rendah. Oralit merupakan campuran garam elektrolit, seperti *natrium clorida* (NaCl), *kalium clorida* (KCl) dan *trisodium sitrat hidrat*, serta glukosa anhidrat. Oralit diperlukan untuk mengganti cairan dan elektrolit yang hilang bersama dengan feses yang keluar. Campuran glukosa dan garam yang terdapat pada oralit mampu diserap dengan baik oleh usus penderita diare (Pratama et al., 2018).

Dosis oralit bagi penderita diare berdasarkan derajat dehidrasi :

- 1) Dosis oralit bagi penderita diare tanpa dehidrasi :
 - Umur <1 tahun : $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ gelas setiap kali anak mencret
 - Umur 1-4 tahun : $\frac{1}{2}$ - 1 gelas setiap kali anak mencret
 - Umur diatas 5 tahun : 1 – 1 $\frac{1}{2}$ gelas setiap kali anak mencret.
- 2) Dosis oralit bagi penderita diare dengan dehidrasi ringan/sedang :
 - Dosis oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama 75 ml/kgBB dan selanjutnya diteruskan dengan pemberian oralit seperti diare tanpa dehidrasi.

- 3) Dosis oralit bagi penderita diare dengan dehidrasi berat: Penderita diare yang tidak dapat minum harus segera dirujuk ke pelayanan kesehatan untuk di infus.

Cara pemberian oralit yaitu satu bungkus oralit dilarutkan kedalam 200 ml air matang atau gula satu sendok teh beserta garam $\frac{1}{4}$ sendok teh dilarutkan ke dalam 200 ml air matang. Untuk anak berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusu, minumkan sedikit – sedikit tapi sering. Jika anak muntah, tunggu selama 10 menit, kemudian lanjutkan lagi dengan lebih lambat. Lanjutkan ASI selama anak mau (Yulianti, 2017).

b. Berikan Obat Zinc

Suplemen zinc digunakan untuk mengurangi durasi diare, menurunkan resiko keparahan penyakit, dan mengurangi episode penyakit. Secara ilmiah zinc terbukti dapat menurunkan jumlah buang air besar dan volume tinja, serta mengurangi resiko dehidrasi. Zinc juga berperan penting dalam pertumbuhan jumlah sel dan imunitas. Dosis pemberian zinc pada balita: - Umur < 6 bulan : $\frac{1}{2}$ tablet (10 mg) per hari selama 10 hari - Umur > 6 bulan : 1 tablet (20 mg) per hari selama 10 hari. Zinc tetap diberikan selama 10 hari walaupun diare sudah berhenti. Cara pemberian tablet zinc : larutkan tablet dalam 1 sendok makan air matang atau ASI, sesudah larut berikan pada anak diare (Rendang Indriyani & Putra, 2020).

c. Pemberian ASI / Makanan

Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Anak yang masih mengonsumsi ASI harus lebih sering di beri ASI. Anak yang minum susu formula juga

diberikan lebih sering dari biasanya. Anak dengan 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang telah mendapatkan makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna dan diberikan sedikit lebih sedikit dan lebih sering. Setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan (Kemenkes RI, 2011).

d. Pemberian Antibiotika hanya atas Indikasi

Antibiotika tidak boleh digunakan secara rutin karena kecilnya kejadian diare pada balita yang disebabkan oleh bakteri. Antibiotika hanya bermanfaat pada penderita diare dengan darah (sebagian besar karena *shigellosis*), suspek *kolera*. Obat-obatan anti diare juga tidak boleh diberikan pada anak yang menderita diare karena terbukti tidak bermanfaat. Obat anti muntah tidak di anjurkan kecuali muntah berat. Obat-obatan ini tidak mencegah dehidrasi ataupun meningkatkan status gizi anak, bahkan sebagian besar menimbulkan efek samping yang berbahaya dan bisa berakibat fatal. Obat anti *protozoa* digunakan bila terbukti diare disebabkan oleh parasit (*amuba, giardia*) (Kemenkes RI, 2011).

e. Pemberian Nasehat

Ibu atau pengasuh yang berhubungan erat dengan balita harus diberi nasehat tentang :

- 1) Cara memberikan cairan dan obat di rumah
- 2) Kapan harus membawa kembali balita ke petugas kesehatan bila : diare lebih sering, muntah berulang, sangat haus, makan/minum sedikit, timbul demam, tinja berdarah, tidak membaik dalam 3 hari.

(Kemenkes RI, 2011).

9. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit diare :

a. Kehilangan cairan dan elektrolit

Balita yang mengalami diare berkepanjangan akan menyebabkan dehidrasi. Dehidrasi disebabkan karena kehilangan cairan dan elektrolit melalui feses, kehilangan cairan dan elektrolit bertambah jika disertai muntah dan demam. Dehidrasi merupakan keadaan yang berbahaya karena dapat menyebabkan penurunan volume darah sampai kematian bila tidak ditangani dengan cepat (Paramita, 2017).

b. Asidosis metabolik

Pada bayi atau anak dengan diare, terjadi peningkatan kadar asam organik pada darah karena terjadi pemecahan lemak dan protein tubuh untuk memenuhi kebutuhan kalori. Selain itu, terjadi penurunan sirkulasi ke ginjal dan jaringan yang menyebabkan terjadinya gangguan pembuangan asam – asam organik oleh ginjal dan penumpukan asam laktat akibat hipoksia jaringan. Adanya kelaparan, penurunan sirkulasi ke ginjal dan hipoksia jaringan menyebabkan penumpukan asam organik di darah yang akan menyebabkan timbulnya asidosis metabolik (Paramita, 2017).

c. Gangguan Gizi

Sewaktu anak menderita diare, sering terjadi gangguan gizi sehingga terjadi penurunan berat badan. Hal ini disebabkan karena:

- 1) Makanan sering dihentikan oleh orang tua karena takut diare atau muntahnya akan bertambah hebat, sehingga orang tua hanya sering memberikan air teh saja.
- 2) Walaupun susu diteruskan, sering diberikan dengan pengenceran dalam waktu yang terlalu lama.

3) Makanan yang diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik karena adanya hiperperistaltik (Paramita, 2017).

d. Hipertermi

Pasien yang mengalami diare dengan dehidrasi akan mengalami kekurangan cairan dan elektrolit yang merupakan komponen yang sangat penting dalam keseimbangan termoregulasi di hipotalamus anterior, sehingga jika pasien mengalami dehidrasi maka keseimbangan termoregulasi akan mengalami gangguan dan menyebabkan demam. Selain itu, inflamasi pada pencernaan juga akan menyebabkan tubuh bereaksi terhadap invasi mikroorganisme yang kemudian akan meningkatkan suhu tubuh (Wibowo et al., 2020).

e. Syok Hipovolemik

Syok hipovolemik dapat terjadi karena adanya kegagalan pada perfusi jaringan akibat dari kehilangan volume cairan dalam jumlah besar atau dehidrasi yang tidak dapat ditangani melalui mekanisme kompensasi tubuh (Paramita, 2017).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pada anak dengan diare menurut Aziz (2017) meliputi :

a) Identitas Pasien Atau Biodata

Pengkajian meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, asal suku bangsa, nama orang tua, pendidikan terakhir, dan pekerjaan orang tua.

b) Keluhan Utama

Buang Air Besar (BAB) lebih dari tiga kali sehari, BAB kurang dari empat kali dengan konsistensi cair (diare tanpa dehidrasi). BAB 4 – 10 kali dengan konsistensi cair (diare dengan dehidrasi ringan/sedang). BAB lebih dari sepuluh kali (diare dengan dehidrasi berat). Bila diare berlangsung kurang dari 14 hari merupakan diare akut, sedangkan bila berlangsung 14 hari atau lebih merupakan diare persisten.

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya pasien akan mengalami:

- 1) Bayi atau anak akan menjadi cengeng, gelisah, serta suhu badan yang mungkin meningkat, nafsu makan akan berkurang atau tidak ada, dan kemungkinan timbul diare.
- 2) Tinja akan menjadi makin cair, mungkin disertai dengan lendir atau lendir dan juga darah. Warna tinja akan berubah menjadi kehijauan karena bercampur dengan empedu.
- 3) Akan timbul lecet di anus dan daerah sekitarnya karena sering defekasi.
- 4) Akan timbul gejala muntah yang dapat terjadi setelah atau sebelum diare.
- 5) Gejala dehidrasi mulai tampak jika pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit.
- 6) Diuresis : terjadi oliguria yang kurang 1 ml/kg/BB/jam bila terjadi dehidrasi. Pada diare tanpa dehidrasi, urin akan normal. Pada diare dengan dehidrasi ringan atau sedang urin akan sedikit gelap dan pada diare dengan dehidrasi berat tidak ada urin dalam waktu 6 jam.

d) Riwayat Kesehatan Dahulu

- 1) Riwayat pemberian imunisasi pada bayi terutama yang belum imunisasi campak. Diare lebih sering terjadi pada anak – anak dengan campak atau yang baru menderita campak dalam empat minggu terakhir, akibat dari penurunan kekebalan tubuh pada pasien.
- 2) Riwayat alergi terhadap makanan atau obat – obatan, makan makanan basi, karena faktor ini merupakan penyebab diare.
- 3) Riwayat air minum yang tercemar, penggunaan botol susu, tidak mencuci tangan setelah buang air besar.
- 4) Riwayat penyakit yang sering dialami anak berusia dibawah dua tahun biasanya batuk, panas, pilek, dan kejang yang dialami sebelum, selama atau setelah diare.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Anggota keluarga yang menderita diare sebelumnya, yang dapat menularkan ke anggota keluarga lainnya dan juga makanan yang disajikan kepada anak kebersihannya tidak dijamin.

f) Riwayat Kesehatan Berdasarkan Pola Fungsional Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Data Subjektif :

- Pola hidup yang tidak sehat seperti faktor makanan, pada bayi yang menggunakan botol susu yang tidak steril dapat menyebabkan diare.

Data Objektif :

- Tampak mengalami penurunan derajat kesehatan

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Data Subjektif :

- Pemberian susu formula menggunakan botol yang tidak bersih, anak merasa haus (dehidrasi sedang), anak malas minum dan penurunan berat badan (dehidrasi berat).

Data Objektif :

- Tampak nafsu makan berkurang, malas minum dan berat badan berkurang 3%-9%.

3) Pola eliminasi

Data Subjektif :

- Buang Air Besar lebih dari tiga kali sehari dengan konsistensi encer dapat disertai lendir atau darah, terjadi oliguria, urin akan sedikit gelap atau tidak ada urin dalam waktu 6 jam.

Data Objektif :

- Tampak BAB encer dengan frekuensi ≥ 3 kali, warna urin gelap dan volume berkurang, tampak mata cekung, tampak turgor kulit kembali lebih dari dua kali, biasanya ubun – ubun tampak cekung.

4) Pola latihan dan aktivitas

Data Subjektif :

- Bayi sering rewel dan lemas

Data Objektif :

- Tampak bayi rewel dan lemas

5) Pola Persepsi Kognitif

Data Subjektif :

- Bayi akan menjadi rewel dan lemas

Data Objektif :

- Tampak bayi rewel, lemas dan pucat

6) Pola Istirahat dan Tidur

Data Subjektif :

- Pola tidur terganggu karena rewel dan buang air besar yang sering menyebabkan rasa tidak nyaman

Data Objektif :

- Tampak bayi rewel

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data Subjektif :

- Menyebabkan bayi kurang aktif

Data Objektif :

- Tampak bayi lemas, tampak bayi rewel.

8) Pola Peran dan Hubungan

Data Subjektif :

- Menyebabkan bayi kurang aktif dan menurunnya interaksi dengan lingkungan

Data Objektif :

- Tampak bayi lemas, tampak bayi rewel.

9) Pola reproduksi dan seksual

Data Subjektif :

- Menyebabkan iritasi pada sekitar genetalia

Data Objektif :

- Tampak kulit bayi lecet disekitar genetalia

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres

Data Subjektif :

- Ketidaknyamanan karena sering BAB encer

Data Objektif :

- Tampak bayi rewel.

11) Pola nilai dan Kepercayaan

Data Subjektif :

- Tidak mengalami perubahan pada pola nilai dan kepercayaan

Data Objektif :

- Tampak tidak terjadi perubahan

g) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Pada anak berusia dibawah dua tahun yang mengalami dehidrasi, ubun – ubunnya biasanya cekung.

2) Mata

Anak dengan diare tanpa dehidrasi, bentuk kelopak matanya normal. Apabila mengalami dehidrasi ringan atau sedang kelopak matanya cekung, sedangkan jika mengalami dehidrasi berat, kelopak matanya sangat cekung.

3) Hidung

Pada hidung biasanya tidak ada kelainan, tidak sianosis, dan tidak ada pernapasan cuping hidung.

4) Telinga

Pada telinga biasanya tidak ada kelainan.

5) Mulut dan Lidah

Diare tanpa dehidrasi : mulut dan lidah basah

Diare dehidrasi ringan : mulut dan lidah kering

Diare dehidrasi berat : mulut dan lidah sangat kering

6) Leher

Tidak teraba pembengkakan pada kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid.

7) Jantung

Inspeksi :

Pada anak biasanya iktus kordis tampak terlihat

Auskultasi :

Denyut jantung normal pada diare tanpa dehidrasi, denyut jantung normal hingga meningkat pada diare dehidrasi ringan atau sedang, serta akan mengalami takikardi dan bradikardi bila diare dengan dehidrasi berat.

8) Paru – Paru

Inspeksi :

Diare tanpa dehidrasi biasanya pernapasan normal, diare dehidrasi ringan pernapasan normal hingga melemah, dan pada diare dehidrasi berat pernapasannya dalam.

9) Abdomen

Inspeksi :

Anak akan mengalami distensi abdomen dan kram pada perut.

Palpasi :

Pada pasien diare tanpa dehidrasi turgor kulit baik, pada pasien diare dengan dehidrasi ringan kembali kurang dari dua detik, sedangkan pada diare dengan dehidrasi berat kembali lebih dari dua detik.

Auskultasi :

Pada anak yang mengalami diare akan terjadi peningkatan pada bising usus.

10) Ekstremitas

Pada anak dengan diare tanpa dehidrasi CRT normal, akral terasa hangat. Anak dengan diare dehidrasi ringan CRT kembali kurang dari dua detik, akral dingin. Sedangkan pada anak dengan dehidrasi berat CRT kembali lebih dari dua detik, akral terasa dingin, dan sianosis.

11) Genitalia

Pada anak dengan diare, hal yang harus diperhatikan yaitu apakah ada iritasi pada anus atau tidak.

2. Diagnosis Keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan diare menurut Amalia (2021) adalah sebagai berikut :

- a. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi

3. Luaran Keperawatan dan Intervensi Keperawatan

- a. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif
Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Membran mukosa membaik
- 2) Intake cairan membaik
- 3) Frekuensi nadi membaik
- 4) Turgor kulit meningkat

Intervensi keperawatan :

1) Observasi :

- Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
- Monitor intake dan output cairan

2) Terapeutik :

- Hitung kebutuhan cairan, berikan asupan cairan per oral

3) Edukasi :

- Anjurkan memperbanyak asupan cairan per oral, anjurkan menghindari posisi mendadak.

