

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. S DENGAN DIARE AKUT
DEHIDRASI SEDANG DI RUANG ITH LANTAI 3
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN ANGUNG
SEMARANG**

Karya tulis ilmiah



Disusun oleh:

Septana Rizadona
NIM.89.331.31031

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan tim penguji karya tulis ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 7 Juni 2011

Semarang, 20 Juli 2011

Pembimbing

(Indra Tri Astuti, S.Kep., Ns)

NIK 210900009



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertanggungjawabkan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK UNISSULA Semarang pada hari Selasa tanggal 7 Juni 2011, dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 20 Juli 2011

Tim Penguji

Penguji I


(Erna Melastuti, S.Kep., Ns)

NIK: 210900010

Penguji II


(Siti Muniroh, S.Kep.)

NIK: 9809610

Penguji III



(Indra Tri Astuti, S.Kep., Ns)

NIK : 210900009

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“jadilah pemaaf dan suruhlah orang mengerjakan yang makruh, serta jangan pedulikan orang-orang yang bodoh”

“Jika hari berlalu dan saya tidak berkarya serta mendapatkan ilmu, maka itu bukan kehidupanku”



Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan :

1. Ayahanda tercinta
2. Ibunda tersayang
3. Kakakku terkasih
4. Sahabat yang selalu mendukung saya
5. Teman – teman yang saya banggakan.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum 'alaikum Wr WB

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. S DENGAN DIARE AKUT DEHIDRASI SEDANG DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG.

Adapun maksud dari penyusunan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan. Karena keterbatasan waktu, pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki maka penulis menyadari ketidaksempurnaan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Namun, berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.sc.,M.Eng. Selaku rektor Unissula yang telah memberikan banyak bantuan dan dukungan kepada semua mahasiswa.
3. Bapak Iwan Ardian. SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan yang selalu memberikan semangat, dukungannya bagi kami dan memberikan bimbingannya pada kami untuk selalu berakhlakul kharimah.
4. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula, yang tidak pernah lelah memberikan nasehatnya kepada kami, untuk terus maju dan mencapai kesuksesan.

5. Rumah Sakit Islam Sultan Agung, yang telah memberikan kesempatan kepada saya praktek disana, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Indra Tri. Astuti, S.Kep., Ns. Yang tidak pernah lelah memberikan bimbingan kepada saya sehingga Karya Tulis Ilmiah Ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.
7. Dosen dan Staf pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang sudah banyak membantu dalam pelaksanaan belajar mengejar.
8. Orang tua yang selalu mendukung dan selalu memberikan yang terbaik bagi saya, selalu mendoakan saya agar dapat meraih yang terbaik di dalam kehidupan.
9. Sahabat-sahabat saya yang selama ini sama-sama berjuang membuat Karya Tulis Ilmiah ini, lelah bersama, sedih bersama, senang bersama, kebersamaan ini yang membuat saya tidak menyerah dan putus asa

Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua dan besar harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca dari semua pihak.

Tiada mahluk yang menghasilkan karya yang sempurna, dengan segala keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi peningkatan pengetahuan dan perbaikan penulis di masa mendatang.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, 20 Juli 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Konsep Dasar Anak	4
1. Pengertian Anak	4
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	4
3. Perkembangan Anak	5
B. Konsep Dasar Penyakit	6
1. Pengertian	6
2. Etiologi	6
3. Patofisiologi	6
4. Manifestasi Klinik	7
5. Pemeriksaan Diagnostik	8
6. Komplikasi	8

7. Penatalaksanaan.....	10
8. Pathway.....	12
C. Konsep Dasar Keperawatan.....	13
1. Pengkajian Keperawatan.....	13
2. Fokus Intervensi.....	14
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	19
A. Pengkajian	19
1. Identitas Klien	19
2. Riwayat Kesehatan	19
3. Riwayat Masa Lalu	20
B. Analisa Data	26
C. Diagnosa Keperawatan	26
D. Intervensi Keperawatan	27
E. Implementasi	27
F. Evaluasi	29
BAB IV PEMBAHASAN	31
BAB V PENUTUP	38
A. Kesimpulan	38
B. Saran	39

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih buang air besar dengan bentuk tinja yang encer atau cair (Suriadi & Yuliani, 2006).

