

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. F DENGAN DIARE DI RUANG
KEPERAWATAN ANAK RUMAH SAKIT UMUM DAYA KOTA
MAKASAR 2022**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan Pada Program
Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin



OLEH :

YUSUF AMEREP

C017191019

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANNUDDIN

MAKASSAR

2022

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : Yusuf Amerep

NIM : C017191019

INTITUSI : D-III Keperawatan Universitas Hasaduddin Makassar

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Diare Di Ruang Keperawatan Anak Rumah Sakit Umum Daya Kota Makasar 2022, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia mendapatkan sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar,

Pembuat Pernyataan


(.....)
YUSUF AMEREP

PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.F DENGAN DIARE DI RUANG
KEPERAWATAN ANAK RUMAH SAKIT UMUM DAYA KOTA
MAKASAR 2022**

Disusun dan Diajukan Oleh:

YUSUF AMEREP

C017191019

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapat gelar Alih Keperawatan (Amd.Kep)
pada program studi D-III Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar

Menyetujui :

Pembimbing I

Pembimbing II



Nur Fadllah, S.Kep., Ns., MN

NIP.

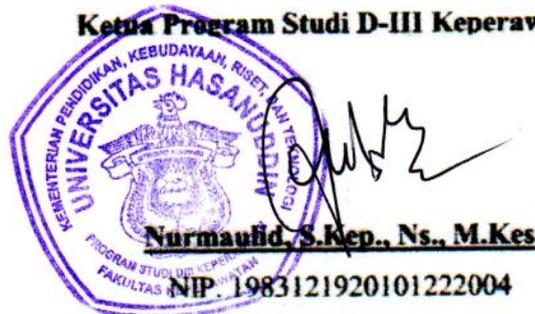


Indra Gaffar, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP.

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan



PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.F DENGAN DIARE DI RUANG
KEPERAWATAN ANAK RUMAH SAKIT UMUM DAYA KOTA
MAKASAR 2022**

Disusun dan Diajukan Oleh:

YUSUF AMEREP

NIM. C017191019

Karya Tulis ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Sidang Program Studi
D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Makassar,

Tim Penguji:

1. **Dr. Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep**



2. **Syahrul Said, S.Kep. Ns. M.Kep.phd**



3. **Nur Fadilah, S.Kep., Ns., MN**



4. **Indra Gaffar, S.Kep., Ns., M.Kep**



Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 1983121920101222004



ABSTRACT

Diarrhea is a state of excretion of stool that is not normal or not as usual. Changes that occur in the form of increased volume, dilution and frequency, with or without blood mucus more than 3 times/day and in neonates more than 4 times/day. Diarrhea in Indonesia is a major health problem. Diarrhea is often regarded as a trivial disease, whereas at the global and national levels the facts show otherwise. The purpose of this writing is to be able to perform nursing care on An. F with Diarrhea at Daya Hospital, Makassar City. The results of case reports found data on An. F with Diarrhea, namely the family said their child had diarrhea for two days, in one day there were 8 times. From the results of this study, it was found that nursing problems in An. F is fluid volume deficit, risk of impaired skin integrity and fatigue.

Based on the nursing problems above, a plan is drawn up and carrying out nursing actions and conducting an evaluation that refers to the goals and outcome criteria. Therefore it is suggested to the health team to be able to assist in maintaining health and nursing care for children with diarrhea.

Keywords: Diarrhea, Nursing Care

ABSTRAK

Diare adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa peningkatan volume, keenceran dan frekuensi, dengan atau tanpa lendir darah lebih dari 3 kali/hari dan pada neonates lebih dari 4 kali/hari. Diare di Indonesia merupakan salah satu masalah utama kesehatan. Diare sering kali dianggap sebagai penyakit sepele, padahal di tingkat global dan nasional fakta menunjukkan sebaliknya. Tujuan dari penulisan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan Pada An. F dengan Diare di Rumah Sakit Daya Kota Makasar. Hasil laporan kasus di temukan data pada An. F dengan Diare yaitu Keluarga mengatakan anaknya sudah dua hari diare, dalam satu hari ada 8 kali. Dari hasil pengkajian tersebut di dapatkan masalah keperawatan pada An. F adalah defisit volume cairan, resiko gangguan integritas kulit dan kelelahan.

Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta melakukan evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Oleh karena itu disarankan kepada tim kesehatan untuk dapat membantu dalam memelihara kesehatan dan asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

Kata Kunci : Diare, Asuhan Keperawatan

KATA PENGANTAR

Bismillahi rahmani rahim

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabbarakatuh

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat, taufiq dan hidayah-Nya dalam bentuk kesehatan dan kesempatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : “*Asuhan Keperawatan Pada anak. F Dengan Diare Di Ruang keperawatan anak Rumah Sakit Umum Daya Kota Makasar 2022.*”

Karya tulis ilmiah ini merupakan upaya dan kerja keras dari penulis untuk mendapatkan sesuatu yang terbaik, meskipun penulis menyadari bahwa di dalamnya masih banyak terdapat kekeliruan dan kekurangan serta masih jauh dari apa yang diharapkan.

Dalam penyusunan Karya Tulis ini, penulis mengalami banyak tantangan dan hambatan, namun berkat usaha dan kemauan serta kerjasama yang baik dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes, Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin 2022
2. Pemerintah Kabupaten Asmat Provinsi Papua,
3. Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep, Ketua Program Studi D.III Keperawatan, yang mengarahkan penulis selama melanjutkan pendidikan di Program Studi D.III Keperawatan
4. Direktur Rumah Sakit Daya Kota Makassar, beserta Bidan Penanggung jawab yang telah memberikan izin, menyediakan sarana, tempat, waktu dalam pengambilan data untuk karya tulis ilmiah ini.
5. Nur Fadilah, S.Kep., Ns., MN, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan ketelitian dan kesabaran hingga terselesainya

karya tulis ini.

6. Indra Gaffar, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan karya tulis ini
7. Dr. Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji I yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan karya tulis ini.
8. Syahrul Said, S.Kep. Ns. M.Kep.phd , selaku penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan karya tulis ini.
9. Keluarganya klien An. F telah meluangkan waktunya untuk diwawancarai dan bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama mengikuti ujian praktek asuhan keperawatan sampai selesainya penyusunan karya tulis ilmiah ini.
10. Keluarga: Ayah, Ibu, Kakak serta Adik dan keluarga besar yang telah memberikan dorongan baik moril maupun material sehingga dapat menyelesaikan pendidikan di Akademi D III Keperawatan dengan tepat waktu.
11. Rekan-rekan mahasiswa yang telah banyak memberikan dorongan moril dan berbagai bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan karya tulis ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan hati terbuka penulis siap menerima kritik dan saran dari pihak manapun yang konstruktif dan sifatnya membangun untuk kesempurnaan penulisan yang akan datang.

Makassar, 26 Juni 2022 Penulis

Yusuf Amerep

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xi
RIWAYAT HIDUP	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	4
1.3 Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Dasar	6
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	24
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian	37
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	43
3.3 Intervensi Keperawatan.....	43
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	46

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian	51
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	52
4.3 Implementasi Keperawatan	53
4.4 Intervensi Keperawatan.....	53
4.5 Evaluasi Keperawatan	54

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	55
5.2 Saran.....	56

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skor Marvice King	17
Tabel 2.2 Gejala Klinis	18
Tabel 2.3 Pengkajian Dehidrasi Pada Bayi	28
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Tijakan Teori.....	20
Tabel 3.1 Analisa Data	41
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan.....	43
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	44

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing

DAFTAR SINGKATAN DAN LAMBANG

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas

Nama : Yusuf Amerep
Tempat/Tanggal Lahir : Sesakam 09/05/1997
Jenis kelamin : Laki-laki
Suku Bangsa : Asmat
Agama : Katolik
Nomor Telpon : 081342171973
Email : yusufamerep19@mail.com
Alamat : Wisma 2 Unhas

2. Pendidikan Formal

TK : -
SD : Impres Sesakam
SLTP : Impres Sesakam
SMA : YPPGI ROESLER AGATS

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa angka kematian balita dan anak di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota Assosiation South East Asia Nation (ASEAN) yakni 31/1.000 kelahiran, hanya lebih baik dibandingkan dengan Kamboja (97/1000) dan laos (82/1000). Jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga lain, kita masih tertinggal. Singapura dan Malaysiamemiliki AKB amat rendah, masing-masing 3 dan 7 per 1.000 kelahiran. Ini menunjukkan masih rendahnya perhatian pemerintah terhadap masalah kesehatan yang dihadapi anak-anak (Lubis, 2010).

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

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

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

meningkat, sebagai akibat dari pengadaan air dan sterilisasi yang kurang baik (Irawati,2013).

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

Kematian yang diakibatkan oleh diare lebih sering karena tubuh mengalami dehidrasi, yaitu gejala kekurangan cairan dan elektrolit. Tanda-tanda dehidrasi diantaranya anak memperlihatkan gejala kehausan, berat badan turun, dan elastisitas kulit berkurang. Ini bisa dilakukan dengan cara mencubit kulit dinding perut. Bila terjadi dehidrasi, maka kulit dinding perut akan lebih lama kembali pulih (Siswono, 2010) .