4) Kolaborasi :

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

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Pola nafas membaik
- 2) Warna kulit membaik
- 3) Sianosis membaik
- 4) Takikardi membaik

Intervensi keperawatan

1) Observasi :

- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (mis. bradipnea, takipnea, hiperventilasi), auskultasi bunyi napas
- monitor saturasi oksigen
- monitor nilai AGD (Analisa Gas Darah)

2) Terapeutik :

- Alur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan

3) Edukasi :

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Frekuensi makan membaik
- 3) Nafsu makan membaik
- 4) Berat badan membaik

Intervensi keperawatan :

- 1) Observasi :

- Identifikasi status nutrisi
- Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- Identifikasi makanan yang disukai
- Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- Monitor asupan makanan
- Monitor berat badan
- Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

- 2) Terapeutik :

- Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- Berikan suplemen makanan, jika perlu

- 3) Edukasi :

- Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- Anjurkan diet yang diprogramkan

- 4) Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian obat antimetok jika perlu
- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

d. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Suhu tubuh cukup membaik
- 2) Suhu kulit cukup membaik
- 3) Pucat cukup menurun

Intervensi keperawatan :

- 1) Observasi :
 - Identifikasi penyebab hipertermia
 - Monitor suhu tubuh
 - Monitor luaran urin
- 2) Terapeutik :
 - Berikan cairan oral
- 3) Edukasi :
 - Anjurkan tirah baring
- 4) Kolaborasi :
 - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Perilaku sesuai anjuran cukup meningkat
- 2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik cukup meningkat
- 3) Perilaku sesuai dengan pengetahuan

Intervensi keperawatan :

- 1) Observasi :
 - Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

2) Terapeutik :

- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya

3) Edukasi :

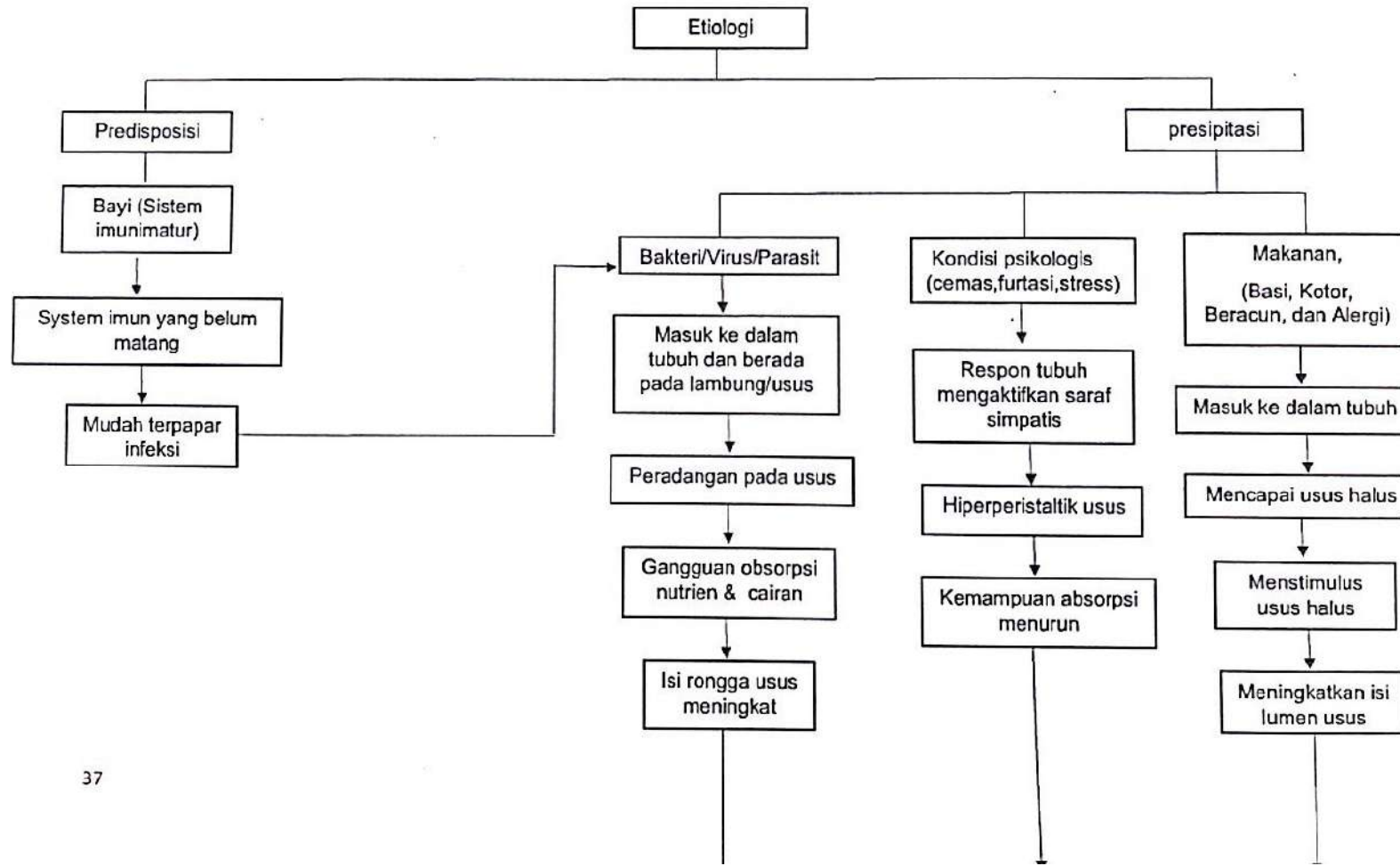
- Jelaskan faktor resiko yang mempengaruhi kesehatan
- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

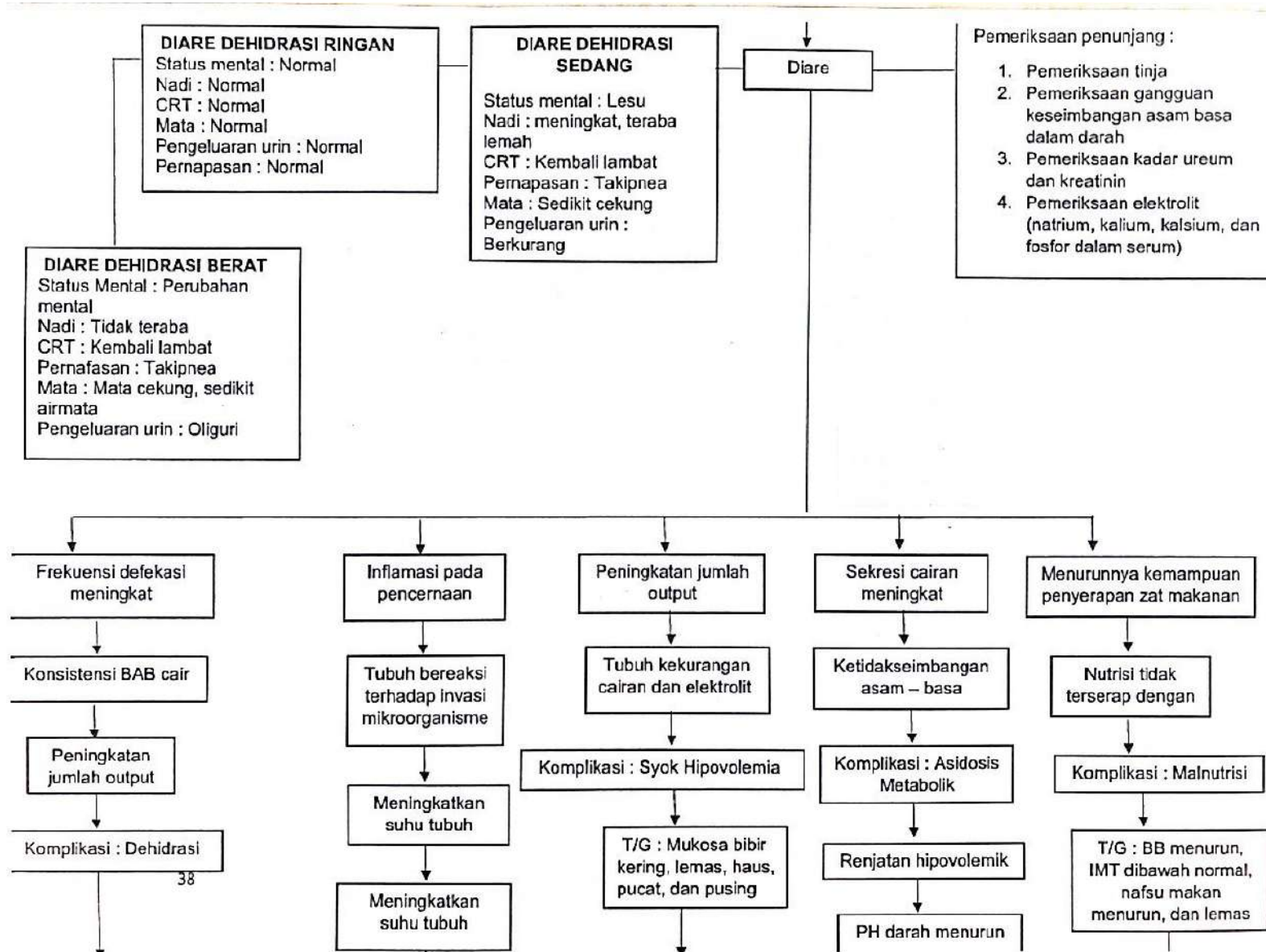
4. *Discharge Planning*

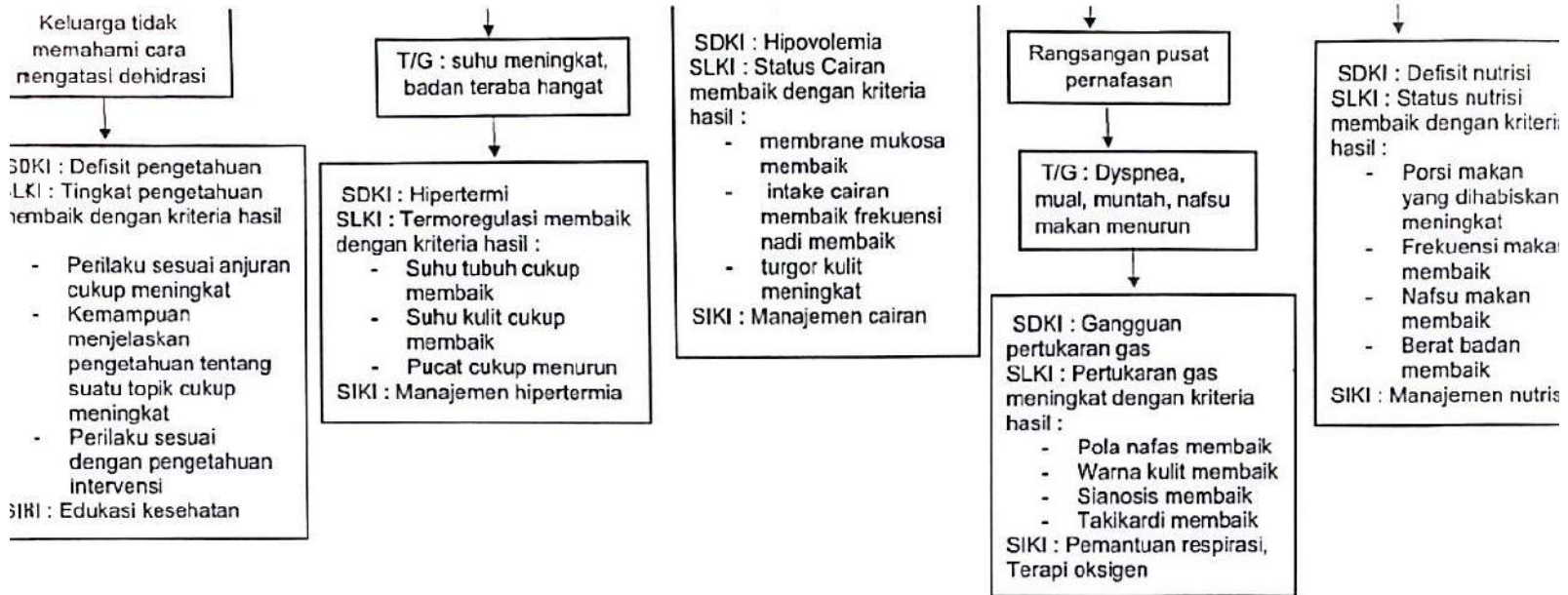
Ibu atau pengasuh yang berhubungan erat dengan balita harus diberi nasehat tentang :

- a. Cara memberikan cairan dan obat di rumah
- b. Kapan harus membawa kembali balita ke petugas kesehatan bila :
 - 1) Diare lebih sering
 - 2) Muntah berulang
 - 3) Sangat haus
 - 4) Makan/minum sedikit
 - 5) Timbul demam
 - 6) Tinja berdarah
 - 7) Tidak membaik dalam 3 hari.

(Kemenkes RI, 2011).







BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien dengan inisial By."R" umur 4 bulan masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 07 Juni 2022 dengan keluhan BAB encer disertai lendir 9 kali sejak jam 17.00 – 21.00 WITA, ibu pasien mengatakan anaknya mengalami muntah sebanyak 5 kali, dan demam sejak hari Senin dengan suhu 39°C. Ibu pasien mengatakan ia sudah membeli obat paracetamol sirup dan babypiper di apotik tapi tidak kunjung turun.

Pada saat pengkajian tanggal 07 Juni 2022 ibu pasien mengatakan anaknya sudah BAB encer disertai lendir 9 kali sejak jam 17.00 – 21.00 WITA, ibu pasien juga mengatakan anaknya sudah mengalami muntah sebanyak 5 kali, dan demam sejak hari senin. Ibu pasien juga mengatakan bahwa anaknya baru pertama kali mengalami BAB encer dan demam. Pada saat pengkajian pasien tampak pucat dan lemah, mukosa bibir kering, mata cekung, turgor kulit kembali dalam 3 detik, tampak lidah kotor ada sisa susu. Hasil observasi tanda – tanda vital : nadi 128 x/menit, pernapasan 26 x/menit, suhu 39°C. Hasil pemeriksaan darah lengkap didapatkan HGB 11.8 g/dL, HCT 33.8 %. Saat ini pasien mendapatkan terapi obat paracetamol sirup / 2,5 cc / oral, domperidone sirup / ½ sendok teh / oral, Z-inc tablet / ½ tab / oral, cotrimoxazole / ¾ tablet (4 ml)/oral, L-Bio sachet / 1 sachet/ oral, dan cairan KA-EN3B 500 ml/ 63 tetes per menit.

Dari data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosis keperawatan yaitu hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi



KAJIAN KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji dan NIM : 1. Raina Beatrice Ivena N.S (NS2114901119)

2. Redemptia Destri Ivo (NS2114901120)

Unit : St. Joseph 3

Autoanamnese:

Kamar : 3012

Alloanamnese : √

Tgl masuk RS : Selasa, 07 Juni 2022 (00.40)

Tgl pengkajian : Selasa, 07 Juni 2022 (12.30)

A. Identifikasi

1. Pasien

Nama initial : By.R Warga negara : Indonesia

Umur : 4 bulan 19 hari Bahasa yang digunakan : -

Jenis kelamin : Laki-Laki Pendidikan : -

Agama/ suku : Islam/Makassar

Alamat rumah : Jl. Rajawali I no 13 B

2. Orang Tua

Nama Bapak : Tn.R Nama Ibu : Ny.G

Umur : 43 Tahun Umur : 29 Tahun

Alamat : Jl. Rajawali I no 13 B

B. Data Medik

1. Diagnosa medik

Saat masuk : Diare + Febris

Saat pengkajian : Diare

2. Riwayat Kehamilan Ibu / Kelahiran dan Neonatal :

Ibu pasien mengatakan bahwa ia memiliki riwayat keguguran sebanyak 3 kali yang disebabkan oleh lemahnya kandungan, ibu pasien juga mengatakan sejak hamil ibu tidak bisa melakukan aktivitas yang berat karena dapat mempengaruhi janinnya. Ibu pasien juga mengatakan ia melahirkan di Rumah Sakit Kartini dengan cara *sectio* dan ditolong oleh dokter, berat badan lahir pasien

3,8 kg. Ibu pasien mengatakan alasan mengapa ia melakukan persalinan dengan cara *sectio* karena disaat pembukaan 6 ke 10 yang terlalu lama akhirnya dokter mengatakan untuk melakukan operasi, dan ibu juga mengatakan pada saat melahirkan ia menggunakan O2. Ibu pasien juga mengatakan bahwa saat pasien lahir, ia tidak langsung menangis, dan warna kulit berwarna kuning, ibu pasien juga mengatakan bahwa pasien dirujuk Ke ruangan NICU.

3. BUGAR :

Ibu pasien mengatakan pada saat lahir kulit anaknya berwarna biru pucat dan tidak menangis sama sekali, dan saat itu dokter mengatakan kepada ibu dan keluarganya agar anaknya di rujuk ke ruangan NICU, pada saat di ruang NICU anaknya diberi tindakan pengisapan lendir dan pemberian O2 nasal kanul 2 liter, Setelah dilakukan tindakan pengisapan lendir, anaknya sudah menangis dengan suara yang lemah dan anaknya dimasukkan ke inkubator untuk memantau kondisi bayi dan dilakukan tindakan pemberian sinar UV, dan ibu juga mengatakan bahwa anaknya di rawat selama 7 hari.

4. Kelainan bawaan/ Trauma kelahiran :

Ibu pasien mengatakan, pasien tidak memiliki riwayat penyakit bawaan.

5. Riwayat Tumbuh Kembang sebelum sakit:

Tampak pasien mampu menegakkan kepala ketika duduk, pasien mampu memegang sendiri mainan dan botol yang diberikan, pasien mampu menoleh kearah kanan dan kiri, dan pasien juga mampu memandang tangannya sendiri.

6. Riwayat Alergi :

Ibu pasien mengatakan, pasien tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan atau susu dan plaster ataupun sabun.