Diare akut disebabkan oleh banyak penyebab antara lain infeksi (bakteri, parasit dan virus) keracunan makanan, efek obat-obatan dan lain-lain. Suraatmaja & Sudaryat (2005) menjelaskan akibat atau komplikasi dari diare tersebut adalah hipernatremia, hiponatremia, demam, edema/overhidrasi, asidosis metabolik, hipokalemia (serum K < 3,0mMol/L), gagal ginjal akut (GGA).

Menurut IDAI (2010) di dunia, sebanyak 6 juta anak meninggal tiap tahunnya karena diare dan sebagian besar kejadian tersebut terjadi di Negara berkembang. Sebagai gambaran 17% kematian anak di dunia disebabkan oleh diare sedangkan di Indonesia, hasil Riskesdas 2007 diperoleh bahwa diare masih merupakan penyebab kematian bayi yang terbanyak yaitu 42% dibanding pneumonia 24%, untuk golongan 1-4 tahun penyebab kematian karena diare 25,2% dibandingkan pneumonia 15,5%.

Di Indonesia diperkirakan ditemukan penderita diare sekitar 60 juta kejadian setiap tahunnya, sebagian besar (70-80%) dari penderita ini adalah anak dibawah umur 5 tahun sekitar 40 juta kejadian. Sebagian dari penderita

(1-2%) akan jatuh kedalam dehidrasi dan kalau tidak segera ditolong 50-60% diantaranya dapat meninggal (Suraatmaja & Sudaryat, 2005).

Adapun cakupan penemuan diare di Jawa Tengah hanya sebesar 37,11% dari target cakupan yang harus dicapai yaitu sebanyak 1.154.031 kasus diare. Cakupan penemuan kasus diare yang dilaporkan puskesmas terbanyak terdapat di Kab. Magelang (100,6%) sedangkan terendah di Kab. Karanganyar (1,3%).

Berdasarkan data tersebut penulis tertarik mengangkat kasus diare untuk bahan pembuatan Karya Tulis Ilmiah agar jumlah penderita dan komplikasi atau kematian dapat dikurangi atau dicegah.

B. Tujuan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

Dapat memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

2. Tujuan Khusus:

- a. Dapat menjelaskan konsep penyakit diare yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pathways, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, penatalaksanaan medis dan keperawatan.
- b. Dapat menjelaskan konsep asuhan keperawatan diare yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan fokus intervensi.
- c. Dapat menerapkan asuhan keperawatan pada An. S yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Serta menjelaskan analisa kasus tersebut.

C. Manfaat

1. Manfaat bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai referensi dan dapat dijadikan sebagai tolok ukur dalam keberhasilan proses belajar mengajar.

2. Manfaat penulisan bagi rumah sakit

Dapat digunakan sebagai tambahan referensi untuk memberikan pelayanan yang lebih baik pada klien dengan diare sehingga mutu pelayanan kesehatan dan penanganan pada anak dengan gejala diare lebih bisa optimal lagi.

3. Bagi masyarakat

Dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang diare sehingga angka kejadian dan mortalitas pada klien dengan diare dapat menurun.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Anak

1. Pengertian anak

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain atau toddler (1-2,5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun). Rentang ini berbeda antara anak satu dengan yang lain mengingat latar belakang anak berbeda. Pada anak terdapat rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan lambat. Dalam proses perkembangan anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial (Hidayat, 2005).

2. Tumbuh kembang anak

Pengertian tumbuh kembang menurut Mubarak & Chayantin (2008) adalah sebagai berikut :

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan intraseluler. Bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh secara keseluruhan atau sebagian, bersifat kuantitatif sehingga dapat diukur dengan menggunakan satuan panjang (cm) atau satuan berat (kg).

Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, perkembangan bersifat kualitatif sehingga lebih sulit untuk diukur dibandingkan pertumbuhan.

Perkembangan anak berumur antara 1-2 tahun yaitu : untuk anak usia 1-2 tahun atau masa bayi lanjut ditandai dengan menurunnya kecepatan pertumbuhan yang dibarengi dengan meningkatnya perkembangan motorik dan fungsi ekskresi.