Laporan tahunan kota Padang tahun 2010 dijelaskan di Sumatera Barat bahwa kasus diare sebanyak 36.000 penderita. Berdasarkan laporan tahunan kota Padang di Prosiding Seminar Ilmiah Nasional Kesehatan dijelaskan bahwa kejadian Diare tahun 2009 sebanyak 1.925 dan tahun 2010 meningkat menjadi 5.867 kasus. Kasus diare pada tahun 2010 merupakan penyakit urutan ke-3 terbanyak menyerang balita di kota Padang (Laporan tahunan 2011 Dinas Kesehatan Kota Padang). Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk memberikan asuhan kesehatan pada An. "F" dengan diare di Rumah Sakit Daya Kota Makassar Tahun 2022.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan dan melakukan Asuhan Keperawatan pada An “F” 2 Tahun dengan diare serta memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan proses dan asuhan keperawatan pada anak diare di Rumah Sakit Daya Kota Makassar Tahun 2022.

1.2.2 Tujuan Khusus

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

- a. Untuk mendapatkan gambaran data yang tercantum dalam teori dan data hasil pengkajian pada anak F dengan masalah utama diare di ruangan keperawatan anak di Rumah Sakit Daya Kota Makassar.
- b. Untuk mendapatkan gambaran diagnosa keperawatan yang dapat dalam teori dengan diagnosa keperawatn pada F dengan masalah utama diare di ruangan keperawatan anak di Rumah Sakit Daya Kota Makassar.
- c. Untuk mendapatkan gambaran anatara rencana keperawatn yang terdapat dalam teori dengan rencana keperawatan pada anak F dengan masalah utama diare di ruangan keperawatan anak di Rumah Sakit Daya Kota Makassar.
- d. Untuk mendapatkan gambaran antara tindakan keperawatan yang dapat dalam teori dengan tindakan keperawatan pada anak F dengan masalah utama diare di ruangan keperawatan anak di Rumah Sakit Daya Kota Makassar.
- e. Untuk mendapatkan gambaran antara evaluasi keperawatan yang terdapat dalam toeri dengan evaluasi pada anak F dengan masalah utama diare di ruangan keperawatan anak di Rumah Sakit Daya Kota Makassar.

1.3 Manfaat

a. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan bagi tim kesehatan di Rumah Sakit Daya Kota Makassar Tahun 2022 dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada anak dengan diare.

b. Bagi institut pendidikan

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

c. Bagi penulis

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

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian Diare

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

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

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

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

2.1.2 Klasifikasi

a. Diare Akut

Menurut Subagyo B dan Nurtjahjo BS (2010) mendefinisikan diare akut yaitu: Diare akut adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3 kali perhari, disertai perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari 2 minggu. Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari tanpa diselang-seling dan berhenti lebih dari 2 hari. Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dari tubuh penderita, gradasi penyakit diare akut dapat dibedakan dalam empat katagori, yaitu:

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

2.1.3 Etiologi Diare

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

a. Faktor infeksi

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

1. Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak.
2. Infeksi bakteri :Vibrio, E.coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas.
3. Infeksi virus : Eterovirus (virus ECHO, Coxsackie, poliomyelitis), Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus.
4. Infeksi parasit : Cacing (Ascaris, Trichiuris, Oxyuris, Strongyloides), protozoa (Entamoeba histolytica, Giardiasis lamblia, Trichomonas hominis), jamur (Candida albicans).
Kuman penyebab diare biasanya menyebar melalui faecal oral antara lain melalui makanan/minuman yang tercemar tinja dan atau kontak langsung dengan tinja penderita. Beberapa perilaku dapat menyebabkan penyebaran kuman enterik dan meningkatkan risiko terjadinya diare. Perilaku tersebut antara, lain:

- Tidak memberikan ASI (Air Susu Ibu) secara penuh 0-6 bulan pada pertama kehidupan. Pada bayi yang tidak diberi ASI risiko untuk menderita diare lebih besar dari pada bayi yang diberi ASI penuh dan kemungkinan menderita dehidrasi berat juga lebih besar.
- Pemberian susu formula pada bayi usia 0-6 bulan mempunyai hubungan dengan kejadian diare, dan bayi yang diberikan susu formula mempunyai risiko 14,1 kali terpapar diare, dibandingkan dengan bayi yang tidak diberi susu formula. Berdasarkan hasil analisis pada penelitian ini, menunjukkan bahwa responden yang memberikan susu formula kepada bayinya berisiko bayinya terkena diare. Terjadinya diare pada bayi yang diberi susu formula karena bayi dengan usia dibawah 6 bulan sistem pencernaannya belum sempurna, dan umur bayi berperan terhadap berkurangnya frekuensi defekasi, dimana hal ini merupakan petunjuk dari semakin matangnya kapasitas “water-conserving” pada usus.(Fitriya, 2010).
- Menggunakan botol susu Penggunaan botol ini memudahkan pencemaran oleh kuman, karena botol susah dibersihkan.
- Menyimpan makanan masak pada suhu kamar. Bila makanan disimpan beberapa jam pada suhu kamar, makanan akan tercemar dan kuman akan berkembang biak.