7. Catatan Vaksinasi

Jenis Vaksinasi	Bulan	Keterangan
Hep B0, Polio 0, BCG	Lahir	Sudah
Hep B1, polio 1, BCG, DPT-Hib	2 Bulan	Sudah
Hep B2, polio 2, DPT2-Hib2	3 bulan	Sudah
Hep B3, Polio 3, DPT3-Hib3	4 bulan	Sudah
Campak	9 bulan dan 18 bulan	Belum

8. Test Diagnostik

a. Laboratorium:

Selasa, 07 Juni 2022

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	7.85	$10^3/uL$	4.60 - 10.20
RBC	4.18	$10^6/uL$	4.00 - 6.10
HGB	11.8 -	g/dL	12.2 – 18.1
HCT	33.8 -	%	37.0 – 53.7
MCV	80.9	fL	80.0 – 97.0
MCH	28.2	Pg	26.0 – 31.2

MCHC	34.9	g/dL	31.8 – 35.4
PLT	249	10 ³ /uL	150 – 450
RDW-SD	35.1 -	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	11.7	%	11.5 – 14.5
PDW	10.5	fL	9.0 – 13.0
MPV	10.1	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	24.3	%	15.0 – 25.0
PCT	0.25	%	0.17 – 0.35
NEUT#	2.25 *	10 ³ /uL	1.50 – 7.00
LYMPH#	3.69 *	10 ³ /uL	1.00 – 3.70
MONO#	1.88 *	10 ³ /uL	0.00 – 0.70
EO#	0.01	10 ³ /uL	0.00 – 0.40
BASO#	0.02	10 ³ /uL	0.00 – 0.10
IG#	0.01 *	10 ³ /uL	0.00 – 7.00
NEUT%	28.7 *	%	37.0 – 80.0
LYMPH%	47.0 *	%	10.0 – 50.0
MONO%	23.9 *	%	0.0 – 14.0
EO%	0.1	%	0.0 – 1.0
BASO%	0.3	%	0.0 – 1.0
IG%	0.1 *	%	0.0 – 72.0

9. Terapi:

- a. Paracetamol srp 2,5 cc / oral / bila perlu
- b. Domperidon srp 3 x / ½ sendok teh / oral
- c. Kontrimoksazol srp 2 x / ¾ sendol makan (4 ml) / Oral
- d. L-Bio sachet / 1 sachet / 24 jam / oral
- e. Z-Inc tab / ½ tablet / 24 jam / oral
- f. Cairan KA-EN3B 63 tetes mikro / menit
- g. Oralite 50 cc / Oral / bila pasien BAB

C. Keadaan Umum

1. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ringan / **sedang** / berat / tidak tampak sakit

Alasan: Pasien tampak sakit sedang, tampak terpasang infus KA-EN 3B 500cc/63 tpm, pasien tampak lemah, mukosa bibir kering, tampak mata cekung, tampak turgo kulit Kembali dalam 3 detik.

2. Tanda-Tanda Vital

a. Kesadaran :

Skala koma scale / **pediatric coma scale**

1) Respon motorik : 6

2) Respon bicara : 3

3) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 13

Kesimpulan : Kesadaran composmentis

b. Tekanan darah : - mmHg

MAP : - mmHg

Kesimpulan : -

c. Suhu : 39⁰C di Axilla

d. Pernapasan: 26x/menit

Irama : Teratur

Jenis : Dada

e. Nadi : 128x/menit

Irama : Teratur, Lemah

f. Hal yang mencolok : -

3. Pengukuran

a. Tinggi badan : 48 cm

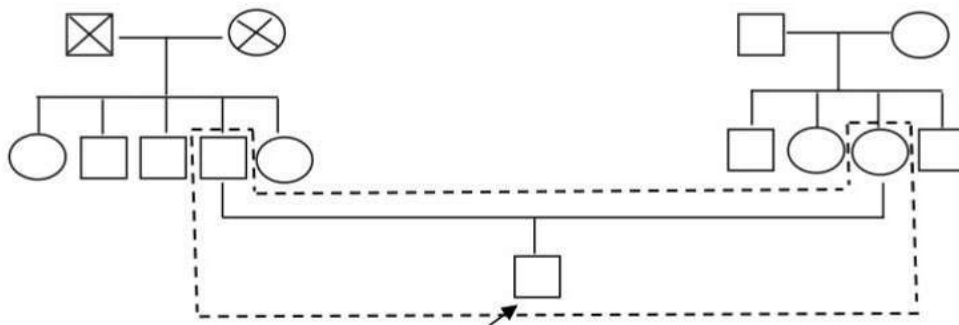
c. Lingkar kepala : 43 cm

b. Berat badan : 5,1 Kg

d. Lingkar dada : 48 cm

Kesimpulan : Berat badan sesuai dengan tumbuh kembang anak

4. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

⊗ : Laki-Laki meninggal

⊗ : Perempuan meninggal

----- : Tinggal serumah

↗ : Pasien

D. Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan kesehatan itu penting, dengan cara mengontrol jadwal imunisasi, ibu pasien mengatakan sejak lahir anaknya minum susu formula yang dikonsumsi setiap setiap 4 jam sekali, ibu pasien mengatakan tempat tidur yang ia gunakan untuk anaknya lengkap dengan pagar-pagar kecil di sudut tempat tidurnya agar mengurangi resiko terjadinya jatuh. Ibu pasien mengatakan ia kurang mengetahui penyakit-penyakit yang biasa didapatkan anak pada umumnya, ibu pasien juga mengatakan penyakit yang anaknya alami sekarang ini merupakan pertama kalinya, dan ibu juga mengatakan anaknya sering mengalami muntah sejak lahir, dan ia tidak mengontrol kedokter atau puskesmas.

b. Riwayat penyakit saat ini :

1) Keluhan utama : BAB encer

2) Riwayat keluhan utama :

Ibu pasien mengatakan saat dirumah anaknya sudah buang air besar sebanyak 9 kali sejak jam 17.00-21.00, dengan konsistensi encer disertai lendir, dan disertai muntah sebanyak 5 kali, ibu pasien juga mengatakan anaknya mengalami demam sejak hari Senin dengan suhu 39°C, ibu pasien juga mengatakan sejak anaknya demam ia membeli obat paracetamol sirup di apotek dan diberikan saat pasien demam, dan ibu juga memberikan *babypiper*, namun demamnya tidak menurun. Ibu memutuskan membawa anaknya kerumah sakit karena BAB encer dan demam yang tidak menurun. Ibu pasien juga mengatakan sejak masuk di IGD jam 00.40 sampai jam 03.00 anaknya sudah buang air besar sebanyak 5 kali, saat masuk keruang keperawatan jam

03.35 sampai jam 12.20 anaknya sudah buang air besar sebanyak 4 kali, disertai muntah sebanyak 3 kali.

c. Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Ibu pasien mengatakan saat ia melahirkan anaknya dibawah ke ruangan *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) karena anaknya tidak langsung menangis dan warna badannya kuning, pasien dirawat di ruangan NICU selama 1 minggu dan sejak lahir anaknya sering mengalami muntah secara mendadak.

d. Riwayat kesehatan keluarga :

Ibu pasien mengatakan bahwa ayah pasien mengalami penyakit hipertensi dan DM, dan masih mengkonsumsi obat amlodiphin, dan insulin.

e. Pemeriksaan fisik :

- 1) Kebersihan rambut : Tampak rambut bersih
- 2) Kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih dan tidak ada lesi.
- 3) Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih, tidak ada lesi dan edema
- 4) Kebersihan rongga mulut : Tampak lidah pasien putih
- 5) Kebersihan genetalia / anus : Tampak bersih

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya mengkonsumsi susu formula dengan takaran 30 air, dan 1 sendok susu. Pasien biasanya meminum susu sebanyak 120 cc/4 jam dan selalu menghabiskan susunya. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak memiliki alergi, ibu juga mengatakan sejak lahir berat badan anaknya naik \pm 3 kg, dari 3,8 kg menjadi 6,5 kg.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit anaknya sedikit malas meminum susu, yang biasanya ia sediakan sebanyak 120 cc/4 jam habis, sekarang ia menyisahkan sekitaran 30-40cc/botol. Ibu pasien mengatakan anaknya sering muntah ketika habis meminum susu. Ibu pasien juga mengatakan sejak sakit berat badan anaknya menurun dari 6,5 kg ke 5,1 kg. Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya demam sejak hari senin dengan suhu 39°C.

c. Observasi :

Tampak pasien terpasang infus KA-EN3/65 tpm, tampak pasien lemah dan pucat, mata pasien cekung, mukosa bibir kering, turgo kulit kembali dalam 3 detik.

Pemeriksaan fisik :

- 1) Keadaan rambut : Tampak pasien tidak memiliki rambut
- 2) Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kembali dalam 3 detik
- 3) Palpebra/conjungtiva : Tampak anemis
- 4) Sclera : Tampak tidak ikterik
- 5) Hidung : Tampak hidung simetris antara kiri dan kanan, tidak ada sekret
- 6) Rongga mulut : Tampak mulut kotor
Gusi : Tampak tidak ada lesi pada gusi
- 7) Gigi : Tampak tidak ada gigi
- 8) Kemampuan mengunyah keras : Tidak dikaji
- 9) Lidah : Tampak lidah kotor, tampak ada sisa sisa susu
- 10) Faring : Tampak tidak ada peradangan
- 11) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

12) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran kelenjar parotis

13) Abdomen :

- Inspeksi : Bentuk : Tampak datar
Bayangan vena : Tidak tampak adanya bayangan vena

- Auskultasi : Peristaltik usus : 35 x/menit

- Palpasi : Nyeri : Tidak dikaji
Benjolan : Tidak ada

- Perkusi : Negatif

14) Kulit :

- Edema : Negatif

- Icteric : Negatif

- Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada tanda-tanda peradangan

15) Lesi : Tidak ada lesi

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit anaknya buang air besar sebanyak 2 kali dalam sehari dengan konsistensi fekesnya padat dan berwarna kuning khas fekes. Ibu pasien juga mengatakan buang air kecil pasien juga bagus, sekitar 4 jam sekali ibunya mengganti popok, warna urin pasien biasanya kuning bening.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan saat dirumah anaknya sudah buang air besar sebanyak 9 kali sejak jam 17.00 – 21.00, dengan konsistensi fekes encer disertai lender, saat masuk di rumah sakit pasien sudah buang air besar sebanyak 9 kali sejak jam 00.40 –

12.20, ibu pasien mengatakan sejak sakit ini anaknya kurang buang air kecil, dan biasanya konsistensi kuning pekat.

c. Observasi :

Tampak pasien memakai pempers, tampak BAB pasien encer disertai lender, tampak pasien lemas, tampak muntah pasien berwarna putih.

d. Pemeriksaan Fisik :

- 1) Palpasi Kandung Kemih : Kosong
- 2) Mulut Uretra : Tidak dikaji
- 3) Anus :
 - Peradangan : Tidak dikaji
 - Hemoroid : Tidak dikaji
 - Fistula : Tidak dikaji

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan Sebelum Sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien sangat aktif, pasien biasanya bermain bersama ibu dan keluarga lainnya sebelum tidur.

b. Keadaan Sejak Sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien lebih diam dan lemas, pasien hanya menangis jika ingin meminum susu.

c. Observasi :

Tampak pasien lemas, tampak pasien menggunakan spalak.

1) Aktivitas Harian :

- Makan : 1
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 1
- Buang air kecil : 1

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

- Mobilisasi di tempat tidur : 2
 - Kesimpulan : Pasien tampak dibantu dengan alat dan orang
- 2) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada anggota gerak yang cacat
- 3) Fiksasi : Tampak pasien menggunakan spalak
- 4) Tracheostomi : Tampak tidak ada tracheostomi

d. Pemeriksaan Fisik:

Refleks fisiologis

- Refleks Moro : Negatif
- Refleks Babinski : Positif
- Refleks Rooting reflex : Positif
- Refleks sucking : Positif
- Grasp refleks : Positif
- Stepping refleks : positif
- Perfusi pembuluh perifer kuku : Kembali dalam 3 detik .

1) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi:
 - Bentuk thorax : Tampak simetris antara kiri dan kanan
 - Sianosis : Tidak ada tanda-tanda sianosis
 - Stridor : Tidak ada tanda-tanda stridor
- Auskultasi :
 - Suara napas : Vesikular
 - Suara ucapan : Tidak dikaji
 - Suara tambahan : Tidak ada

2) Jantung

- Inspeksi :
 - Ictus cordis : Tidak tampak
- Palpasi :

Ictus cordis : teraba di ICS 5 media clavikularis sinistra

▪ Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal di ICS II linea sternalis dekstra

Bunyi jantung II P : Tunggal di ICS II linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal di ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal di OCS V linea mid clavikularis

Bunyi jantung II irama gallop : Tidak terdengar irama gallop

Murmur : Tidak terdengar bunyi murmur

HR : 120 x/menit

Bruit : Aorta : Teraba ada

A.Renalis : Teraba ada

A. Femoralis : Teraba ada

3) Lengan dan tungkai

▪ Atrofi otot : Negatif

▪ Rentang gerak

Kaku sendi : Negatif

▪ Uji kekuatan otot : Tidak dikaji (usia pasien 4 bulan)

▪ Refleks fisiologi : Bisep (+), Trisep (+)

▪ Refleks patologi :

Babinski : **Kiri** : Negatif

Kanan : Negatif

▪ Clubing jari-jari : Tidak ada

4) Columna vertebralis:

▪ Inspeksi :

Kelainan bentuk : Tidak ada kelainan bentuk

- Palpasi :
Nyeri tekan : Tidak ada nyeri tekan
- Kaku kuduk : Tidak ada kaku kuduk
- Brudzinski : Negatif
- Kernig sign : Negatif

5. Pola Tidur dan Istirahat

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan biasanya pasien tidur malam dari jam 20.00 sampai jam 08.00, biasanya pasien terbangun di sekitar 4 jam sekali untuk meminum susu. Ibu pasien juga mengatakan pasien juga tidur siang sekitar 2-3 jam/hari. Pasien biasanya memiliki kebiasaan sebelum tidur, pasien biasanya harus digendong dan sambil meminum susu. Pasien tidur dengan suasana kamar yang gelap dan dilengkapi dengan guling, pasien tidur bersama orang tua atau tantenya, ibu pasien mengatakan pasien biasa sering mengigau (senyum-senyum).

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien lebih sering tidur, dan kurang aktif. Ibu pasien juga mengatakan pasien terbangun akibat pampers yang penuh, ibu pasien juga mengatakan bahwa anaknya sering menangis/rewel.

c. Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : Positif
Banyak menguap : Positif
Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

6. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit biasanya pasien mengikuti bayangan/orang yang ada didepannya, ibu pasien juga mengatakan pasien lebih aktif dan biasanya ketika seseorang menyentuh tangannya pasien refleks menggenggam tangannya, ibu pasien mengatakan biasanya pasien sering bermain bersama keluarga terutama tantenya. Pasien mampu mengikuti atau mendengarkan suara yang sedang ia dengarkan.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien lebih sering menangis dan rewel, ibu pasien juga mengatakan bahwa anaknya kurang aktif dan tidak merespon jika diajak bermain.

c. Observasi :

Tampak pasien menangis dan rewel

d. Pemeriksaan Fisik :

1) Penglihatan

- Cornea : Tampak jernih
- Pupil : Tampak isokor antara kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih

2) Pendengaran

- Pina : Tidak dikaji
- Kanalis : Tidak dikaji
- Membran timpani : Tidak dikaji
- Test pendengaran : Tidak ada masalah

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan bahwa ia sangat menyayangi anaknya, ia sangat menunggu kehadiran anaknya, karena ia sudah mengalami 3 kali keguguran, ibu pasien juga mengatakan bahwa anaknya sebelum sakit ia sangat jarang menangis, ia menangis jika merasa lapar dan pampersnya sudah penuh.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan sejak sakit ia sangat khawatir karena ia takut anaknya kenapa-kenapa, ibu pasien juga mengatakan bahwa ini adalah pertama kali anaknya masuk rumah sakit.

c. Observasi :

- 1) Kontak mata : Pasien tampak memperhatikan seseorang yang ada dihadapannya.
- 2) Rentang perhatian : Tampak pasien mengikuti gerakan yang berada di depannya.
- 3) Suara dan cara bicara : Tampak pasien belum mampu untuk berbicara

d. Pemeriksaan fisik :

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tampak tidak ada kelainan bawaan
- b) Abdomen :

Bentuk : Buncit

Banyangan vena: Tidak tampak

Benjolan massa : Tidak ada

8. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu mengatakan ia sangat senang memiliki anak, karena anak pasien merupakan anak pertama dan ibu pasien sangat menantikan kehadiran anaknya. Ibu pasien mengatakan bahwa yang membantu ia mengurus bayinya adalah suami dan kakanya, ibu pasien mengatakan pasien dekat/akrab dengan tantenya karena sejak lahir biasanya ia menitip anaknya ke tantenya jika ia memiliki keperluan diluar.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan ia sangat khawatir Ketika anaknya sakit, ibu pasien juga mengatakan sejak sakit anaknya lebih sering

tidur, ibu pasien mengatakan sejak ia dirawat di rumah sakit ia sering nangis jika melihat perawat.

c. Observasi :

Tampak pasien lemas, dan tidur

9. Pola Reproduksi dan Seksualitas

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu mengatakan bahwa ia sering membelikan anaknya mainan robot-robotan, dan sering membelikan barang lebih berwarna biru, hijau, dan merah.

b. Keadaan sejak sakit :

Tidak didapatkan masalah pada pola reproduksi dan seksualitas.

c. Observasi :

Tampak ada robot-robotan kecil berwarna biru

10. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan jika ada masalah dalam kehidupan anaknya ia akan berdiskusi kepada suami dan ibunya.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan bahwa ia sangat khawatir dengan penyakit anaknya karena pertama kalinya anaknya masuk rumah sakit. Ibu pasien mengatakan bahwa Ketika anaknya menangis ia hanya bisa menggendong dan menenangkan anaknya.

c. Observasi :

Tampak muka ibu cemas

11. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a. Keadaan sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan ia beragama Islam dan ia sering mendoakan tentang kesehatan dan tumbuh kembang anaknya.

b. Keadaan sejak sakit :

Ibu pasien mengatakan tidak ada tindakan keperawatan yang bertentangan dengan agamanya.

c. Observasi :

Tampak ada tasbi di atas tempat tidur.

ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan sejak dirumah sampai di rumah sakit, anaknya sudah BAB sebanyak 18 kali - Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien sedikit malas meminum susu, pasien menyisihkan susunya sekitar 30-40 cc/botol. - Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien jarang buang air kecil, dan biasanya dengan warna kuning pekat. - Ibu pasien mengatakan pasien lemas dan kurang aktif - Ibu pasien juga mengatakan pasien demam sejak hari senin dengan suhu 39°C <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemah dan pucat - Tampak pasien turgor kulit kembali dalam 3 detik. - Tampak mata pasien cekung - Tampak mukosa bibir kering - Tanda – tanda vital : Suhu : 39°C Nadi : 128 x/menit, teraba lemah 	<p>Kehilangan cairan aktif</p>	<p>Hipovolemia</p>
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan, pasien malas meminum susu, susu yang diberikan tidak habis 	<p>Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien</p>	<p>Defisit nutrisi</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan sejak dirumah sampai di rumah sakit, anaknya sudah BAB sebanyak 18 kali - Ibu pasien juga mengatakan saat dirumah anaknya muntah sebanyak 5 kali - Ibu pasien mengatakan sebelum sakit, berat badan anaknya 6,5 kg - Ibu pasien mengatakan pasien mengkonsumsi susu formula - Ibu pasien mengatakan, pasien tidak menghabiskan susunya, susu yang telah diminum sebanyak 90 cc/botol dari yang yang biasanya dikonsumsi 120 cc/botol <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB pasien 5,1 kg - Tampak susu tersisa 30 cc/botol - Tampak pasien pucat dan lemas - HGB 11.8 g/dL - HCT 33.8 % 		
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan, tidak mengetahui tentang penyakit, penyebab, dan penanganan yang di derita pasien - Ibu pasien mengatakan ini pertama kali pasien sakit seperti ini <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ibu gelisah - Tampak ibu pasien menanyakan kondisi anaknya pada dokter 	Kekurangan terpapar informasi	Defisit pengetahuan

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan
1	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif (D.0023) ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan saat dirumah sekitaran jam 17.00 – 21.00 pasien sudah BAB encer disertai lender sebanyak 9 kali. - Ibu pasien juga mengatakan saat dirumah anaknya muntah sebanyak 5 kali - Ibu pasien mengatakan saat masuk rumah sakit sekitaran jam 00.40- jam 12.20 pasien sudah BAB encer disertai lender sebanyak 9 kali disertai muntah 3 kali - Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien sedikit malas meminum susu, ia biasanya menyisihkan susunya sekitar 30-40 cc/botol. 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status cairan (L.03028) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan nadi cukup peningkatan - Membrane mukosa cukup membaik - Turgo kulit cukup membaik - Intake cairan cukup membaik - Suhu tubuh cukup membaik - Output urine cukup membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (1.03116):</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV <p>Manajemen Diare (1.03101):</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare (Mis. Inflamasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu)

	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien jarang buang air kecil, dan biasanya konsistensi kuning pekat. - Ibu pasien mengatakan pasien lemas dan kurang aktif - Ibu pasien juga mengatakan pasien demam sejak hari senin dengan suhu 39°C <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemah dan pucat - Tampak pasien turgor kulit Kembali dalam 3 detik. - Tampak mata pasien cekung - Tampak mukosa bibir kering - Tanda – tanda vital : Suhu : 39°C Nadi : 128 x/menit, teraba lemah 		<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi Riwayat pemberian ASI/Susu formula 3. Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja 4. Monitor jumlah pengeluaran diare 5. Monitor keamanan penyiapan susu formula/ASI <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral (Mis. Larutan garam, oralit 2. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan porsi kecil/Susu formula dan sering secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas.
2.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (D.0019) ditandai dengan :</p> <p>Ds:</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status nutrisi bayi (L.03031) membaik dengan kriteria hasil :</p>	<p>Pemantauan Nutrisi (1.03123) :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi perubahan berat badan 2. Monitor mual dan muntah 3. Monitor asupan oral/susu

	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan, pasien malas meminum susu, susu yang diberikan tidak habis - Ibu pasien mengatakan saat dirumah sekitaran jam 17.00 – 21.00 pasien sudah BAB encer disertai lender sebanyak 9 kali. - Ibu pasien juga mengatakan saat dirumah anaknya muntah sebanyak 5 kali - Ibu pasien mengatakan saat masuk rumah sakit sekitaran jam 00.40- jam 12.20 pasien sudah BAB encer disertai lender sebanyak 9 kali disertai muntah 3 kali - Ibu pasien mengatakan sebelum sakit, berat badan terakhir pasien pada tanggal 2 juni 2022, 6,5 kg - Ibu pasien mengatakan pasien mengkonsumsi susu formula - Ibu mengatakan biasanya ia menyediakan anaknya susu formula sebanyak 120 cc <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat Badan pasien 5,1 kg - Tampak susu tersisa 30 cc/botol 	<ul style="list-style-type: none"> - Berat badan cukup meningkat - Pucat cukup menurun - Pola makan cukup membaik 	<p>4. Monitor hasil laboratorium (mis. Kadar kolestrol, albumin serum, transferm, kreatinin, hemoglobin, hematokrit, dan elektrolit darah)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan jika perlu
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat dan lemas - HGB 11.8 g/dL - HCT 33.8 % 		
3.	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111) ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan, tidak mengetahui tentang penyakit, penyebab, dan penanganan yang di derita pasien - Ibu pasien mengatakan ini pertama kali pasien sakit seperti ini <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ibu gelisah - Tampak ibu pasien menanyakan kondisi anaknya pada dokter 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan (L.12111) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Perilaku sesuai pengetahuan meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 	<p>Edukasi Kesehatan (1.12383) :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal	Waktu	Dx	Implementasi	Paraf
Rabu, 8 juni 2022	07.30	II	Menimbang berat badan Hasil : - BB : 5,1 kg	Raina
	07.30	I	Mengkaji Tanda-Tanda Vital : Hasil : - S : 39°c - N : 130 x/menit	Raina
	07.32	I	Memberikan obat : Hasil : Paracetamol 2,5 cc / oral	Raina
	07.40	I	Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil : - Tampak turgor kulit kembali dalam 3 detik - Tampak bibir kering - Tampak popok pasien berisi feses berwarna kuning bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan, pasien tidak menghabiskan susu formula, tampak susu tersisa 25 ml.	Raina
	07.45	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : - Tampak feses pasien berwarna kuning cair dan berlendir - Tampak berat pampers 0,5 ons - Ibu pasien mengatakan sudah mengganti pampers sebanyak 5 kali sejak jam 03.00-07.00 wita	Raina
	07.46	II	Memonitor mual dan muntah Hasil : - Ibu pasien mengatakan pasien muntah di jam 06.00 wita, dan	Raina

			muntah pasien berwarna putih , konsistensi 1 cc	
07.50	I	Melakukan pemberian obat : Hasil : - Domperidone/oral/ ½ sendok teh		Raina
08.30	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : - Tampak feses pasien berwarna kuning cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 1 kali dengan konsistensi tinja berwarna kuning cair dan bercampur lendir ,berat pampers 0,2 ons		Raina
08.52	II	Memonitor asupan oral/susu formula Hasil : - Ibu pasien mengatakan ia sudah membuat susu sebanyak 120 ml/4 sedok		Raina
09.45	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : - Tampak feses pasien berwarna kuning cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 2 kali dengan konsistensi tinja berwarna kuning cair dan bercampur lendir ,berat pampers 0,2 ons		Raina
10.30	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : - Tampak feses pasien berwarna kuning cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 3 kali dengan konsistensi tinja berwarna kuning		Raina

			<p>cair dan bercampur lendir ,berat pampers 0,3 ons</p>	
12.10	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna kuning cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 4 kali dengan konsistensi tinja berwarna kuning cair dan bercampur lendir ,berat pampers 0,2 ons 	Raina	
13.35	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna kuning cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 5 kali dengan konsistensi tinja berwarna kuning cair dan bercampur lendir ,berat pampers 0,2 ons 	Raina	
13.50	I	<p>Memonitor asupan oral/susu formula</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu pasien mengatakan ia sudah membuat susu 2 kali, sebanyak 120/botol - ibu pasien mengatakan susu di botol pertama tersisa sekitar 20 ml, dan di botol kedua tersisa 30 ml. 	Raina	
13.55	I	<p>memonitor Intake dan output</p> <p>hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - input : 196,3 cc - output : 1,1 kg - Balance cairan sift pagi : 196,3 cc – 1101 ml = - 904,7 	Raina	

14.15	II	Mengidentifikasi Riwayat pemberian asi Hasil : - ibu mengatakan sejak lahir anaknya tidak mendapatkan asi, pasien hanya diberikan susu formula	Redemptia
14.16	I	Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia Hasil : - Suhu 37,3°C - Nadi 130 x/menit - Tampak turgor kulit Kembali dalam 3 detik - Tampak bibir kering - Tampak popok pasien berisi feses berwarna kuning bercampur lendir	Redemptia
15.45	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : - Tampak feses pasien berwarna kuning cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 6 kali dengan konsistensi tinja berwarna kuning cair dan bercampur lendir ,berat pampers 0,2 ons	Redemptia
17.27	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : - Tampak feses pasien berwarna kuning cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 7 kali dengan konsistensi tinja berwarna kuning cair dan bercampur lendir ,berat pampers 0,3 ons	Redemptia
18.00	I,II	Melakukan pemberian obat : Hasil : - Domperidone/oral/ ½ sendok teh	Redemptia

18.05	II	Melakukan pemberian obat : Hasil : - Z-inc Tablet/oral/ ½ tablet (10 mg)	Redemptia
18.10	I	Melakukan pemberian obat : Hasil : - Cotrimoxazole/oral/¾ tablet (4 ml)	Redemptia
18.30	II	Memonitor mual dan muntah Hasil : - Ibu pasien mengatakan, anaknya saat ini sudah tidak muntah lagi	Redemptia
19.53	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : - Tampak feses pasien berwarna kuning cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 8 kali dengan konsistensi tinja berwarna kuning cair dan bercampur lendir ,berat pampers 0,2 ons	Redemptia
20.55	I	Memonitor asupan oral/susu formula Hasil : - Ibu pasien mengatakan, pasien tidak menghabiskan susu formula, ibu pasien mengatakan ini sudah botol ketiga. - Tampak botol pertama sisa 40 cc, dan botol kedua 30	Redemptia
20.55	I	Memonitor intake dan output Hasil : - Input : 177 cc Output : 0,7 ons - Balance cairan : $177 - 70 = 107$	Redemptia
21.40	II	Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil :	Dinas Malam

			<ul style="list-style-type: none"> - Suhu 38,9°C - Nadi 137 x/menit - Tampak turgor kulit kembali dalam 3 detik - Tampak bibir kering - Tampak popok pasien berisi feses berwarna kuning bercampur lendir 	
	21.45	I	<p>Melakukan pemberian obat :</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 2,5 cc / oral 	Dinas Malam
	22.10	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasi; :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 9 kali dengan konsistensi kuning encer bercampur lendir, berat pampers 0,2 ons 	Dinas Malam
	03.00	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasi; :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 10 kali dengan konsistensi kuning encer bercampur lendir, berat pampers 0,3 ons 	Dinas Malam
	06.10	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasi; :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 11 kali dengan konsistensi kuning encer 	Dinas malam

			bercampur lendir, berat pampers 0,2 ons	
	06.40	II	<p>Memonitor asupan oral/susu formula</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan, pasein tidak menghabiskan susu formula, ibu pasien mengatakan ini sudah botol kelima - Tampak botol pertama sisa 10 cc, dan botol kedua 20 	Dinas malam
	07.05	I	<p>Memonitor intake dan output</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Input : <ul style="list-style-type: none"> Dinas Pagi : 196,3 cc Dinas siang : 177 cc Dinas malam : 216,5 cc Total input cairan: 589,8 cc/24 jam - Output : <ul style="list-style-type: none"> Dinas pagi : 1,1 kg Dinas siang : 0,7 ons (70 ml) Dinas malam : 0,7 ons (70 ml) Total output cairan : 1241ml - Berat badan pasien 4,5 kg (iwl normal = BB x 30 ; 4,5 x 30 = 135) - IWL kenaikan suhu : <ul style="list-style-type: none"> = 10% x 135 x (39°C - 37°C) = 13,5 x 1,5 = 20,25 cc/24 jam - Balance cairan : <ul style="list-style-type: none"> Input -(output + iwl) 589,8 - (1241 + 20,25) = 589,8 - 1.262,25 = - 671,45 cc/24 jam 	Raina dan Redemptia
Kamis, 9 juni 2022	07.00	I	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 39°C - Nadi : 134 x/menit, teraba lemah 	Raina

			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak turgor kulit Kembali dalam 3 detik - Tampak tangan pasien dingin - Tampak bibir kering - Tampak popok pasien berisi feses berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan, pasien tidak menghabiskan susu formula, tampak susu tersisa 30 ml. 	
	07.30	I	<p>Memberikan obat :</p> <p>Hasil : Paracetamol 2,5 cc / oral</p>	Raina
	07.40	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil; :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 1 kali dengan konsistensi hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,2 ons 	Raina
	07.41	I	<p>Mengidentifikasi penyebab diare</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan ia sudah mengganti susunya formula menjadi SGM bebas laktosa dengan takaran 120/4 sendok susu, dan tersisa ± 40 cc - Ibu pasien mengatakan sejak mengkonsumsi susu SGM bab pasien menjadi hijau muda bercampur lendir 	Raina
	07.42	II	<p>Memonitor mual dan muntah</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan, anaknya sudah tidak muntah lagi 	Raina

09.00	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 2 kali dengan konsistensi hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,1 ons 	Raina
09.30	I	<p>Memberikan cairan IV</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak terpasang asering 500 cc menggunakan set infus mikro/63 tetes/menit 	Raina
10.00	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 3 kali dengan konsistensi hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,2 ons 	Raina
11.00	II	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 4 kali dengan konsistensi hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,2 ons 	Raina
12.00	I	<p>Memonitor asupan oral/susu formula</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan ia sudah menyediakan susu sebanyak 120/4 sendok 	Raina

	12.40	II, III	Edukasi penanganan dehidrasi Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ibu mengerti tentang pengertian dehidrasi, penyebab dan penanganan diare di rumah - Ibu pasien dapat menyebutkan Kembali langkah-langkah membuat oralite 	Raina & Redemptia
	12.50	I,III	Menganjurkan asupan cairan oral/oralite Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian oralite 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc. - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc 	Raina
	13.45	II	Memonitor asupan oral/susu formula Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan, pasein tidak menghabiskan susu formula, ibu pasien mengatakan ini sudah botol kedua - Tampak botol kedua tersisa 30 cc 	Raina
	14.17	II	Memonitor intake dan output : Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Input : 572,5 cc Output : 0,7 ons (70 ml) - Balance cairan : $572,5 - 70 = 502,5$ 	Raina
	15.20	I	Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 37,7°c - Nadi : 132 x/menit, teraba lemah - Tampak turgor kulit Kembali dalam 3 detik - Tampak bibir kering - Tampak cairan infus sisa 200 cc 	Redemptia

15.50	II	<p>Memonitor keamanan penyiapan susu</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ibu pasien menyiapkan susu dengan menggunakan botol susu yang tidak dibilas terlebih dahulu dengan air panas - Tampak ibu pasien menyiapkan susu formula sebanyak 120 cc, ibu pasien mengatakan ini adalah botol ketiga 	Redemptia
15.55	I	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya demam. - Suhu badan : 38,3°C 	Redemptia
16.00	I	<p>Memberikan obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 2,5 cc/oral 	Redemptia
16.23	II	<p>Memonitor asupan oral/susu formula</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak susu formula tidak dihabiskan, sisa susu 50 cc 	Redemptia
17.05	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 5 kali dengan konsistensi encer dan berwarna hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,2ons 	Redemptia
17.25	II	<p>Menganjurkan asupan cairan oral/oralite</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian oralite 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc. - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc 	Redemptia