Perkembangan anak umur 15 bulan menurut Wong (2003) di bagi menjadi:

- a. Motorik kasar : sudah bisa berjalan sendiri tanpa bantuan dari orang lain, memanjat tangga, berlutut tanpa sokongan, memilih posisi berdiri tanpa sokongan.
- b. Motorik halus : memegang dua kotak dalam satu tangan, mencoret-coret secara spontan, melepaskan butir-butir ke dalam leher botol yang sempit, memegang dua kotak dalam satu tangan.
- c. Bahasa : mengatakan empat sampai enam kata, termasuk nama, meminta objek dengan menunjuknya, memahami perintah sederhana, dapat menggunakan gerakan berjabat tangan untuk mengatakan tidak, menggunakan tidak meskipun menyetujui permintaan.
- d. Sosialisasi : mentoleransi perpisahan dari orang tua, mulai meniru orang tua, makan sendiri dengan menggunakan cangkir tertutup dan sedikit tumpah, dapat membuang botol, mencium dan memeluk orang tua.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian diare

Diare adalah infeksi saluran pencernaan disebabkan oleh berbagai enteropatogen, termasuk bakteri dan parasit. Diare juga dapat diakibatkan oleh infeksi, alergi, tidak toleransi terhadap makanan dan minuman tertentu (Dermawan & Ningsih, 2010).

Diare akut adalah BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu, kadang-kadang pada seorang anak BAB kurang dari 3 kali perhari, tetapi konsistensinya cair ini sudah bisa dikatakan dengan diare (IDAI, 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 atau cair (Suriadi & Yuliani, 2006).

2. Etiologi

Diare akut disebabkan oleh banyak penyebab antara lain infeksi (bakteri, parasit dan virus) keracunan makanan, efek obat-obatan dan lain-lain. Menurut Suraatmaja & Sudaryat (2005), etiologi diare akut dibagi atas 4 penyebab yaitu bakteri, virus, parasit dan non infeksi.

3. Anatomi system pencernaan menurut Juffrie, dkk (2010). Yaitu sebagai berikut :

a. Gaster

Sel-sel epitel di gaster merupakan kelenjar gaster. Terdapat 3 tipe kelenjar yaitu : *cardiac* penghasil mukus yang terletak pada

perbatasan cincin gaster sampai oesophagus. *Oxyntic* merupakan yang terbanyak dan didapatkan pada fundus. *Pyloric* merupakan 10% permukaan mukosa gaster.

Fungsi neuromuskular gaster meliputi penyimpanan, mencampur, menggilas dan melakukan control terhadap pengeluaran makanan ke dalam duodenum. Sekresi gaster terdiri dari asam hidroklorid (HCl), gastrin, pepsinogen, faktor intrinsik, lipase dan mucus

b. Usus halus

Memanjang dari pylorus hingga cocum. Pada neonates memiliki panjang 275 cm dan tumbuh mencapai 5 sampai 6 meter pada dewasa. Epitel usus halus tersusun atas lapisan tunggal sel kolumnar disebut juga enterosit. Permukaan epitel ini menjadi 300 kali lebih luas dengan adanya vilus dan kriptas. Diantara vilus terdapat kriptas (lieberkuhn) yang merupakan tempat poliferasi enterosit dan pembaharuan epitel.

c. Usus besar

Terdiri atas sekum, appendik, kolon, rektum dan anus. Mukosa usus besar bertambah dengan adanya plika semilunaris yang irregular dan adanya kriptas tubuler lieberkuhn. Permukaan mukosa dan kriptas dilapisi oleh sel epitel kolumnar (kolonosit) dan sel goblet yang membatasi dari jaringan mesenkim lamina propria. Kolonosit memiliki mikrovilus lebih sedikit dan lebih pendek dari usus halus.

4. Patofisiologi.

Menurut Sudoyo (2010) patofisiologi dari diare yaitu :

Diare yang terjadi merupakan proses dari transportaktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit kedalam usus halus. Sel dalam mukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatkan sekresi cairan dan elektrolit.

Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal, perubahan kapasitas intestinal dan terjadi gangguan absorpsi cairan dan elektrolit. Peradangan akan menurunkan kemampuan intestinal untuk mengabsorpsi cairan dan elektrolit dan bahan-bahan makanan. Ini terjadi pada sindrom malabsorpsi.