- Menggunakan air minum yang tercemar. Air mungkin sudah tercemar dari sumbernya atau pada saat disimpan di rumah. Pencemaran di rumah dapat terjadi kalau tempat penyimpanan tidak tertutup atau apabila tangan tercemar menyentuh air pada saat mengambil air dari tempat penyimpanan.
- Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar dan sesudah membuang tinja anak atau sebelum makan dan menyuapi anak.
- Tidak membuang tinja (termasuk tinja bayi) dengan benar. Sering beranggapan bahwa tinja bayi tidaklah berbahaya, padahal sesungguhnya mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. Sementara
- Infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain diluar alat pencernaan, seperti Otitis media akut (OMA), tonsilofaringitis, Bronkopneumonia, Ensifalitis, keadaan ini terutama terbagi pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun.

b. Faktor malabsorpsi

Malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat kemudian akan terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare.

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

c. Faktor makanan

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

d. Faktor psikologis

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

2.1.4 Patofisiologi Diare

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

- a. Meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat dari gangguan absorpsi dan ekskresi cairan dan elektrolit yang berlebihan.
- b. Cairan, sodium, potassium dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstraseluler kedalam tinja, sehingga mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit, dan dapat terjadi asidosis metabolik. Mekanisme dasar yang menyebabkan terjadinya diare adalah sebagai berikut (Vivian,2010):
 - Gangguan osmotik, akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

- Gangguan sekresi akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
- Gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

Selain itu diare juga dapat terjadi, akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung, mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare. Sedangkan akibat dari diare akan terjadi beberapa hal sebagai berikut:

a. Kehilangan air (dehidrasi)

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

b. Gangguan keseimbangan asam basa (metabik asidosis)

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

c. Hipoglikemia

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

d. Gangguan gizi

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

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

e. Gangguan sirkulasi

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

2.1.5 Tanda dan Gejala Diare

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

- Cengeng dan gelisa
- Suhu meningkat
- Nafsu makan menurun
- Tinja cair kadang disertai lender dan darah
- Warna tinja lama kelamaan berwarna hijau karena bercampur dengan empedu
- Anus lecet
- Tinja lama kelamaan menjadi asam (karena banyaknya asam laktat yang keluar).
- Akhirnya nampak dehidrasi, berat badan menurun
- Turgor kulit menurun
- Mata dan ubun-ubun cekung
- Selaput lendir dan mulut juga kulit kerig
- Dehidrasi berat maka volume darah akan berkurang
- Nadi akan cepat
- TD menurun, kesadaran menurun yang kemudian diakhiri dengan shock

Klasifikasi diare yaitu sebagai berikut:

- a. Diare dengan Dehidrasi Berat Terdapat 2 atau lebih dari tanda-tanda berikut:
 - Letargis atau tidak sadar
 - Mata cekung
 - Tidak bisa atau malas minum
 - Turgor kembali sangat lama

Pengobatan:

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

b. Dehidrasi ringan/ sedang terdapat 2 atau lebih dari tanda-tanda berikut:

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

Pengobatan:

- Beri cairan & makanan sesuai rencana
- Jika anak mempunyai klasifikasi berat lainnya
- Anjurkan tetap beri ASI
- Nasehati ibu kapan harus kembali segera
- Kunjungan ulang dalam 5 hari bila tak membaik

c. Tanpa Dehidrasi

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

Pengobatan:

- Beri cairan & makanan
- Nasehati ibu kapan harus kembali segera
- Kunjungan ulang dalam 5 hari bila tak membaik
- Jika diare 14 hari atau lebih

d. Diare Persisten Berat

Tandanya: ada dehidrasi

Pengobatannya :

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

e. Diare Persisten

Tandanya: Tanpa dehidrasi

Pengobatan:

- Nasehati ibu tentang cara pemberian makan pada anak diare persisten
- Kunjungan ulang setelah 5 hari
- Jika ada darah dalam tinja (disentri), tindakan yang bias lakukan adalah:
 1. Beri antibiotik yg sesuai untuk Shigela selama 5 hari
 2. Kunjungan ulang setelah 52 hari

f. Derajat Dehidrasi

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

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

Tabel 2.1 Skor Mavrice King

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

Keterangan:

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

Tabel 2.2 Gejala klinis

Gejala klini	Gejala klini		
Keadaan umum	Ringan	Sedang	Berat
Kesadaran	Baik (CM)	Gelisah	Apatis-koma
Rasa haus	+	++	+++
Sirkulasi	N (120)	Cepat	Cepat sekali
Nadi	Biasa	Agak cepat	Kusz maull
Respirasi	Agak cekung	Cekung	Cekung sekali
Pernapasan	Agak cekung	Cekung	Cekung sekali
Kulit	Biasa	Agak kurang	Kurang sekali
Uub	Normal	Oliguri	Anuri
	Normal	Agak kering	Kering/asidosis

2.1.6 Manifestasi Klinis Diare

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

- a. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer
- b. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kuli jelek (elastisitas kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung, membrane mukosa kering.
- c. Kram abdominal
- d. Demam
- e. Mual dan muntah
- f. Anorexia
- g. Lemah
- h. Pucat
- i. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan pernapasan cepat

j. Menurun atau tidak ada pengeluaran urine

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan tinja
- b. Makroskopis dan mikroskopis
- c. PH dan kadar gula dalam tinja
- d. Bila perlu diadakan uji bakteri
- e. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah astrup, bila memungkinkan dengan menentukan PH keseimbangan analisa gas darah atau astrup, bila memungkinkan.
- f. Pemeriksaan kadar ureum dan creatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.
- g. Pemeriksaan elektrolit intubasi duodenum untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kuantitatif, terutama dilaktiukan pada klien diare kronik.

2.1.8 Penatalaksanaan Diare

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

- a. Risiko terjadi gangguan sirkulasi darah

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

b. Bila dehidrasi masih ringan

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

c. Pada dehidrasi berat

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

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

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

d. Kebutuhan nutrisi

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

e. Resiko terjadi komplikasi

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

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

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

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

f. Gangguan rasa aman dan nyaman

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

- g. Kurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakitmencegah berulangnya diaPenyakit diare telah dikemukakan lebih dahulu baik karena infeksi enteral maupun parenteral serta faktor lainr.

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

2.1.9 Komplikasi Diare

Menurut (Vivian, 2010) beberapa komplikasi diare, diantaranya dehidrasi akibat kekurangan cairan dan elektrolit yang dibagi menjadi:

- a. Dehidrasi ringan, apabila terjadi kehilangan cairan $< 5\%$ BB
- b. Dehidrasi sedang, apabila terjadi kehilangan cairan $5-10\%$ BB
- c. Dehidrasi berat, apabila terjadi kehilangan cairan $>10-15\%$ BB
- d. Renjatan hipovolemik akibat menurunnya volume darah dan apabila penurunan volume darah mencapai $15-25\%$ maka akan menyebabkan penurunan tekanan darah.

- e. Hipokalemia (dengan gejala mekorismus, hiptoni otot, lemah, bradikardi, perubahan pada elektro kardiogram).
- f. Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim lactase karena kerusakan vili mukosa, usus halus.
- g. Kejang terutama pada dehidrasi hipertonik.
- h. Malnutrisi energi, protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan.

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

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

2.2.1 Pengkajian

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

2.2.1.1 Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapat diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang.

2.2.1.2 Anamnesis

a. Identitas penderita

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

b. Keluhan Utama

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

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

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

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

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

d. ADL

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

e. Pemeriksaan fisik

- Keadaan umum : keadaan dehidrasi ringan, kesadaran kompos mentis keadaan lebih dari lanjut, apatis, somnolen, koma.
- Sistem kardiovaskuler : peningkatan jantung, nadi, TD menurun, nadi kecil dan cepat serta meningkat suhu tubuh.
- Sistem RR : Pernafasan cepat, dalam dan teratur
- Sistem pencernaan : peningkatan frekuensi BAB dan peningkatan peristaltik usus, kembung, distersi abdomen, tympani.
- Sistem perkemihan : produksi urine menurun (oliguri – anuri).

- Sistem integumen : turgor menurun, panas, pucat, kapiler refill melambat, warna kemerahan/lecet (terutama sekitar anus).
- Sistem muskulo : kejang bila panas meningkat, pada hypoglikemi tremor/getar, hipokalemi, distensi abdomen.