17.28	I	Memberikan cairan IV Hasil : - Tampak terpasang cairan As. Ring 500 cc menggunakan set infus mikro/63 tetes/menit	Redemptia
18.00	II	Melakukan pemberian obat : Hasil : - Domperidone/oral/ ½ sendok the/oral	Redemptia
18.06	II	Melakukan pemberian obat : Hasil : - Z-inc Tablet/oral/ ½ tablet(10 mg)/oral	Redemptia
18.10	II	Melakukan pemberian obat : Hasil : - Cotrimoxazole/oral ¾ tablet (4 ml)/oral	Redemptia
19.05	I	Memonitor asupan oral/susu formula Hasil : - Ibu mengatakan ini adalah botol ke 4, susu yang disiapkan 120 cc. - Tampak susu formula tidak dihabiskan, sisa susu 30 cc	Redemptia
19.38	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 6 kali dengan konsistensi encer dan berwarna hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,2 ons	Redemptia
20.17	II	Menganjurkan asupan cairan oral Hasil : - Pemberian oralite 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc.	Redemptia

	20.57	I	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc <p>Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 36.8°c - Nadi : 134 x/menit, teraba lemah - Tampak turgor kulit Kembali dalam 3 detik - Tampak bibir kering - Tampak cairan infus sisa 300 cc 	Redemptia
	20.57	I	<p>Memonitor input dan output :</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Input : 669,5 cc Output : 0,4 ons - Balance cairan : 669,5 – 40 = + 629,5 ml 	Redemptia
	22.00	I	<p>Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 36.6°C - Nadi 133 x/menit - Tampak turgor kulit Kembali dalam 3 detik - Tampak bibir kering 	Dinas Malam
	03.06	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 7 kali dengan konsistensi encer dan berwarna hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,2 ons 	Dinas malam
	03.06	II	<p>Menganjurkan asupan cairan oral/oralite</p> <p>Hasil :</p>	Dinas malam

			<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian oralit 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc. - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc 	
03.06	I	Memberikan cairan IV Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak terpasang cairan As. Ring 500 cc menggunakan set infus mikro/63 tetes/menit 	Dinas malam
06.20	II	Memonitor asupan oral/susu formula Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan, pasein tidak menghabiskan susu formula, ibu pasien mengatakan ini sudah botol kelima - Tampak botol pertama sisa 10 cc, dan botol kedua 20 	Dinas malam
06.20	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 8 kali dengan konsistensi encer dan berwarna hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,1 ons 	Dinas malam
07.00	I	Memonitor input dan output : Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Input : 660 cc - Output : 0,3 ons 	Redemptia
07.02		Memonitor intake dan output Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Input : Dinas Pagi : 572,5 cc Dinas siang : 669,5 cc Dinas malam : 660 cc 	Redemptia

			<p>Total input cairan : 1.902 cc/24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Output : <ul style="list-style-type: none"> Dinas pagi : 0,7 ons Dinas siang : 0,4 ons Dinas malam : 0,3 ons Total output cairan : 1,4 Kg (1400 ml) - BB 4,7 kg - IWL kenaikan suhu : <ul style="list-style-type: none"> $10\% \times 141 \times (39^{\circ}\text{c} - 37,5^{\circ}\text{c})$ $14,1 \times 1,5 = 21,15 \text{ cc/24 jam}$ - Input – (output + iwl) <ul style="list-style-type: none"> $1902 - (1400+21,15) = 1902 - 1.421,15 = + 480,85$ 	
Jumat, 10 Juni 2022	07.38	I	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 36,°C - Nadi 130 x/menit - Tampak turgor kulit Kembali dalam 3 detik - Tampak bibir kering - Tampak popok pasien berisi feses berwarna hijau bercampur lendir - Sisa cairan infus 350 cc 	Redemptia
	07.45	II	<p>Memonitor asupan oral/susu formula</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan ini adalah botol ke 1, susu yang disiapkan 120 cc. - Tampak susu formula tidak dihabiskan, sisa susu 40 cc 	Redemptia
	08.39	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil; :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir 	Redemptia

			<ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 1 kali dengan konsistensi hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,2 ons 	
08.40	II	Menganjurkan asupan cairan oral/oralit Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian oralite 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc. - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc 	Redemptia
08.50	II	Memonitor mual dan muntah Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan, anaknya sudah tidak muntah lagi 	Redemptia
12.30	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 2 kali dengan konsistensi hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,1 ons 	Redemptia
12.38	I	Memberikan cairan IV Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak terpasang asering 500 cc menggunakan set infus mikro/63 tetes/menit 	Redemptia
13.50	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 3 kali dengan 	Redemptia

			konsistensi hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,1 ons	
13.55	II	Menganjurkan asupan cairan oral/oralite Hasil : - Pemberian oralite 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc. - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc	Redemptia	
14.00	I	Memonitor input dan output : Hasil : - Input : 625 cc Output : 0,4 ons (40 ml) - Balance cairan : $669,5 - 40 = + 585$ ml	Redemptia	
14.10	II	Memonitor asupan oral/susu formula Hasil : - Ibu pasien mengatakan ia sudah menyediakan susu sebanyak 120/4 sendok - Tampak susu tersisa 25 cc	Raina	
16.20	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 4 kali dengan konsistensi hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,1 ons	Raina	
16.30	II	Menganjurkan asupan cairan oral/oralite Hasil : - Pemberian oralite 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc. - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc	Raina	

18.00	I	Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 37,2°c - Nadi : 120 x/menit, teraba lemah - Tampak turgor kulit Kembali dalam 3 detik - Tampak bibir kering - Tampak cairan infus sisa 400 cc 	Raina
18.10	I,II	Melakukan pemberian obat : Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Z-inc Tablet/oral/ ½ tablet(10 mg) 	Raina
18.15	I	Melakukan pemberian obat : Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Cotrimoxazole/oral/¾ tablet (4 ml) 	Raina
18.40	I	Memeriksa tanda dan gejala hipovilemia Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya tidak demam saat pemeriksaan. - Suhu badan : 37,2°C 	Raina
20.45	II	Memonitor asupan oral/susu formula Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak susu formula tidak dihabiskan, sisa susu 30 cc 	Raina
20.46	I	Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna hijau muda bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB ke 5 kali dengan konsistensi encer dan berwarna hijau muda bercampur lendir, berat pampers 0,2 ons 	Raina
20.50	II	Menganjurkan asupan cairan oral/oralite Hasil :	Raina

			<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian oralite 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc. - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc 	
	20.55	II	<p>Memonitor asupan oral/susu formula</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu mengatakan ini adalah botol ke 4, susu yang disiapkan 120 cc. - Tampak susu formula tidak dihabiskan, sisa susu 40 cc 	Raina
	20.56	I	<p>Memonitor input dan output :</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Input : 555 cc Output : 0,3 ons (30 ml) - Balance cairan : 555 – 30 = + 525 ml 	Raina
	21.30	I	<p>Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 36,5°C - Nadi 128 x/menit - Tampak turgor kulit Kembali dalam 3 detik - Tampak bibir kering - Tampak popok pasien berisi feses berwarna kuning bercampur lendir 	Dinas malam
	21.45	II	<p>Memonitor asupan oral/susu formula</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan ia sudah menyediakan susu sebanyak 120/4 sendok - Ibu pasien mengatakan, pasien tidak menghabiskan susu formula, ibu pasien mengatakan ini sudah botol kelima - Tampak botol pertama sisa 15 cc 	Dinas malam

	22.30	I	<p>Memberikan cairan IV</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak terpasang cairan As. Ring 500 cc menggunakan set infus mikro/63 tetes/menit 	Dinas malam
	02.00	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna kuning hijau cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB sebanyak 6 kali, dengan berat pampers 0,31 ons 	Dinas malam
	02.10	II	<p>Menganjurkan asupan cairan oral/oralite</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian oralite 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc. - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc 	Dinas Malam
	06.40	I	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak feses pasien berwarna kuning bercampur hijau cair dan bercampur lendir - Ibu pasien mengatakan pasien sudah BAB 7 kali dengan berat pampers 0,2 ons 	Dinas malam
	06.50	II	<p>Menganjurkan asupan cairan oral/oralite</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian oralite 4,1 gram dicampurkan air hangat sebanyak 200 cc. - Pemberian oralite 50 ml menggunakan spoit 10 cc 	Dinas malam

06.55	II	<p>Memonitor asupan oral/susu formula</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan ia sudah menyediakan susu sebanyak 120/4 sendok - Ibu pasien mengatakan, pasien tidak menghabiskan susu formula, ibu pasien mengatakan ini sudah botol kelima - Tampak botol pertama sisa 20 cc 	Dinas malam
07.00	I	<p>Memberikan cairan IV</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sisa cairan asering 100 cc 	Dinas malam
07.10	II	<p>Memonitor berat badan</p> <p>Hasil : 5 kg</p>	Dinas malam
07.15	I	<p>Memonitor intake dan output</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Input : <ul style="list-style-type: none"> Dinas Pagi : 625 cc Dinas siang : 684 cc Dinas malam : 555 cc Total input cairan : 1.864 cc/24 jam - Output : <ul style="list-style-type: none"> Dinas pagi : 0,4ons Dinas siang : 0,3 ons Dinas malam : 0,3 ons Total output cairan : 1 kg - IWL 30 x BB = 30 x 5 kg = 150 - Balance cairan : <ul style="list-style-type: none"> Input – (output-IWL) = 1.864 – (1220 + 150) = 1864 – 1370 = +464 	Raina & redemptia

Evaluasi Keperawatan

Hari, Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Rabu, 08 Juni 2022	<p>Dinas Pagi</p> <p>Diagnosis Keperawatan I : Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah buang air besar sebanyak 5 kali - Ibu pasien mengatakan anaknya muntah sebanyak 1 kali, berwarna putih - Ibu pasien mengatakan anaknya demam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat, lemah, mata cekung, dan bibir kering - Tampak turgor kulit pasien kembali dalam waktu 3 detik - Tanda-tanda vital : S : 36,8°c N : 130 x/menit - memonitor Intake dan output : Hasil : - input : 196,3 cc output : 1,1 kg - Balance cairan sift pagi : 196,3 cc – 1101 ml = - 904,7 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipovolemia belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen hipovolemia dan manajemen diare dilanjutkan 	Raina

	<p>Diagnosis Keperawatan II : Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 6,5 kg - Ibu pasien mengatakan pasien muntah sebanyak 1 kali berwarna putih - Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum, susu yang disediakan tidak dihabiskan - Ibu pasien mengatakan ia membuat susu 2 kali sebanyak 120/botol <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan pasien sejak sakit 4,5 kg - Tampak pasien pucat dan lemas - Tampak susu tersisa di botol pertama 20 ml, dan botol kedua 30 ml. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan nutrisi dilanjutkan <p>Diagnosis Keperawatan III : defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit anaknya - Ibu pasien mengatakan penyebab dari penyakit anaknya - Ibu pasien mengatakan ini pertama kali anaknya sakit seperti ini - Ibu pasien mengatakan ia tidak mengetahui penanganan diare pada anak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ibu gelisah dan khawatir - Tampak ibu pasien bertanya tentang kondisi anaknya kepada perawat dan dokter - Tampak ibu tidak membilas kembali botol susu menggunakan air hangat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit pengetahuan belum teratasi <p>P :</p>	
--	--	--

Edukasi Kesehatan dilanjutkan		
	<p>Dinas Siang</p> <p>Diagnosis Keperawatan I : Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah buang air besar sebanyak 3 kali - Ibu pasien mengatakan pasien tidak muntah - Ibu pasien mengatakan pada saat pemeriksaan suhu pasien tidak demam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat, lemah, mata cekung, dan bibir kering - Tampak turgor kulit pasien kembali dalam waktu 3 detik - Tanda-tanda vital : S : 37,3°c N : 130 x/menit - Input dan output : Hasil : Input : 177 cc Output : 0,7 ons - Balance cairan : $177 - 70 = 107$ <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipovolemia belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen hipovolemia dan manajemen diare dilanjutkan <p>Diagnosa Keperawatan II : Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya masih malas minum, susu yang disediakan tidak dihabiskan - Ibu pasien mengatakan ia membuat susu 2 kali sebanyak 120 ml/botol <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat dan lemas - Tampak susu tersisa di botol pertama 40 ml, dan botol kedua 30 ml. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit nutrisi belum teratasi - 	Redemptia

	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan nutrisi dilanjutkan <p>Diagnosa Keperawatan III : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit anaknya - Ibu pasien mengatakan penyebab dari penyakit anaknya - Ibu pasien mengatakan ini pertama kali anaknya sakit seperti ini - Ibu pasien mengatakan ia tidak mengetahui penanganan diare pada anak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ibu gelisah dan khawatir - Tampak ibu pasien bertanya tentang kondisi anaknya kepada perawat dan dokter - Tampak ibu tidak membilas Kembali botol susu menggunakan air hangat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit pengetahuan belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edukasi Kesehatan dilanjutkan 	
Kamis, 9 Juni 2022	<p>Dinas Pagi</p> <p>Diagnosa Keperawatan I : Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah buang air besar sebanyak 4 kali - Ibu pasien mengatakan anaknya demam - Ibu pasien mengatakan feses anaknya menjadi hijau - Ibu pasien mengatakan ia sudah mengganti susu formula anaknya menjadi SGM tanpa laktosa <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat, lemah, mata cekung, dan bibir kering - Tampak turgor kulit pasien kembali dalam waktu 3 detik 	Raina

	<ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital : S : 37,5°c N : 134 x/menit - Input dan output : - Input : 572,5 cc Output : 0,7 ons (70 ml) - Balance cairan : 572,5 – 70 = 502,5 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipovolemia belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen hipovolemia dan manajemen diare dilanjutkan <p>Diagnosa Keperawatan II : Defisit nutrisi b/d Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum, susu yang disediakan tidak dihabiskan - Ibu pasien mengatakan ia membuat susu 2 kali sebanyak 120/botol <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat dan lemas - Tampak botol susu pertama tersisa 40 ml jam 07.41 dan botol kedua 30 ml jam 13.45 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan nutrisi dilanjutkan <p>Diagnosa Keperawatan III : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan ia sudah mengerti dengan penyakit anaknya - Ibu pasien mengatakan ia sudah mengerti penyebab dari penyakit anaknya - Ibu pasien mengatakan ia sudah mengerti cara penanganan diare <p>O :</p>	<p>Raina & Redemptia</p>
--	--	------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak ibu bisa mengulang kembali materi yang diberikan - Tampak ibu gelisah dan khawatir - Tampak ibu sudah menyiapkan susu anaknya dengan baik <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit pengetahuan teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edukasi Kesehatan dihentikan 	
	<p>Dinas Siang</p> <p>Diagnosa Keperawatan I : Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah buang air besar sebanyak 2 kali - Ibu pasien mengatakan anaknya demam - Ibu pasien mengatakan feses anaknya menjadi hijau <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat, lemah, mata cekung, dan bibir kering - Tampak turgor kulit pasien kembali dalam waktu 3 detik - Tanda-tanda vital : S : 36,8°C N : 134 x/menit - Input dan output : Hasil : Input : 669,5 cc Output : 0,4 ons - Balance cairan : $669,5 - 40 = + 629,5$ ml <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipovolemia belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen hipovolemia dan manajemen diare dilanjutkan <p>Diagnosis Keperawatan II : Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi</p>	Redemptia

	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum, susu yang disediakan tidak dihabiskan - Ibu pasien mengatakan ia membuat susu 2 kali sebanyak 120/botol <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat dan lemas - Tampak botol susu pertama tersisa 50 ml jam 16.23 dan botol kedua 30 ml jam 19,05 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan nutrisi dilanjutkan 	
<p>Jumat, 10 Juni 2022</p>	<p>Dinas Pagi</p> <p>Diagnosa Keperawatan I : Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah buang air besar sebanyak 3 kali - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam - Ibu pasien mengatakan feses anaknya masih hijau bercampur lendir <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah tidak pucat, sudah mulai aktif, mata cekung, dan bibir lembab - Tampak turgor kulit pasien kembali dalam waktu 2 detik - Tanda-tanda vital : S : 36°C N : 130 x/menit - Input dan output : Hasil : Input : 625 cc Output : 0,4 ons (40 ml) - Balance cairan : $669,5 - 40 = + 585$ ml <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipovolemia teratasi sebagian <p>P :</p>	<p>Redemptia</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen hipovolemia dan manajemen diare dilanjutkan <p>Diagnosis Keperawatan II : Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum, susu yang disediakan tidak dihabiskan - Ibu pasien mengatakan ia membuat susu 2 kali sebanyak 120/botol <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat dan lemas - Tampak botol susu pertama tersisa 40 ml jam 07.45 dan botol kedua 25 ml jam 12.45 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit nutrisi teratasi Sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan nutrisi dilanjutkan 	
	<p>Dinas Siang</p> <p>Diagnosa Keperawatan I : Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah buang air besar sebanyak 2 kali - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam - Ibu pasien mengatakan feses anaknya masih hijau bercampur lendir <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah tidak pucat, sudah mulai aktif, mata cekung, dan bibir lembab - Tampak turgor kulit pasien kembali dalam waktu 2 detik - Tanda-tanda vital : S : 37.2 °c N : 120 x/menit - Input dan output : Hasil : Input : 555 cc 	Raina

	<p>Output : 0,3 ons (30 ml)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balance cairan : 555 – 30 = + 525 ml <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipovolemia teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen hipovolemia dan manajemen diare dilanjutkan <p>Diagnosis Keperawatan II : Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan anaknya malas minum, susu yang disediakan tidak dihabiskan - Ibu pasien mengatakan ia membuat susu kali sebanyak 120/botol <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien pucat dan lemas - Tampak botol susu pertama tersisa ml jam dan botol kedua ml jam <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan nutrisi dilanjutkan 	
--	---	--

DAFTAR OBAT

Obat Paracetamol

1. Nama Obat : Paracetamol
2. Klasifikasi/golongan obat : Analgetik antipiretik
3. Dosis Umum : 1 gram/100 ml
4. Dosis untuk pasien : 2,5 cc
5. Cara pemberian obat : oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
 Obat paracetamol ini bekerja pada pusat pengaturan suhu yang ada di otak untuk menurunkan suhu tubuh saat seseorang sedang mengalami demam, selain menurunkan suhu tubuh paracetamol ini juga bisa meredakan nyeri karena paracetamol ini juga dapat menghambat pembentukan prostaglandin (Oktaviana et al., 2017).
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
 Pada saat pasien masuk ke IGD, dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, dan didapatkan pasien mengalami peningkatan suhu tubuh 39°C.
8. Kontra indikasi :
 Pasien dengan Riwayat hipersensitivitas, penyakit hepar aktif derajat berat, hipovolemia berat, malnutrisi kronis, defisiensi G6PD, fenilketonuria, dan konsumsi alkohol dalam jangka waktu lama.
9. Efek samping obat :
 Sakit kepala, mual dan muntah, sulit tidur, perut bagian atas terasa sakit, urim berwarna gelap, Lelah, dan penyakit kuning.