Meningkatnya molalitas intestinal dapat mengakibatkan gangguan absorpsi intestinal. Cairan, sodium, potasium, dan biokarbonat berpindah dari rongga ekstra seluler ke dalam tinja, sehingga dapat mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit, dan dapat asidosis metabolik.

Meningkatnya molalitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat gangguan dari absorpsi dan ekskresi cairan elektrolit yang berlebihan.

5. Manifestasi klinik

Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, disertai lendir atau darah, kram abdomen, demam/suhu tubuh biasanya meningkat, mual dan muntah, anorexia/nafsu makan berkurang, lemah, pucat, kehausan, perubahan tanda-tanda vital nadi dan pernafasan cepat,

menurun atau tidak ada pengeluaran urin, anus dan daerah sekitarnya lecet karena sering diare terdapat tanda dan gejala dehidrasi : turgor kulit jelas (elastisitas kulit menurun, ubun-ubun dan mata cekung membran mukosa kering) (Dermawan & Ningsih, 2010).

6. Pemeriksaan Diagnosis

Suraatmaja & Sudaryat (2005) menerangkan pemeriksaan diagnostik yang diperlukan untuk klien dengan diare :

a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan tinja, makroskopik, mikroskopik, biakan kuman, les resistensi terhadap berbagai antibiotika, pH dan kadar gula, jika diduga ada intoleransi laktosa.

b. Pemeriksaan Darah

Darah lengkap, pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (jika dengan pemberian RL IV masih terdapat asidosis), kadar ureum (untuk mengetahui adanya gangguan faal ginjal).

7. Komplikasi

Suraatmaja & Sudaryat (2005) menjelaskan bahwa komplikasi diare adalah sebagai berikut :

a. Hipernatremia

Sering terjadi pada bayi baru lahir sampai umur 1 tahun (khususnya bayi berumur <6 bulan). Biasanya terjadi pada diare yang disertai muntah dengan intake cairan/makanan kurang, atau cairan yang diminum terlalu banyak Na, pada bayi juga dapat terjadi jika setelah diare sembuh diberi oralit dalam jumlah berlebihan.

b. Hiponatremia

Dapat terjadi pada penderita diare yang minum cairan sedikit/tidak mengandung Na. Penderita gizi buruk mempunyai kecenderungan mengalami hiponatremia.

Pengobatan : beri oralit dalam jumlah yang cukup.

c. Demam

Demam terjadi pada infeksi shingella disenteriae dan rotavirus. Pada umumnya demam akan timbul jika penyebab diare mengadakan invasi ke dalam sel epitel usus. Demam juga dapat terjadi karena dehidrasi.

Pengobatan : kompres dan/antipiretika. Antibiotik jika ada infeksi.

d. Edema/overhidrasi

Terjadi bila penderita mendapat cairan terlalu banyak.

Tanda dan gejala : edema kelopak mata, kejang-kejang jika terjadi edema otak. Edema paru terjadi pada penderita dehidrasi berat yang diberi garam faali.

e. Asidosis metabolik

Ditandai dengan bertambahnya asam atau hilangnya basa cairan ekstraseluler. Pernafasan dalam dan cepat (*kuzmaull*).

f. Hipokalemia (serum K < 3,0mMol/L)

Jika penggantian serum K selama dehidrasi tidak cukup ditandai dengan kelemahan pada tungkai, ileus, kerusakan ginjal dan aritmia jantung.

g. Gagal ginjal akut (GGA)

Mungkin terjadi pada penderita diare dengan dehidrasi berat dan syok. Didiagnosa sebagai GGA bila pengeluaran urin belum terjadi dalam waktu 12 jam setelah hidrasi cukup.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diare menurut Nelson (2010) sebagai berikut :

Terapi harus diarahkan untuk mengobati kejadian awal, mengoreksi dehidrasi dan defisit cairan serta elektrolit yang sedang berlangsung, dan untuk menangani komplikasi sekunder akibat jejas mukosa. Pengobatan antibiotik, hindari makan dan minuman yang tidak dimasak, pengobatan pencegahan dengan Pepto-Bismol, tetrasiklin (untuk anak usia 8 tahun atau lebih).