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

Tabel 3.1 Pengkajian Dehidrasi Pada Bayi

Komponen Pengkajian	Dehidrasi		
	Ringan	Sedang	Berat
Keadaan umum	Sadar, haus, gelisah	Haus, gelisah	Somnolerut,
Nadi	Normal	Cepat, kecil	lemah, syok
UUB	Normal	Cekung	Cepat, kecil,
Turgor	Dicubit cepat kembali	< 2 dt	kadang-kadang
Mata	Nomal	cowong	teraba
Air mata	Ada	Tidak ada	Cokong sekali
Selaput lendir	Basah	Kering	> 2 dt
Urine	Normal	berkurang	sangat cowong
Kehilangan	40-50 cc/kg BB	50-60 cc/kg BB	Tidak ada
Penurunan BB	< 5 %	8%	sangat kering
BJ urine	1,010 – 1,025	1,010 – 1,025	Tidak ada
			100 – 110 cc/kg BB
			> 10%
			> 1,025

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan Diare secara teoritis

- a. Defisit volume cairan
- b. Perubahan Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh
- c. Nyeri Akut
- d. Resiko gangguan integritas kulit
- e. Kelelahan

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	NOC	NIC
1.	Defisit volume cairan	<p>Noc:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bowl elimination• Fluid balance• Hidration• Elektrolit and acid base balance setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x7 jam Diare pasien teratasi dengan kriteria hasil• Tidak ada diare• Feses tidak ada darah dan mucus• Nyeri perut tidak ada• Pola bab normal• Elektrolit normal• Asam basa normal	<p>Nic :</p> <ul style="list-style-type: none">• Diare management kelola pemeriksaan kultur sensitivitas feses• Evaluasi pengobatan yang berefek samping gastrointestinal• Evaluasi jenis intake makanan• Monitor kulit sekitar perianal terhadap adanya iritasi dan ulserasi• Ajarkan pada keluarga penggunaan obat anti diare• Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat warna, volume

		<ul style="list-style-type: none"> • Hidrasi baik (membran mukosa lembab, tidak panas, vital sign normal, hematokrit dan urin output dalam batas normal) 	<p>frekuensi dan konsistensi feses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan pada pasien tehnik pengurangan stress jika perlu • Kolaborasi jika tanda dan gejala diare • Menetap monitor hasil lab (elektrolit dan leukosit) • Monitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi • Konsultasi dengan ahli gizi untuk diet yang tepat
--	--	---	--

2.	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam nutrisi kurang teratasi dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Albumin serum • Pre albumin serum • Hematokrit • Hemoglobin • Total iron binding capacity • Jumlah limfosit 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji adanya alergi makanan • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien • Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi • Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. • Monitor adanya penurunan BB dan gula darah • Monitor lingkungan selama makan • Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan • Monitor turgor kulit • Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht • Monitor mual dan muntah • Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva • Monitor intake nutrisi Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi • Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/TPN sehingga intake cairan yang adekuat dapat dipertahankan. • Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan • Anjurkan banyak minum Pertahankan terapi IV line • Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oval
----	---	---	---

3.	Nyeri AKut	<p>Noc :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pain level, • Pain control • Comfort level <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) • Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri • Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) • Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang • Tanda vital dalam rentang normal 	<p>Nic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan aktor presipitasi • Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan • Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan • Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan • Kurangi faktor presipitasi nyeri • Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi • Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin • Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri:
----	------------	--	--

4.	Resiko Gangguan Integritas Kulit	<p>Noc :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tissue integrity : skin and mucous membranes • Status nutrisi • Tissue perfusion:perifer • Dialiysis access integrity <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... Gangguan integritas kulit tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integritas kulit yang baik bias dipertahankan • Melaporkan adanya gangguan • Sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan • Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang • Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami • Status nutrisi adekuat • Sensasi dan warna kulit normal 	<p>Nic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pressure management • Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar • Hindari kerutan padaa tempat tidur • Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kerin • Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali • Monitor kulit akan adanya kemerahan • Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan • Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien • Monitor status nutrisi pasien • Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat • Gunakan pengkajian risiko untuk memonitor factor risiko • Pasien (braden scale, skala norton) • Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titiktitik tekanan ketika merubah posisi pasien • Jaga kebersihan alat makan • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin • Monitor serum albumin dan transferrin
----	----------------------------------	---	--

5.	Kelelahan	<p>Noc:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activity tolerance • Energy conservation • Nutritional status: Energy <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....</p> <p>Kelelahan pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan aktivitas adekuat • Mempertahankan nutrisi adekuat • Keseimbangan aktivitas dan istirahat • Menggunakan tehnik energi konservasi • Mempertahankan interaksi social • Mengidentifikasi factor-faktor fisik dan psikologis yang menyebabkan kelelahan • Mempertahankan kemampuan untuk konsentrasi 	<p>Nic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Energy management • Monitor respon kardiorespirasi terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, dispneu, diaphoresis, pucat, tekanan hemodinamik dan jumlah respirasi) • Monitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien • Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas • Monitor intake nutrisi • Monitor pemberian dan efek samping obat depresi • Instruksikan pada pasien untuk mencatat tanda-tanda dan gejala kelelahan • Ajarkan tenik dan manajemen aktivitas untuk mencegah kelelahan • Jelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan intake makanan tinggi energy • Dorong pasien dan kelua mengekspresikan
----	-----------	---	--