Obat Domperidon

1. Nama obat : Domperidon
2. Klasifikasi/golongan obat : Antiemetik
3. Dosis umum :

Dewasa 10 mg/3 kali sehari, anak-anak : ≤ 12 tahun atau ≤ 35 kg 250 mg/3 kali sehari. Dosis maksimal 750 mcg/kgBB sehari.

4. Dosis untuk pasien : $\frac{1}{2}$ sendok teh
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Domperidon bekerja dengan mempercepat gerakan saluran pencernaan, sehingga makanan di dalam lambung lebih cepat menuju usus, akibatnya rasa mual dapat berkurang. Selain mual dan muntah, domperidon dapat digunakan untuk mengatasi gangguan gerakan saluran cerna seperti gastroparesis (Sudar et al., 2016).
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
Ibu pasien mengatakan sebelum kerumah sakit anaknya sudah mengalami muntah sebanyak 5 kali dalam kurung waktu kurang dari 5 jam, ibu pasien juga mengatakan pasien muntah ketika diberikan susu formula.
8. Kontraindikasi :
Gangguan jantung, gangguan hati berat, infeksi pada saluran cerna yang disertai pendarahan.
9. Efek samping :
Sakit kepala, merasa kepanasan, mata merah, mulut kering, payudara terasa nyeri, pembengkakan payudara pada pria, gangguan menstruasi pada wanita.

Obat Kotrimoksazol

1. Nama obat : Kotrimoksazol
2. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik

3. Dosis Umum :
Anak usia 2-5 bulan : 120 mg, 2 kali sehari. Anak usia 6 bulan sampai 5 tahun : 240 mg, 2 kali sehari. Anak usia 6 – 11 tahun : 480 mg, 2 kali sehari.
4. Dosis untuk pasien : $\frac{3}{4}$ sendok makan(4 ml)
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Cara kerja kotrimoksazol dengan cara mengganggu sintesa asam folat bakteri dan pertumbuhan melalui penghambat pembentukan asam dihidrofolat dari asam para-aminobenzoat. Fungsi obat kotrimoksazol adalah obat antibiotik untuk mengatasi penyakit infeksi bakteri seperti bronchitis, otitis media, dan infeksi saluran kemih, kotrimoksazol bekerja dengan cara membunuh bakteri penyebab infeksi (Reiman, 2018).
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
Alasan pemberian antibiotik pada pasien karena BAB yang berwarna hijau, dan dicurigai adanya infeksi pada saluran pencernaan
8. Kontra indikasi :
Memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap cotrimoxazole atau sulfonamid, anemia megaloblastik akibat defisiensi asam folat, drug-induced immune thrombocytopenia akibat cotrimoxazole, ibu hamil, menyusui, dan anak dibawah 2 bulan
9. Efek samping obat :
Sakit kepala, buang angin terus menerus, mual dan muntah, gangguan pola tidur, sulit berkonsentrasi, nafsu makan menurun

Obat L-Bio

1. Nama obat : L-Bio

2. Klasifikasi/golongan obat : anti inflamasi dan anti flatulen
3. Dosis Umum :
Dosis untuk anak \geq 12 tahun : 3 sachet perhari, dan dosis anak umur 2 tahun : 2-2 sachet perhari
4. Dosis untuk pasien : 1 sachet
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bakteri-bakteri asam laktat yang akan membantu fermentasi karbohidrat menjadi asam laktat, membantu mengurangi lonjakan pertumbuhan mikroorganisme patogen sehingga dapat meredakan diare, diare akibat laktosa, atau mengatasi diare yang dipicu penggunaan antibiotik dalam jangka waktu lama. Fungsi L-Bio adalah memperbaiki fungsi normal dari saluran pencernaan dan juga untuk memperbaiki kondisi diare, konstipasi, dispepsia, diare akibat laktosa, penggunaan antibiotika jangka panjang
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Alasan pemberian L-Bio pada pasien karena didapatkan pasien buang air besar sebanyak 9 kali saat dirumah.
8. Kontra indikasi : Tidak dikonsumsi oleh pasien yang alergi terhadap probiotik dan bakteri asam laktat.
9. Efek samping obat : Perut kembung, nyeri pencernaan, mual dan muntah

Obat Z-Inc

1. Nama obat : Z-Inc
2. Klasifikasi/golongan obat : Suplemen mineral
3. Dosis Umum : Anak usia 6 bulan hingga 5 tahun : 1 tablet per hari. Bayi 2 hingga 6 bulan : $\frac{1}{2}$ tablet per hari. Diberikan selama 10 hari berturut-turut, walaupun diare telah berhenti.

4. Dosis untuk pasien : ½ tablet
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Zinc sangat dibutuhkan dalam proses pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh. Zat ini dapat ditemukan dalam reaksi biologis tubuh seperti pada fungsi imun, penyembuhan luka, pembekuan darah, fungsi tiroid dan masih banyak lagi. Zinc juga memainkan peranan penting dalam menjaga Kesehatan mata. Defisiensi dapat menyebabkan kemampuan penglihatan menurun atau bahkan perubahan fisik retina pada kondisi defisiensi parah. Zinc juga diketahui memiliki kemampuan melawan virus, seperti mengurangi gejala yang ditimbulkan rhinovirus pada common cold. Mineral ini juga dikaitkan dengan kemampuan melawan virus herpes.
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

Alasan pemberian obat Z-INC pada pasien karena untuk mengurangi jumlah diare dan untuk memperbaiki system ketahanan tubuh.
8. Kontra indikasi :

Kandungan suplemen zinc merupakan zat dasar pembangun tubuh, obat ini aman dikonsumsi asalkan disesuaikan dengan dosis.
9. Efek samping obat :

Nyeri perut, dispesia, mual dan muntah, diare, iritasi lambung, gastritis, dan penggunaan jangka Panjang dapat menyebabkan defisiensi tembaga.

Oralit

1. Nama obat : Oralit
2. Klasifikasi/golongan obat : elektrolit

3. Dosis Umum : Anak usia 0-1 tahun : 1 – ½ gelas pada 3 jam pertama, kemudian ½ gelas tiap kali mencret/buang air besar. Anak usia 1-5 tahun : 3 gelas pada 3 jam pertama, kemudian 1 gelas tiap kali mencret/buang air besar. Anak usia 5 – 12 tahun : 6 gelas pada 3 jam pertama, kemudian 1 ½ gelas tiap kali mencret/buang air besar. Dewasa dan anak usia di atas 12 tahun : 12 gelas pada 3 jam pertama, kemudian 2 gelas tiap kali mencret/buang air besar.
4. Dosis untuk pasien : 50 ml/ ¾ gelas
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Dalam kondisi diare berbagai agen penginfeksi seperti virus, bakteri atau parasit akan menyebabkan perubahan pada mukosa usus, menghambat penyerapan dan merangsang sekresi usus. Hasil sekresi ini akan cukup banyak hingga tidak dapat diserap seluruhnya oleh usus. Kondisi inilah yang menjadikan feses saat diare menjadi encer atau lembek. Selain itu cairan dan garam akan ikut terbawa keluar bersama feses atau muntahan sehingga terjadilah dehidrasi. Selama diare penyerapan garam natrium akan terganggu sehingga pemberian oralit yang mengandung glukosa dan natrium akan sangat membantu. Menggabungkan gula (glukosa) dan garam (natrium) dalam oralit bukan tanpa tujuan, hal ini karena penyerapan natrium di usus akan sulit tanpa adanya glukosa, dengan adanya glukosa dengan konsentrasi cukup penyerapan garam akan mampu menghidrasi tubuh meskipun diare sedang berlangsung (Nurbaiti, 2017).
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Alasan pemberian obat oralit karena pada pasien didapatkan diare sebanyak 9 kali dan konsistensi berwarna hijau encer

beserta lendir, disertai muntah dan pasien tampak pucat dan lemah.

8. Kontra indikasi : Anuria atau ketidakmampuan ginjal memproduksi urin atau oliguria, malabsorpsi glukosa, biasanya hal ini dapat dilihat dari keluaran feses yang berlebihan dan banyak mengandung glukosa, dehidrasi parah yang disertai kejang, pemberian rehidrasi oral seperti akan terlalu lambat sehingga perlu penanganan rehidrasi secara parenteral.
9. Efek samping obat : Pusing, perut kembung, sakit perut, dan tingginya kadar natrium di dalam darah yang bisa ditandai dengan gejala berupa denyut jantung cepat, tekanan darah tinggi, sakit kepala, lelah yang berat, atau lemas.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama tiga hari dengan membandingkan antara tinjauan pustaka dengan kasus nyata pada By. R dengan diagnosis medis diare di ruangan Santo Yoseph 3 Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Dalam pembahasan ini, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui lima tahap, yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dokumentasi, dan evaluasi pada pasien diare.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik atau observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik mendukung hasil laboratorium darah lengkap. Dari pengkajian yang dilakukan pada By. R diketahui bahwa pasien masuk rumah sakit pada tanggal 07 Juni 2022 pada jam 00.40 dengan diagnosis medis diare. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 07 Juni 2022 jam 12.30, pada pasien By. R umur 4 bulan dengan diagnosa diare didapatkan keluhan BAB encer disertai lendir sebanyak 9 kali sejak 17.00 sampai 21.00 di rumah, keluarga pasien juga mengatakan saat dirumah anaknya mengalami muntah sebanyak 5 kali disertai demam sejak hari Senin dengan suhu 39°C. Ibu pasien mengatakan berat badan anaknya sebelum sakit 6,5 kg. Ibu pasien juga mengatakan sejak lahir anaknya sering mengalami muntah secara tiba – tiba dan juga ibu

mengatakan tidak mengetahui penyakit yang dialami anaknya dan cara menangani penyakit anaknya karena ini pertama kalinya anaknya sakit seperti ini. Tampak GCS 13 (V3E4M6), kesadaran composmentis. Tampak berat badan pasien 5,1 kg, pasien tampak lemas, pucat, mata cekung, mukosa bibir kering, dan turgor kulit kembali dalam tiga detik. Observasi tanda – tanda vital di dapatkan nadi 128 kali/menit dan teraba lemah, suhu 39°C, pernapasan 26 kali/menit. Didapatkan hasil pemeriksaan darah lengkap pada tanggal 07 juni 2021 didapatkan hasil HCT rendah 33.8 %, dan HGB rendah 11.8 g/dL.

Tanda dan gejala diare dengan dehidrasi berat pada teori tidak semua didapatkan pada pasien seperti kepala cekung. Tanda dan gejala yang dialami by. R yaitu mata cekung, turgor kulit kembali dalam 3 detik, mukosa bibir kering, pasien malas minum, lemas dan pucat. Peningkatan jumlah output yang akan mengakibatkan tubuh kekurangan cairan dan elektrolit yang menimbulkan tanda dan gejala dehidrasi.

Berdasarkan teori yang terdapat beberapa faktor resiko yang dapat mengakibatkan diare, antara lain usia (bayi) yang dimana system imunimatur cenderung mengeksplor benda menggunakan tangan dan kaki atau penggunaan botol susu. Pada anak, anak sering mengonsumsi jajanan sembarangan. Faktor makanan seperti makanan yang basi, kotor, beracun, dan alergi makanan. Pada kondisi psikologis seperti cemas dan frustrasi dan juga faktor bakteri/virus/parasit yang akan masuk kedalam tubuh dan menyebabkan peradangan lambung atau usus, yang akan mengganggu absorpsi nutrient dan cairan yang kemudian meningkatkan isi rongga usus dan terjadinya diare.

Pada kasus, faktor yang dapat menyebabkan diare pada by. R yaitu penggunaan botol susu. Salah satu faktor yang dapat

menyebabkan penyebaran kuman penyebab diare yaitu pemberian susu formula dengan penggunaan botol susu. Botol susu yang tidak steril sangat berbahaya dan akan menjadi tempat berkembang biaknya mikroorganisme yang bersifat patogen yang dapat menyebabkan diare.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis pada pasien yang diperoleh dari pengkajian, maka penulis mengangkat tiga diagnosis yaitu

a. Diagnosis keperawatan yang diangkat oleh penulis yaitu :

Diagnosis pertama, hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data – data dari hasil observasi pada pasien, yaitu tampak pasien pucat dan lemah, turgor kulit kembali dalam 3 detik, mata pasien cekung, mukosa bibir kering. Observasi tanda – tanda vital nadi 128 kali/menit, suhu 39°C dan didukung dengan hasil wawancara dengan ibu pasien yang mengatakan dirumah anaknya sudah BAB encer disertai lendir sebanyak 9 kali dan muntah sebanyak 5 kali dan disertai demam sejak hari Senin. Ibu pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit pada jam 00.40 – 12.20 pasien sudah mengalami BAB encer disertai lendir sebanyak 9 kali dan disertai muntah sebanyak 3 kali. Ibu pasien juga mengatakan anaknya malas minum susu, pasien menyisahkan susu sekitar 30 – 40 cc per botol. Ibu pasien mengatakan, pasien jarang buang air kecil dan warna urin kuning pekat.

Diagnosis kedua, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien. Penulis mengangkat diagnosis ini karena didapatkan data – data seperti penurunan berat badan dari 6,5 kg menjadi 5,1 kg, tampak tersisa susu 30 cc per botol, tampak pasien pucat

dan lemas. Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah mengalami BAB encer disertai lendir sebanyak 9 kali dan muntah sebanyak 5 kali. Ibu pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit pada jam 00.40 – 12.20 pasien sudah mengalami BAB encer disertai lendir sebanyak 9 kali dan disertai muntah sebanyak 3 kali. Ibu pasien juga mengatakan anaknya malas minum susu. Pada hasil laboratorium yang didapatkan hasil HCT rendah 33.8 %, dan HGB rendah 11.8 g/dL.

Diagnosis ketiga, defisit pengetahuan berhubungan dengan kekurangan informasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data dari hasil wawancara, ibu pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui penyakit, penyebab dan penanganan yang diderita pasien karena ini pertama kali anaknya sakit seperti ini.