Pengobatan defisit cairan memerlukan perkiraan derajat dehidrasi dan penentuan setiap ketidakseimbangan elektrolit, seperti hipernatremia, atau asidosis metabolik. Asidosis disebabkan oleh kehilangan bikarbonat pada tinja, asidosis laktat dihasilkan dari fermentasi karbohidrat yang dimalabsorpsi atau syok, dan retensi fosfat akibat dari insufisiensi prerenal-renal sementara. Therapy kehilangan cairan dan elektrolit berat melibatkan pemberian makan intravena, sedangkan derajat dehidrasi yang kurang berat (>10%) pada bayi tanpa muntah yang berlebihan atau syok dapat ditangani dengan larutan rehidrasi oral yang mengandung glukosa dan elektrolit. Absorpsi glukosa yeyenum dan ileum membawa natrium ke dalam. Larutan rehidrasi oral mengandung 2-2,5% glukosa,

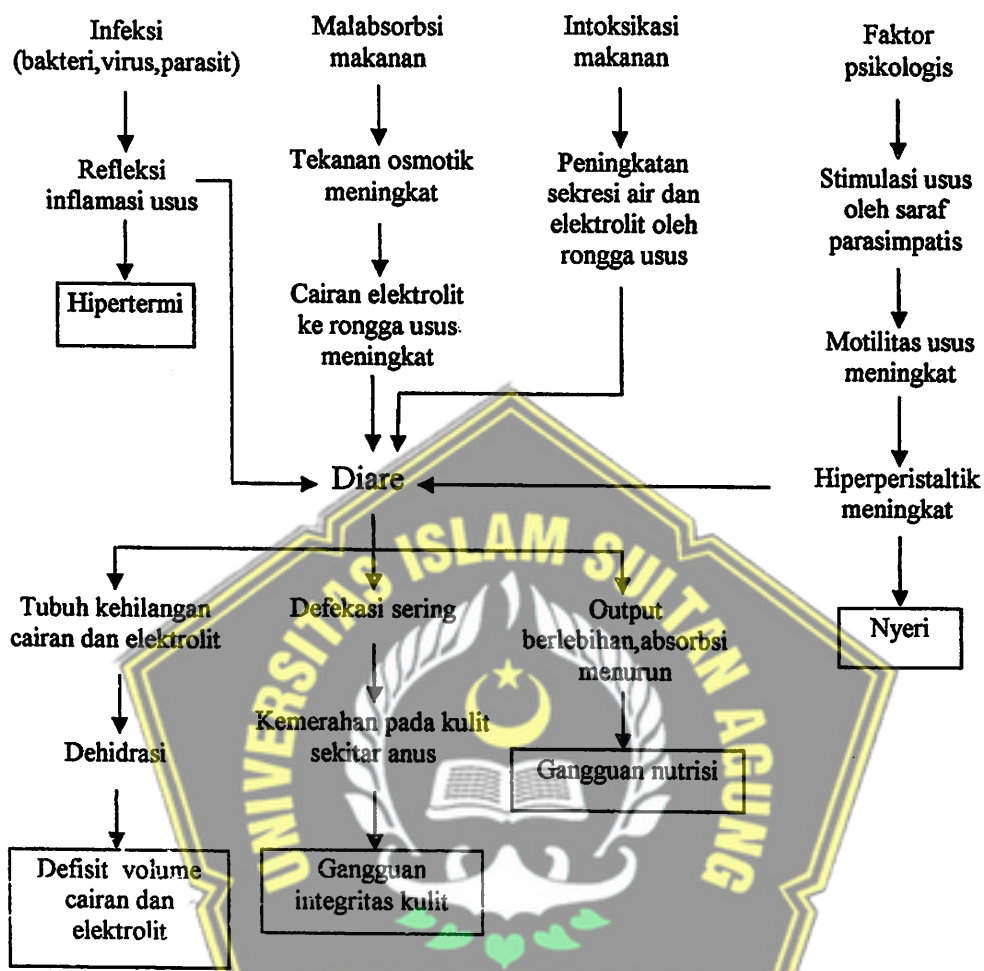
75-90mEq/Na⁺, 20-25Eq/L k⁺, 45-80mEq/L Cl⁻, dan 30 mEq/L bikarbonat atau sitrat.