			<p>Perasaannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan • Anjurkan pasien melakukan yang meningkatkan relaksasi (membaca, mendengarkan musik) • Tingkatkan pembatasan bedrest dan aktivitas batasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi.
--	--	--	---

2.2.4 Implementasi Keperawatan

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

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

A. Identitas

1. Identitas klien

- NRM : 295446
- Nama : An. F
- Tempat/ Tgl Lahir : Makassar, 1 Januari 2021
- Usia : 2 Tahun
- Jenis Kelamin : Laki-laki
- Agama : Islam
- Pendidikan : Belum Sekaloh
- Tanggal Masuk : 18 Februari 2022
- Tanggal Pengkajian : 23 Februari 2022
- Alamat : Makassar
- Diagnosa Medis : Diare

2. Identitas orang tua

a. Ayah

- Nama : Tn. D
- Usia : 35 Tahun
- Agama : Islam
- Pendidikan Terakhir : S1
- Pekerjaan : Guru
- Alamat : Makassar

b. Ibu

- Nama : Ny.V
- Usia : 31 Tahun
- Agama : Islam
- Pendidikan Terakhir : SMA Sederajat
- Pekerjaan : IRT
- Alamat : Makassar

B. Alasan Masuk

Klien datang ke puskesmas tanggal 14 Februari 2022 karena diare sejak 2 hari yang lalu.

C. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang

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

2. Riwayat kesehatan dahulu

Ibu mengatakan sebelumnya anaknya sudah pernah mengalami diare.

3. Riwayat kesehatan keluarga

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

D. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

1. Prenatal

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

2. Intanatal

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

3. Postnatal

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

E. Riwayat Sosial

1. Yang mengasuh: nenek An.F
2. Hubungan dengan anggota keluarga: baik
3. Hubungan dengan teman sebaya: baik
4. Pembawaan secara umum: baik
5. Lingkungan rumah: bersih

F. Kebutuhan Dasar

1. Makanan yang disukai/ tidak disukai

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

2. Pola tidur

Sehat (siang 2 jam dan malam 10 jam)

Sakit (siang 1 jam dan malam 6 jam)

3. Mandi

Sehat 2 kali sehari dan sakit 1 kali sehari

4. Aktifitas bermain: baik

5. Eliminasi

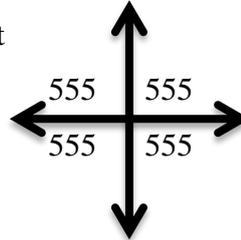
BAB encer, berserabut warna kekuningan dan BAK 10 kali sehari.

G. Pemeriksaan Fisik

- Kesadaran : Compos Mentis
 - GCS : 15
 - BB/TB : 10,1 kg/ 95 cm
 - TTV : P=24×/menit, S=36,7 °C, N=81×/menit
- a. Kepala
- Rambut : tampak kotor, tidak ada lesi
 - Mata : agak cekung, konjungtiva agak enemis
 - Telinga : simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen
 - Hidung : simetris, tidak secret
 - Mulut dan gigi : mulut simetris kiri dan kanan, mukosa bibir agak kering, tidak ada karies gigi, tidak ada pembesaran tonsil
- b. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar gondok
- c. Thoraks
- Paru-paru I: simetris kiri dan kanan, tidak ada bantuan otot pernapasan
P: teraba pengembangan dada kiri dan kanan
P: perkusi sonor
A: Vesikuler
 - Jantung I: bentuk dada datar, simetris
A: bunyi jantung normal
- d. Abdomen I: abdomen datar, tidak ada asites, tidak lesi
A: bising usus 15×/menit
P: ada nyeri tekan
P: suara pekak
- e. Punggung : tidak ada lesi dan pembengkakan

f. Ektremitas : tangan dan kaki tidak ada luka, kedua lengan dan kaki bias digerakan.