- b. Diagnosis keperawatan yang pada teori tetapi tidak diangkat oleh penulis, yaitu :
- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena dari tanda dan gejala pada pasien tidak mengalami sesak dan tidak memerlukan pemeriksaan analisa gas darah karena didapatkan hasil pemeriksaan Spo2 100% dan pernafasan 128 x/menit.
 - 2) Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena dari tanda dan gejala pada pasien didapatkan adanya demam, tetapi menurut penulis demam merupakan salah satu data penunjang pada masalah hipovolemia. Demam akan teratasi apabila masalah hipovolemia teratasi.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan, penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnose keperawatan memfokuskan sesuai kondisi pasien

a. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen hypovolemia yang meliputi tindakan observasi : periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah), monitor intake dan output. Tindakan terapeutik : hitung kebutuhan cairan. Tindakan kolaborasi : kolaborasi pemberian cairan IV. Manajemen diare yang meliputi tindakan observasi : identifikasi penyebab diare (mis. inflamasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat – obatan, pemberian botol susu), identifikasi riwayat pemberian ASI atau susu formula, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor jumlah pengeluaran diare, monitor keamanan penyiapan susu formula atau ASI. Tindakan terapeutik : berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam, oralit), ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit. Tindakan edukasi : anjurkan makanan porsi kecil/susu formula dan sering secara

bertahap. Tindakan kolaborasi : kolaborasi pemberian obat antimotilitas.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah pemantauan nutrisi yang meliputi tindakan observasi : identifikasi perubahan berat badan, monitor mual muntah, monitor asupan oral atau susu, monitor hasil laboratorium (mis. kadar kolesterol, albumin serum, tranverm kreatinin, haemoglobin, hematokrit, dan elektrolit). Tindakan terapeutik : timbang berat badan, dokumentasi hasil pemantauan. Tindakan edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur pemantaun, informasikan hasil pemantauan jika perlu.
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah edukasi kesehatan yang meliputi tindakan observasi : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Tindakan terapeutik : sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Tindakan edukasi : jelaskan faktor yang mempengaruhi faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih.

4. Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan pada by. R, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan keluarga pasien dan juga didukung oleh sarana

yang ada di rumah sakit. Selama dilakukan implementasi dari hari pertama sampai hari ketiga didapatkan keadaan pasien cukup membaik. Pada hari ketiga didapatkan intake pasien 1864 cc/24 jam dan output 2,3 kg/24 jam dan hasil balance -436. Didapatkan suhu tubuh membaik, berat badan menurun menjadi 5 kg, pasien sudah tidak muntah, serta ibu pasien sudah mengerti pengertian diare, penyebab dan penanganan dehidrasi pada pasien diare.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari implementasi pada Rabu, 08 Juni 2022 sampai Jumat, 10 Juni 2022 pada pasien by. R merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3 kali 24 jam :

- a. Diagnosis hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Sampai pada perawatan hari ketiga teratasi sebagian dibuktikan dengan suhu tubuh pasien cukup membaik dan tidak demam lagi, hasil intake output 525 cc.
- b. Diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient. Sampai pada perawatan hari ketiga belum teratasi dibuktikan dengan berat badan pasien yang menurun menjadi 5 kg, wajah pasien masih pucat, pasien masih menyisahkan susunya.
- c. Diagnosis defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Sampai pada perawatan hari kedua sudah teratasi diuktikan dengan ibu mampu menyebutkan kembali tentang pengertian dan penyebab diare serta penanganan dehidrasi.

B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing

1. Judul EBN :

Intervensi pemberian cairan oral

2. Diagnosis keperawatan :

Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif ditandai dengan :

Ds :

- Ibu pasien mengatakan saat dirumah sekitaran jam 17.00 – 21.00 pasien sudah BAB encer disertai lendir sebanyak 9 kali.
- Ibu pasien juga mengatakan saat dirumah anaknya muntah sebanyak 5 kali
- Ibu pasien mengatakan saat masuk rumah sakit sekitaran jam 00.40- jam 12.20 pasien sudah BAB encer disertai lendir sebanyak 9 kali disertai muntah 3 kali
- Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien sedikit malas meminum susu, ia biasanya menyisihkan susunya sekitar 30-40 cc/botol.
- Ibu pasien mengatakan sejak sakit pasien jarang buang air kecil, dan biasanya konsistensi kuning pekat.
- Ibu pasien mengatakan pasien lemas dan kurang aktif
- Ibu pasien juga mengatakan pasien demam sejak hari senin dengan suhu 39°C

Do :

- Tampak pasien lemah dan pucat
- Tampak pasien turgo kulit Kembali dalam 3 detik.
- Tampak mata pasien cekung
- Tampak mukosa bibir kering
- Tanda – tanda vital :
- Suhu : 39°C

Nadi : 128 x/menit, teraba lemah

3. Luaran yang diharapkan :

- a. Kekuatan nadi cukup meningkat
- b. Membrane mukosa cukup membaik
- c. Intake cairan cukup membaik
- d. Suhu tubuh cukup membaik

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN :

Oralit mengandung mengandung 3,5 gram, NaCL, 2,5 gram/L Na bikarbonat, 1,5 gram KCL dan 20 gram glukosa yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh. Dosis larutan oralit dengan dosis satu bungkus dimasukkan kedalam satu gelas air matang (200cc) lalu diberikan kepada anak sampai habis. Pemberian NaCl dan glukosa dapat mempercepat pemulihan tubuh yang mengalami dehidrasi, karena usus halus dan kolon sangat berpengaruh terhadap natrium, sehingga NaCl mudah sekali diserap oleh usus halus dan kolon. Natrium sangat berguna untuk penyerapan glukosa, asam amino dan juga beberapa zat yang lain (Nurbaiti, 2017). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam hasil yang didapatkan setelah pemberian oralit, output buang air besar berkurang menjadi 7 kali dalam 24 jam dari 11 kali dalam 24 jam.

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan :

Oralit adalah larutan yang bermanfaat untuk menggantikan cairan dan elektrolit tubuh yang hilang dalam tinja akibat diare (Atrie & Lizawati, 2016)

b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep :

Tujuan pemberian oralit, yaitu untuk mencegah terjadinya dehidrasi akibat dari keluarnya cairan dan elektrolit tubuh yang keluar akibat diare (Atrie & Lizawati, 2016).

c. PICOT KASUS

Problem/population :

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini diberikan intervensi pemberian oralit pada pasien by. R dengan diare.

Intervension :

Oralit mengandung mengandung 3,5 gram, NaCL, 2,5 gram/L Na bikarbonat, 1,5 gram KCL dan 20 gram glukosa yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh. Dosis larutan oralit dengan dosis satu bungkus dimasukkan kedalam satu gelas air matang (200cc) lalu diberikan kepada anak sampai habis. Campuran glukosa dan garam di dalam oralit dapat diserap dengan baik oleh penderita diare sehingga lebih disarankan untuk mengkonsumsi oralit sebagai penanganan pertama pada anak yang mengalami diare sebelum tanda-tanda dehidrasi muncul.

Pada pasien by. R dosis oralit yang diberikan adalah 50 ml atau $\frac{1}{4}$ gelas setiap kali buang air besar.

Comparison :

Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak memiliki intervensi pembandingan.

Outcome :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam hasil yang didapatkan setelah pemberian oralit, output buang air besar berkurang menjadi 7 kali dalam 24 jam dari 11 kali dalam 24 jam.

Time :

Intervensi dilakukan pada tanggal 08 Juni 2022

Telaah Jurnal :

Dalam Karya Ilmiah Akhir ini menggunakan 3 jurnal pendukung, yaitu :

- a. Pada penelitian yang dilakukan oleh Indriyani & Kurniawan (2017) yang berjudul "Pengaruh 3 Jam Pertama Terhadap Lama Perawatan Pada Bayi dengan Diare Akut Dehidrasi Ringan - Sedang" didapatkan hasil yang menunjukkan bahwa pengaruh pada kelompok 3 jam pertama pemberian oralit 200 dengan kelompok kontrol terhadap penurunan frekuensi BAB memiliki p value=0.000 ($\alpha < 0,05$) dan konsistensi feses juga menunjukkan p value = 0,004 yang diartikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan rata - rata antara kelompok 3 jam pemberian oralit 200 dengan kelompok kontrol terhadap penurunan frekuensi BAB dan konsistensi feses. Perubahan rata - rata frekuensi BAB dan konsistensi feses yang didapatkan pada kelompok 3 jam pemberian oralit adalah hanya 0,13 kali setiap hari. Hal ini dapat terjadi karena komponen glukosa dalam oralit 200 tidak meningkatkan kadar osmolaritas, sehingga kadar osmolaritasnya tetap berada pada kisaran angka 245 mmol/L. Ketika oralit dikonsumsi, tekanan osmotik di dalam lumen usus menjadi lebih rendah dari tekanan osmotik di dalam plasma/vaskuler sehingga dapat mengurangi sekresi/jumlah cairan di dalam lumen usus.
- b. Pada penelitian yang dilakukan oleh Atrie & Lizawati (2016) yang berjudul "Studi Komparasi Efektivitas Oralit Dan Air Kelapa Hijau Terhadap Frekuensi Diare Pada Anak Usia Sekolah" didapatkan hasil setelah dilakukan pemberian larutan Oralit pada 10 orang responden

diketahui 10 orang tersebut (100%) mengalami penurunan frekuensi BAB yaitu dimana 5 orang responden (50%) mengalami penurunan frekuensi BAB menjadi 2 kali sehari dan 5 orang responden (50%) yang mengalami penurunan frekuensi BAB menjadi 3 kali sehari. Hal ini sesuai menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang dikutip dari jurnal ini, mengatakan bahwa 3,5 gram NaCl, 2,5 gram/L Na bikarbonat, 1,5 gram KCL dan 20 gram glukosa yang terkandung dalam oralit memiliki manfaat untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dan cairan dalam tubuh.

- c. Pada penelitian yang dilakukan oleh Indriyani & Kurniawan (2017) yang berjudul "Pengaruh Oralit 200 Terhadap Lama Perawatan Bayi Dengan Diare Akut Dehidrasi Ringan-Sedang" didapatkan hasil pengaruh kelompok oralit 200 dengan kelompok kontrol terhadap penurunan frekuensi BAB memiliki p value=0.000 ($\alpha < 0,05$) sehingga terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok oralit dengan kelompok kontrol terhadap penurunan frekuensi buang air besar. Hal ini dapat terjadi karena komponen glukosa yang terkandung dalam oralit tidak meningkatkan kadar osmolaritas. Kandungan glukosa yang terdapat pada oralit akan meningkatkan reabsorpsi air dan elektrolit yang tersekresi ke lumen usus saat diare.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uraian diatas yang telah dikemukakan dengan penerapan asuhan keperawatan pada pasien By. R dengan diare, maka penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Dari hasil pengkajian yang diperoleh pada By.R dengan diare didapatkan data, saat pengkajian ibu pasien mengatakan, pasien mengalami BAB encer disertai lendir sebanyak 9 kali sejak 17.00 sampai 21.00 di rumah, keluarga pasien juga mengatakan saat dirumah anaknya mengalami muntah sebanyak 5 kali disertai demam sejak hari Senin dengan suhu 39°C. Ibu pasien mengatakan berat badan anaknya sebelum sakit 6,5 kg. Ibu pasien juga mengatakan sejak lahir anaknya sering mengalami muntah secara tiba – tiba dan juga ibu mengatakan tidak mengetahui penyakit yang dialami anaknya dan cara menanganinya karena ini pertama kalinya anaknya sakit seperti ini. Tampak GCS 13 (V3E4M6), kesadaran compos mentis. Tampak berat badan pasien 5,1 kg, pasien tampak lemas, pucat, mata cekung, mukosa bibir kering, dan turgor kulit kembali dalam tiga detik. Observasi tanda – tanda vital di dapatkan nadi 128 kali/menit dan teraba lemah, suhu 39°C, pernapasan 26 kali/menit. Didapatkan hasil pemeriksaan darah lengkap pada tanggal 07 Juni 2022 didapatkan hasil HCT rendah 33.8 %, dan HGB rendah 11.8 g/dL.
2. Setelah melakukan pengkajian, penulis menemukan 3 diagnosis keperawatan, yaitu hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Berdasarkan data – data yang ditemukan penulis pada By. R dengan diagnosis diare, penulis membuat rencana keperawatan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien, yaitu :
 - a. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Intervensi yang dilaksanakan sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, yaitu periksa tanda dan gejala hypovolemia, monitor intake dan output, hitung kebutuhan cairan, kolaborasi pemberian cairan IV. Identifikasi penyebab diare, identifikasi riwayat pemberian ASI atau susu formula, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor jumlah pengeluaran diare, monitor keamanan penyiapan susu formula atau ASI, berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam, oralit), ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit, anjurkan makanan porsi kecil/susu formula dan sering secara bertahap, kolaborasi pemberian obat antimotilitas.
 - b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient. Intervensi yang dilaksanakan sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, yaitu identifikasi perubahan berat badan, monitor mual muntah, monitor asupan oral atau susu, monitor hasil laboratorium, timbang berat badan, dokumentasi hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan jika perlu.
 - c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Intervensi yang dilaksanakan sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor yang mempengaruhi faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan

sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih.

4. Implementasi yang telah dilakukan pada By. R sesuai dengan rencana keperawatan yang telah penulis susun. Semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan dengan baik.
5. Hasil evaluasi yang didapatkan pada By. R dengan diare, yaitu :
 - a. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif dengan hasil akhir pasien, ibu pasien mengatakan masih buang air besar dengan konsistensi encer disertai lendir, berwarna hijau, sebanyak 7 kali dalam 24 jam. Kekuatan nadi teraba lemah. Mukosa bibir tampak lembab, intake dan output cairan cukup membaik, suhu tubuh kembali normal, turgor kulit kembali dalam 2 detik. Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3 x 24 jam masalah hipovolemia teratasi sebagian.
 - b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dengan hasil akhir pasien, berat badan 5 kg, tampak wajah pasien tidak pucat lagi, pola makan/minum susu pasien tampak membaik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam masalah defisit nutrisi teratasi sebagian.
 - c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan hasil akhir, ibu pasien mampu menyebutkan cara penanganan diare dengan dehidrasi, tampak ibu pasien sudah mengubah kebersihan penyiapan botol susu, tampak ibu pasien sudah memahami tentang penyakit yang anaknya alami. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam masalah defisit pengetahuan teratasi.

B. Saran

Berdasarkan simpulan diatas, maka penulis memberikan saran dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diare kepada beberapa pihak, yaitu :

1. Bagi Instansi RS

Bagi pihak rumah sakit, diharapkan agar mempertahankan pelayanan mutu dalam memberikan asuhan keperawatan yang komperehensif sesuai dengan disiplin ilmu kesehatan terkhusus pada pasien dengan diagnosis diare.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Bagi pihak keperawatan diharapkan agar memberikan asuhan keperawatan dalam hal ini edukasi kesehatan kepada keluarga dengan diare agar keluarga dapat melakukan penanganan awal saat dirumah dengan cara pemberian oralit atau larutan garam dan gula.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan agar meningkatkan mutu dalam memperoleh ilmu dalam menyusun asuhan keperawatan baik dalam teori maupun praktek khususnya dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diare.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, Z. S., & Purnamawati, I. D. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Diare. *E-Journal*, 118–136. <https://akper-pasarrebo.e-journal.id/nurs/article/download/64/39>
- Amalia. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DIARE DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN*. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1470/1/3>. AMALIA %28P07220118063%29.pdf
- Atrie, U. Y., & Lizawati. (2016). Studi Komparasi Efektifitas Oralit Dan Air Kelapa Hijau Terhadap Frekuensi Diare Pada Anak Usia Sekolah. *Jurnal Keperawatan*, Vol 6, No 1 (2016): Juli 2016, 550–560. <http://jurnal.stikeshangtuah-tpi.ac.id/index.php/jurkep/article/view/65>
- Aziz, U. A. (2017). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK YANG MENGALAMI DIARE DENGAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DI RUANG MELATI 2 RUMAH SAKIT Dr. MOEWARDI SURAKARTA*.
- Bakti Husada. (2011). Situasi Diare di Indonesia. *Buletin Jendela Data Dan Informasi Kesehatan*.
- Daiyah, I., & Hrp, H. J. R. (2019). PENGARUH PENDAMPINGAN PEMBERIAN ASI TERHADAP SEKRETORI IMUNOGLOBULIN A (slg A) PADA NEONATUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS RUMBAI PEKANBARU 2017. *Jurnal Proteksi Kesehatan*, 7(1), 31–38. <https://doi.org/10.36929/jpk.v7i1.127>
- Depkes RI. (2011). Buku saku petugas kesehatan lintas diare. *Jakarta: Depkes RI. Halaman, 14*, 18–20.
- Guandalini, S. (2020). Diarrhea. *Medscape*. <https://emedicine.medscape.com/article/928598-overview>
- Hayati, K., & Simanullang, G. E. (2019). HUBUNGAN PEMBERIAN SUSU FORMULA DENGAN KEJADIAN DIARE PADA BAYI USIA 1-6 BULAN DI DESA TAMBAK CEKUR KECAMATAN SERBAJADI KABUPATEN SERDANG BEDAGAI TAHUN 2019. *Jurnal Keperawatan Dan*

Fisioterapi, 1(2), 20–26.