Infeksi berat dapat merusak mukosa, menghasilkan defisiensi laktase sekunder yang menyebabkan diare osmotik jika bayi diberikan formula yang mengandung-laktosa. Karenanya, formula yang tidak mengandung laktosa mungkin diperlukan selama fase rehabilitasi paskaepisode diare berat. Obat-obat, seperti loperamid, paregorik, dan difenoksilat secara potensial berbahaya dan tidak mempunyai tempat dalam penatalaksanaan infeksi diare akut pada anak.

Penghitungan kebutuhan cairan menurut metode pierre, yang berdasarkan keadaan klinis : derajat dehidrasi = kebutuhan cairan (X kg BB). Sedangkan menurut metode Daldiyono, berdasarkan keadaan klinis yang diberi penilaian/skor = (skor:15)x10% kg BB x 1 liter



9. Pathway



Sumber :

(Suraatmaja & Sudaryat 2005 ; Sudoyo, 2010)

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan menurut Doengoes (2000) sebagai berikut :

a. Aktifitas atau istirahat

Gejala : kelemahan

Tanda : takikardia, takipnea, atau hiperventilasi

b. Sirkulasi

Gejala : hipotensi, takikardia, disritmia (hipovolemia), warna kulit pucat, sianosis (tergantung pada jumlah kehilangan darah) kelembapan kulit atau membran mukosa berkering (menunjukkan status syok, nyeri akut).

c. Integritas ego

Gejala : faktor stres atau kronis (keuangan, hubungan, kerja) perasaan tak berdaya.

Tanda : ansietas misal : gelisah pucat berkering perhatian menyempit, gemetar.

d. Eliminasi

Gejala : perubahan pola defekasi, karakteristik feses

Tanda : nyeri abdomen, distensi, karakteristik feses diare.

e. Makanan atau cairan

Gejala : anoreksia, mual, muntah, nyeri ulu hati, sendawa bau asam, tidak toleransi terhadap makanan, pedas, coklat, penurunan berat badan.

Tanda : muntah, membran mukosa kering, turgor kulit menurun.

f. Neurosensori

Gejala : pusing, sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, disorientasi bingung sampai koma, terganggu pada volume sirkulasi atau oksigenasi.

g. Nyeri atau kenyamanan

Gejala : nyeri, perih hebat tiba-tiba dapat disertai perforasi, rasa ketidaknyamanan, nyeri epigastrium.

Tanda : berkeringat, berhati-hati pada area yang sakit, pucat, perhatian menyempit.

h. Keamanan

Gejala : alergi terhadap obat atau sensitif.

Tanda : peningkatan suhu.

2. Fokus intervensi

a. Diagnosa resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan output berlebihan.

Intervensi untuk diagnosa tersebut menurut Doengoes (2000) sebagai berikut :

1) Monitor tanda-tanda vital dan kaji tanda dehidrasi

Rasional : perubahan tekanan darah dan nadi dapat digunakan perkiraan dasar kehilangan darah, penurunan volume atau kekurangan lebih 1000 ml.

Awasi masukan dan pengeluaran cairan.

Rasional : pedoman untuk peningkatan cairan.

- 2) Observasi kulit kering berlebihan dan membran mukosa penurunan turgor kulit.
- 3) Kolaborasi pemberian cairan parenteral, tranfusi darah sesuai dengan indikator indikasi dan pemberian obat.

Rasional : peningkatan cairan tergantung pada derajat hipovolemi.

- b. Diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan absorpsi nutrisi.

Tujuan : berat badan stabil dan tidak ada malnutrisi.

Intervensi untuk diagnosa tersebut menurut Doenges (2000) sebagai berikut :

- 1) Timbang berat badan setiap hari.
Rasional : memberikan catatan lanjutan penurunan dan atau peningkatan berat badan yang akurat.
- 2) Dorong tirah baring atau membatasi aktivitas selama sakit.
- 3) Berikan makanan porsi kecil tapi sering.
- 4) Kaji makanan kesukaan klien.

Rasional : memungkinkan variasi sediaan makanan akan memungkinkan pasien untuk mempunyai pilihan terhadap makanan yang dapat dinikmati.