Kekuatan otot



g. Genitalia : tampak bersih dan tidak ada lesi maupun luka

h. Integument : kulit tampak agak kering, warna kulit sawo matang

H. Pemeriksaan tumbuh kembang

- Kemandirian dan bergaul: dibantu orang tua
- Motorik halus
- Kognitif dan bahasa: berbicara belum jelas
- Motorik kasar

I. Data pengobatan

Obat oral : zink 1x1, oralit bila diare

J. Anilis Data

Tabel 3.1 Analisis Data

No	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan anak F BAB encer x 8 sehari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> BAB cair ada ampas 3 kali sehari Anak napak lemah Anak tampak agak rewel Anak tampak kurang aktif,lemas dan gampang Minum susu sedikit-sedikit dan kadang muntah 	Diare	Virus, Parasit, Bakteri, Mikroorganisme
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan anaknya kemerahan pada sekitar anus dan selangkangan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tampak kemerahan sekirat pada anus dan selangkangan - Adanya ruam 	Kerusakan integritas kulit	Frekuensi BAB meningkat
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan anaknya tampak lemah dan tidak besemangat Keluarga mengatakan An F rewel <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Anak tampak lelah Anak tampak agak rewel 	Kelelahan	Proses penyakit

3.2 Diagnosa Keperawatan

- Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi
- Kerusakan integritas kulit dengan frekuensi BAB meingkat
- Kelelahan

3.3 Intervensi Keperawatan

Table 3.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Noc	Nic
1.	Diare	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diare pasien teratasi dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none">• Tidak ada diare• Feses tidak ada darah dan mucus• Nyeri perut tidak ada• Pola BAB normal• Hidrasi baik (membran mukosa lembab,	Diare management: <ul style="list-style-type: none">• Ajarkan pada keluarga penggunaan obat anti diare• Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses

			<ul style="list-style-type: none"> • Monitor hasil lab (elektrolit dan leukosit) • Monitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi • Konsultasi dengan ahli gizi untuk diet yang tepat
2.	<ul style="list-style-type: none"> • Kekurangan volume cairan 	<p>Noc :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 Jam, gangguan integritas kulit tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, • Melaporkan adanya gangguan Sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan • Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang • Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami • Status nutrisi adekuat • Kolaborasi pemberian obat zinc 	<p>Nic : pressure management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar • Hindari kerutan padaa tempat tidur • Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering • Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali • Monitor kulit akan adanya kemerahan • Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan • Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien • Monitor status nutrisi pasien

3.	Kelelahan	<p>Noc:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×24 jam, kelelahan pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan aktivitas adekuat • Mempertahankan nutrisi adekuat • Keseimbangan aktivitas dan istirahat • Mempertahankan interaksi social • Mempertahankan kemampuan untuk konsentrasi 	<p>Nic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien • Monitor lokasi ketidak nyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas • Monitor nutrisi • Ajarkan tehnik dan manajemen aktivitas untuk mencegah kelelahan • Jelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit • Dorong pasien dan keluarga mengekspresikan perasaannya • Catat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan • Anjurkan pasien melakukan yang meningkatkan relaksasi (membaca, mendengarkan musik)
----	-----------	--	---

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Kperawatan

Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi
26-02-2022 DX 1	Jam 10.00 WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pengobatan yang berefek samping gastrointestinal 2. Mengajarkan pada keluarga penggunaan obat anti diare 3. Mengajarkan pada pasien tehnik pengurangan stress jika perlu 4. Melakukan kolaborasi jika tanda dan gejala diare menetap 5. Memonitor hasil lab (elektrolit dan leukosit) 6. Memonitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indicator dehidrasi 7. Mengkonsultasikan dengan ahli gizi untuk diet yang tepat 	<ul style="list-style-type: none"> • S: Keluarga mengatakan bibir anaknya agak kering • O: Anak masih agak pucat Mukosa bibir kering • A: Masalah belum teratasi • P : Intervensi dilanjutkan

DX 2	Jam 11.00 WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Menghindari kerutan pada tempat tidur 3. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4. Melakukan mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 5. Memonitori kulit akan adanya kemerahan 6. Mengoleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan 7. Memonitor aktivitas dan mobilisasi pasien 8. Memonitor status nutrisi pasien 9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat 	<ul style="list-style-type: none"> • S: Keluarga mengatakan kulit An.F agak kering • O: Kulit klien tampak kering • A: Masalah belum teratasi • P: Intervensi dilanjutkan
------	-------------------	---	---

DX 3	11.30 WITA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien 2. Memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas 3. Memonitor intake nutrisi 4. Memonitor pemberian dan efek samping obat 5. Menginstruksikan pada pasien untuk mencatat tanda-tanda dan gejala kelelahan 6. Mengajarkan tehnik dan manajemen aktivitas untuk mencegah kelelahan 7. Menjelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit 8. Membatasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi 	<ul style="list-style-type: none"> • S: Keluarga mengatakan anaknya tampak lemah dan lesu • O: Klien tampak lemah • A: Masalah belum teratasi • P: Intervensi dilanjutkan
------	------------	--	---