<https://doi.org/https://doi.org/10.35451/jkf.v1i2.153>

Indriyani, P., & Kurniawan, Y. D. (2017a). PENGARUH 3 JAM PERTAMA TERHADAP LAMA PERAWATAN PADA BAYI DENGAN DIARE AKUT DEHIDRASI RINGAN-SEDANG. *Viva Medika*, 10(01), 6–11.

Indriyani, P., & Kurniawan, Y. D. (2017b). Pengaruh Oralit 200 Terhadap Lama Perawatan Bayi Dengan Diare Akut Dehidrasi Ringan-Sedang. *Prosiding Seminar Nasional & Internasional*, 1(1), 297–306.

J, Karen. M, Robert. B, Hal. E, Richard. (2014). *Ilmu Kesehatan Anak Esensial* (6th ed.).

Kemkes RI. (2011). Situasi Diare di Indonesia. *Buletin Jendela Data & Informasi Kesehatan*, 2(2), 26–32.
<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/buletin/buletin-diare.pdf>

Kemkes RI. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.
https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf

Kemkes RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2020* (p. 118).
<https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>

Kharisma, R. (2018). *Anatomi Fisiologi Manusia*. Universitas Esa Unggul.

Lang, D.-L. (2022). Digestive System Processes and Regulation. *Hostos Community College Library*. <https://guides.hostos.cuny.edu/bio140/5-16>

Leksana, E. (2015). Strategi terapi cairan pada dehidrasi. *Cermin Dunia Kedokteran*, 42(1), 70–73.

Maidarti, & Anggraeni, R. D. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare pada Balita (Studi Kasus : Puskesmas Babakansari). *Jurnal Keperawatan BSI*, V(2), 110–120.
<http://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk>

Manalu, N. V., Sitompul, M., Sihombing, R. M., Sitanggang, Y. F., Hutapea,

- A. D., Darmareja, R., Saputra, B. A., Togatorop, L. B., Watania, L. N., Rahmi, U., Faridah, U., Wulandari, I. S. M., Zuliani, & Suwanto, T. (2021). *Keperawatan Sistem Pencernaan* (A. Karim (ed.); 1st ed.). Yayasan Kita Menulis. https://books.google.co.id/books?id=pLgyEAAAQBAJ&pg=PA29&dq=gastroenteritis+akut+pemeriksaan+penunjang&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwjM_-zVnsX4AhWR1jgGHafnA1UQ6wF6BAgFEAU#v=onepage&q=gastroenteritis+akut+pemeriksaan+penunjang&f=false
- Mohammad, I. (2014). *Anatomi Klinis Dasar* (E. Kemala (ed.); 1st ed.). Prima.
- Muzayyaroh. (2021). *Penatalaksanaan diare pada balita usia 2-3 tahun di PMB Siti Hotijah, S.St., Bd., M.Kes Bangkalan*. 1–13.
- Nurbaiti, M. (2017). Perbandingan Pemberian Oralit Dan Air Mineral Terhadap Perubahan Berat Jenis Urin Dan Hematokrit Setelah Aktivitas Fisik. *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan*, 3(1), 223–231.
- Oktaviana, E., Hidayati, I. R., & Pristianty, L. (2017). Pengaruh Pengetahuan terhadap Penggunaan Obat Parasetamol yang Rasional dalam Swamedikasi (Studi pada Ibu Rumah Tangga di Desa Sumberpoh Kecamatan Maron Kabupaten Probolinggo). *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 4(2), 44. <https://doi.org/10.20473/jfiki.v4i22017.44-50>
- Paramita, L. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Diare Di Ruang Ibu dan Anak RS Reksodiwiryo Padang*. POLTEKKES KEMENKES PADANG. http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/repository/KTI_LIDIA_PARAMITA.pdf
- Pratama, R. I., Purnama, D. M. W., L., M. A. S., & Perdani, R. R. W. (2018). Diagnosis Dan Penatalaksanaan Diare Persisten Dengan Gizi Buruk Dan Anemia. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*, 6(2), 13–21.

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://bapin-ismki.e-journal.id/jimki/article/view/174&ved=2ahUKEwj--uHoua7xAhXXbCsKHatRDNwQFjAKegQICRAC&usg=AOvVaw1p8e_qx8SIMxXCGICG-BKK

- Reiman, A. (2018). Rasionalitas Penggunaan Antibiotika Kortimoksazol Pada Pasien Infeksi Saluran Pernapasan Akut di Puskesmas Dempo Palembang. *Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya*.
- Rendang Indriyani, D. P., & Putra, I. G. N. S. (2020). Penanganan terkini diare pada anak: tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis*, 11(2), 928. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i2.848>
- Ribek, N., Labir, K., Dossantos, M., Setiawati, N., Suastini, N., Kesehatan, P., & Keperawatan, J. (2020). Gambaran Perawatan Anak Diare di Puskesmas Provinsi Bali. *Jurnal Gema Keperawatan*, 13(1), 28.
- Sirmawati, Alfiah, & Nurbaya, S. (2020). HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DAN SUSU FORMULA DENGAN ANGKA KEJADIAN DIARE PADA BAYI DI UPT PUSKESMAS LAU KABUPATEN MAROS. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 15(4), 306.
- Sudar, H., Probosuseno, & Puspitasari, I. (2016). UJI PENGARUH PEMBERIAN DOMPERIDON TERHADAP KEJADIAN FLATUS PADA JAMA ' AH UMRAH. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi UJI*, 6(1), 55–58.
- Suryani, K., Windahandayani, veroneka Y., Surani, V., Azizah, M., Lely, N., & Erjon. (2021). *Anatomi Fisiologi "Sistem Pencernaan pada Manusia"* (P. Lilik (ed.); 1st ed.). Yayasan Pendidikan Cendekia Muslim.
- Vega, R., & Avva, U. (2022). Pediatric Dehydration. *National Library of Medicine*.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436022/#_NBK436022_pubdet
- Wahyuni, D., & Riska. (2021). Gambaran Penggunaan Terapi GEA (Gastroenteritis) Pada Pasien Anak di RSUD Batara Siang Pangkep Sulawesi Selatan. *Jurnal Riset Kefarmasian Indonesia*, 3(3), 189.

- WHO. (2017). *Diarrhoeal disease*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Wibowo, D., Hardiyanti, H., & Subhan, S. (2020). Hubungan Dehidrasi Dengan Komplikasi Kejang Pada Pasien Diare Usia 0-5 Tahun Di RSD Idaman Banjarbaru. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 10(1), 112–125. <https://doi.org/10.33859/dksm.v10i1.387>
- Wulandari, A. (2012). Penanganan diare di rumah tangga merupakan upaya menekan angka kesakitan diare pada anak balita. *Jurnal Health and Sport*, 5(2).
- Yulianti, F. M. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Balita Yang Mengalami Diare Dengan Dehidrasi Sedang Di Rumah Sakit Umum dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto. *Hospital Majapahit*, 9(1), 70–78. <https://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/HM/article/download/141/132/>
- Zubaidah, Z., & Maria, I. (2020). Hubungan Penatalaksanaan Pemberian Cairan Dirumah Dengan Tingkat Dehidrasi Pada Balita Yang Mengalami Diare. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 5(1), 121–126. <https://doi.org/10.51143/jksi.v5i1.228>

Lampiran 1 (SAP Penanganan dehidrasi di rumah)

Penanganan Dehidrasi di Rumah



DISUSUN OLEH:

Raina Beatrice Ivena N.S (NS2114901119)

Redemptia Destri Ivo (NS2114901120)

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2022**

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan : Penanganan Diare dengan Dehidrasi di Rumah

Waktu : 10-15 menit

Hari/Tanggal : Rabu, 08 Juni 2022

Jam : 12.00 WITA

Tempat : Rumah Sakit Stella Maris

Penyuluh : Raina Beatrice & Redemptia Destri

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan pendidikan kesehatan selama 10-15 menit, diharapkan pasien dan keluarga mengerti dan mampu melakukan penanganan diare dengan dehidrasi di rumah

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan pendidikan kesehatan, pasien mampu:

- a) Mengetahui pengertian, penyebab diare
- b) Menjelaskan cara penanganan dehidrasi di rumah

B. Proses Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Metode	Media	Waktu
1.	Pembukaan : a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan d. Melakukan kontrak waktu dengan peserta	Ceramah	-	2 menit

2.	<p>Pelaksanaan :</p> <p>a. Menjelaskan pengertian, penyebab diare</p> <p>b. Menjelaskan cara penanganan dehidrasi di rumah</p> <p>c. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya.</p>	<p>- Ceramah</p> <p>- Tanya Jawab</p>	<p>- Leaflet</p>	<p>10 menit</p>
3.	<p>Penutup</p> <p>a. Evaluasi tentang materi yang disampaikan</p> <p>b. Menyimpulkan materi</p> <p>c. Menyampaikan salam penutup</p>	<p>- Ceramah</p>	<p>-</p>	<p>3 menit</p>

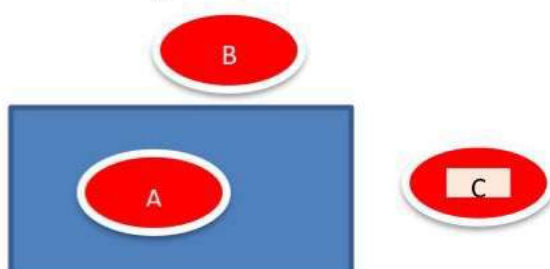
C. Sasaran: By.R (Pasien Diare) dan Keluarga.

D. Strategi Pelaksanaan

1. Metode : Ceramah dan Tanya jawab

2. Media : Leaflet

E. Setting Tempat





Keterangan:

A : Pasien (By.R)

B : Pemateri/Penyuluh

C : Pembimbing Kampus / PJ Ruangan Dinas

D : Keluarga Pasien

F. Evaluasi

1. Pasien mampu menjelaskan definisi, penyebab diare
2. Pasien mampu menjelaskan cara penanganan dehidrasi di rumah

Materi Penanganan Dehidrasi di Rumah

A. Pengertian

Secara definisi, diare merupakan suatu keadaan dimana pada balita frekuensi buang air besar lebih dari empat kali dan pada anak lebih dari tiga kali dengan konsistensi feses yang encer, berwarna hijau atau bercampur lendir dan darah atau lendir saja. Penyebab timbulnya diare biasanya karena adanya infeksi dari virus, bakteri, dan parasite. Khususnya pada bayi, biasanya disebabkan oleh kurangnya pemahaman dari ibu mengenai cara menyiapkan botol susu dengan benar (rendam botol ke air yang mendidih dan diamkan selama 5 menit) (Leksana, 2015).

B. Cara penangan dehidrasi di rumah

Terdapat beberapa cara langkah mudah dalam mengatasi dehidrasi di rumah, antara lain (Bakti Husada, 2011); Depkes RI, 2011; Wulandari, 2012):

a. Langkah Pertama

Memberikan anak lebih banyak cairan daripada biasanya untuk mencegah dehidrasi. Gunakan cairan rumah tangga yang dianjurkan seperti oralit, makanan yang cair dan atau air matang. Jika anak berusia kurang dari 6 bulan dan belum makan makanan padat lebih baik diberikan oralit dan air matang daripada makanan cair. Berikan larutan ini sebanyak anak mau dan teruskan hingga diare berhenti. Berikut ini langkah-langkah membuat oralit:

Cara Membuat & Memberikan Oralit

			
1 Cuci tangan pakai sabun lalu bilas dengan air	2 Sediakan satu gelas air minum (200cc)	3 Masukkan satu bungkus ORALIT ke dalam air	4 Aduk cairan ORALIT sampai larut

Bila anda tidak memiliki oralit di rumah, seseorang dapat menggunakan larutan gula-garam. Cara membuat larutan gula-garam:

Bahan terdiri dari 1 sendok teh gula pasir, seperempat sendok teh garam dapur dan 1 gelas (200 cc) air matang. Setelah itu diaduk rata pada sebuah gelas diperoleh larutan gula-garam yang siap digunakan.

b. Langkah kedua

Ajarkan orang tua tentang pemberian suplementasi Zinc. Dosis zinc diberikan sesuai aturan: anak dibawah usia 6 bulan diberikan 10 mg, anak usia di atas 6 bulan diberikan 20 mg. Zinc diberikan selama 10-14 hari berturut-turut meskipun anak telah sembuh dari diare. Berikut ini cara membuat Zinc:

Cara Memberikan Obat ZINC



1
Larutkan tablet ZINC kedalam satu sendok air minum atau air susu ibu (ASI).

2
Bila anak muntah, sekitar 30 menit setelah pemberian obat ZINC ulangi pemberian obat ZINC dengan cara memberikan potongan lebih kecil dan dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.

c. Langkah Ketiga

Orang tua tetap memberikan dukungan nutrisi untuk mencegah kurang gizi. ASI tetap diberikan selama terjadinya diare pada diare akut cair maupun berdarah dan frekuensi pemberian lebih sering dari biasanya. Bila anak sudah

mendapat makanan tambahan sebaiknya makanan tetap diteruskan sesuai umur anak dengan menu yang sama pada saat anak sehat.

d. Langkah Keempat

Bila kondisi anak tidak membaik dalam waktu 2-3 setelah diberikan penanganan di rumah, segera bawa anak ke Rumah Sakit.

Lampiran 2 (Leaflet)


Penanganan Dehidrasi di Rumah

Dehidrasi berarti keluarnya banyak cairan dari tubuh yang membahayakan; biasanya terjadi pada anak dengan diare serta mual muntah berlebihan.

Bagaimana cara menangani dehidrasi?

Cara Membuat & Memberikan Oralit

- 
1 Cuci tangan pakai sabun lalu bilas dengan air
- 
2 Sediakan satu gelas air minum (200cc)
- 
3 Masukkan satu bungkus ORALIT ke dalam air
- 
4 Aduk cairan ORALIT sampai larut

Cara membuat larutan gula-garam: Bahan terdiri dari 1 sendok teh gula pasir, seperempat sendok teh garam dapur dan 1 gelas (200 cc) air matang. Setelah itu, diaduk rata pada sebuah gelas diperoleh larutan gula garam yang siap digunakan.

Bila Oralit tidak ada di rumah, gunakan cara ini

2. Berikan

Cara Memberikan Obat ZINC

- 
1 Larutkan tablet ZINC kedalam satu sendok air minum atau air susu ibu (ASI).
- 
2 Bila anak muntah, sekitar 30 menit setelah pemberian obat ZINC ulangi pemberian obat ZINC dengan cara memberikan potongan lebih kecil dan dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.

3. Berikan Makanan bergizi



- 4. Bila kondisi anak tidak membaik dalam 2-3 hari, segera**



Lampiran 3

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Raina Beatrice Ivena Nathania Ivena
Simandjaya
Tempat / tanggal lahir : Jakarta, 10 Februari 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Manggarupi no. 76a

Identitas Orang Tua / Wali

Orang tua : Frandy
Agama : Katolik
Pekerjaan : Pegawai Swasta
Alamat : Jl. Manggarupi no. 76a

B. Riwayat Pendidikan

TK Eklesia : 2004 – 2005
SD 1 Sungguminasa : 2005 – 2011
SMP St. Kristoforus 2 Jakarta Barat : 2011 – 2014
SMA Katolik Cenderawasih : 2014 – 2017

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Redemptia Destri Ivo
Tempat / tanggal lahir : Makassar, 01 Desember 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : BTN. Tamarunang Indah Blok G4 no. 15 B
Sungguminasa

Identitas Orang Tua / Wali


Orang tua : Martinus
Agama : Katolik
Pekerjaan : Pensiunan Perawat
Alamat : BTN. Tamarunang Indah Blok G4 no. 15 B
Sungguminasa




B. Riwayat Pendidikan

SD Katolik Mamajang I : Tahun 2005 – 2011
SMP Katolik Cenderawasih : Tahun 2011 – 2014
SMA Katolik Cenderawasih : Tahun 2014 – 2017

Lampiran 4

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR

NO.	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING		TANDA TANGAN MAHASISWA	
				I	II	I	II
1.	07/06/2022	Mengajukan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis diare	Lanjutkan membuat pengkajian				
2.	08/06/2022	Hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan jurnal EBN	Lengkapi pengkajian				
3.	10/06/2022	Asuhan keperawatan	Perbaiki implementasi dan evaluasi				
4.	15/06/2022	BAB I	Perbaiki penyusunan kalimat di latar belakang. Perbaiki kata di tujuan khusus dan manfaat				
5.	27/06/2022	BAB I BAB II	Acc BAB I Perbaiki gambar anatomi dan penjelasan fisiologi, perbaiki				

			pathway dan sitasi				
6.	29/06/2022	BAB II BAB III BAB IV	Acc perbaikan BAB II Acc perbaikan BAB III Menambahkan kesenjangan diagnosis keperawatan		a	D ⁵	
7.	30/06/2022	Konsul lengkap dari BAB I – BAB V	Perbaikan tulisan dan margin		a	D ⁵	