- 5) Kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional : merupakan sumber efektif untuk mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.

c. Diagnosa hipertermi berhubungan dengan kerusakan mukosa usus.

Tujuan : mempertahankan suhu badan normal (36-37⁰C)

Intervensi untuk diagnosa tersebut menurut Carpenito (2006) sebagai berikut :

1) Monitor tanda-tanda vital terutama suhu.

Rasional : tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.

2) Berikan kompres air hangat.

Rasional : kompres air hangat akan menurunkan suhu tubuh.

3) Anjurkan untuk memakai pakaian yang tipis dan tidak menggunakan selimut.

Rasional : pakai pakaian yang tipis untuk membantu penguapan dalam tubuh.

4) Kolaborasi dengan pemberian antibiotik.

Rasional : pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu tinggi.

5) Kolaborasi dalam pemberian antipiretik

d. Nyeri akut berhubungan dengan hiperperistaltik usus dan nutrisi kulit dan jaringan.

Tujuan : nyeri klien hilang.

Intervensi :

1) Catat keluhan nyeri, termasuk lamanya intensitas (skala 0-10)

Rasional : dapat membantu mendiagnosa etiologi pendarahan terjadinya komplikasi.

2) Kaji ulang faktor yang meningkatkan dan menurunkan nyeri.

Rasional : membantu dalam menentukan diagnosa dan kebutuhan therapy.

3) Kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Rasional : pil narkotik untuk menghilangkan nyeri akut atau hebat dan menurunkan peristaltik.

e. Diagnosa perubahan integritas kulit berhubungan dengan seringnya defekasi dan iritasi pada daerah.

Tujuan : penyembuhan kulit tanpa ekskoriasi lebih lanjut dan tidak ada infeksi sekunder.

Intervensi untuk diagnosa tersebut menurut Carpenito (2006) sebagai berikut :

- 1) Jaga daerah pantat bersih dan kering
- 2) Mencuci kulit dengan air setelah defekasi
- 3) Berikan asupan yang adekuat untuk mencegah dehidrasi
- 4) Kolaborasi dalam pemberian salep kulit.

f. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi, perubahan status kesehatan.

Tujuan : tidak terjadi cemas atau cemas berkurang.

Intervensi :

- 1) Kaji kecemasan klien dan keluarga
- 2) Bina hubungan saling percaya
- 3) Dorong klien dan keluarga untuk menyatakan perasaannya
- 4) Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman
- 5) Berikan komunikasi terapeutik

- g. Diagnosa kurangnya pengetahuan tentang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit menurut Doengoes (2000) adalah sebagai berikut :

Tujuan : klien mengerti akan penyakitnya.

Intervensi :

- 1) Kaji tingkat pengetahuan tentang penyakit yang diderita klien

Rasional : untuk memberi informasi pada klien atau pengetahuan tentang penyakit yang diketahui klien serta kebenaran informasi yang telah didapat sebelumnya.

- 2) Berikan pendidikan tentang penyakit diare

Rasional : agar informasi yang didapat diterima dengan mudah dan tepat sehingga tidak menimbulkan kesalahpahaman.

- 3) Berikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya

Rasional : untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan klien atau keluarga tentang penyakit klien (Doenges,2000).



BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 4 April 2011 pada pukul 13.00 WIB di ruang ITH anak lantai 3 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1. Identitas Klien dan Penanggungjawab

Klien dengan nama An. S umur tiga belas bulan jenis kelamin laki-laki alamat Semarang. Agama Islam sebagai anak dari Tn. S suku Jawa bangsa Indonesia, diagnosa medis diare akut dehidrasi sedang tanggal masuk 2 April 2011. No RM 111.99.66 sumber informasi klien dari keluarga. Penanggung jawab nama Tn. S jenis kelamin laki-laki alamat Semarang. Agama Islam pekerjaan swasta. Hubungan dengan klien adalah ayah.

2. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan klien BAB 10x, cair, tidak berampas.

3. Status Kesehatan Saat ini

Ibu klien mengatakan klien sakit sejak tanggal 30 Maret 2011 dibawa ke rumah sakit tanggal 2 April 2011 klien BAB 10x, cair tidak berampas dan berlendir. Ibu klien mengatakan klien tidak mau makan, muntah dan berat badannya turun, ibu klien mengatakan sebelum sakit BB klien 9 kg selama sakit BB klien 7,8 kg. ditandai dengan tanda-tanda vital nadi: 120 x/mnt RR: 30 x/mnt S : 36,8 °C.

4. Riwayat Kesehatan yang lalu

Ibu klien mengatakan saat hamil ibu tidak mengalami keluhan apa-apa. Ibu klien mengatakan klien lahir pada usia kehamilan 8 bulan. Keadaan kesehatan saat ini, ibu klien mengatakan klien dilahirkan di klinik bidan dekat rumahnya. Klien lahir dibantu oleh bidan. Klien lahir secara normal dengan usia persalinan delapan bulan, klien lahir dengan kondisi sehat, panjang bayi 40cm dengan berat 2,7 kg.

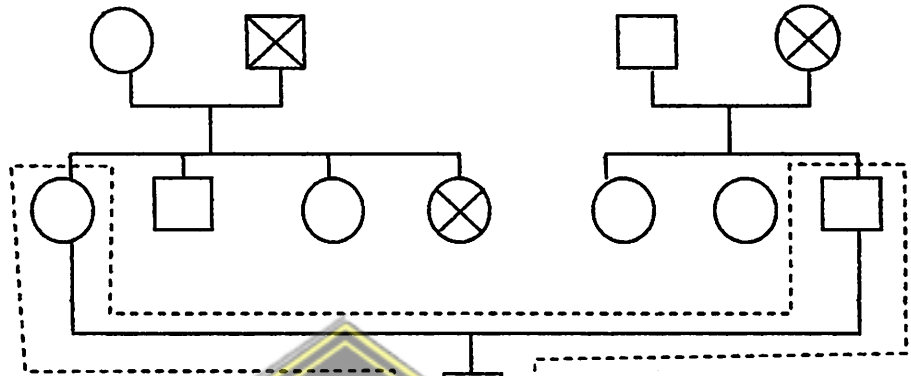
Penyakit yang pernah diderita klien sebelumnya adalah diare, sesak nafas dan herpes pada kulit. Sejak lahir klien tidak pernah dirawat atau dibawa ke rumah sakit hanya dibawa ke klinik terdekat.

Klien alergi minyak kayu putih dan bawang merah. Klien juga pernah mengalami alergi susu. klien telah mendapatkan imunisasi polio, hepatitis, BCG, DPT dan campak. Namun ibu klien kurang tahu pada usia berapa saja imunisasi diberikan. Reaksi yang biasanya terjadi setelah diberikan imunisasi klien demam.



5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram



Keterangan:

- | | | | |
|---|-------------|-------|----------------------|
| □ | : laki-laki | | : garis keturunan |
| ○ | : perempuan | — | : hubungan keluarga |
| ⊗ | : meninggal | - - - | : tinggal satu rumah |
| → | : klien | | |

Ibu klien mengatakan kakek klien mempunyai riwayat TB paru.

Meninggal pada usia 72 tahun. Ibu klien mengatakan klien mempunyai kebiasaan menghisap jari.

6. Riwayat kesehatan lingkungan

Suka memasukkan benda yang dipegang kedalam mulutnya. Ibu klien mengatakan tinggal di lingkungan perumahan. Rumah klien beratapkan genteng, lantai rumah terbuat dari keramik. Rumah klien terdapat ventilasi yang cukup untuk keluar masuknya udara dan cahaya matahari. Ibu klien mengatakan rumahnya aman untuk bermain klien.

Ibu klien mengatakan kebersihan rumah dan lingkungan rumah terjaga, tiap pagi dan sore disapu, penataan dan letak alat-alat rumah ada kemungkinan bahaya karena mudah dijangkau oleh anaknya.

7. Pola pengkajian menurut Gordon

Pola pernafasan baik, bernafas melalui hidung, tidak sesak nafas, RR: 30x/menit, tidak nyeri, kemampuan aktivitas baik, ditandai dengan klien sering jalan-jalan, klien tidak batuk.

Kebutuhan nutrisi ibu klien mengatakan, sebelum sakit dan dirawat, klien makan 3x/hari dengan porsi bubur, sayur dan biskuit serena. Ibu klien mengatakan klien tidak mempunyai makanan pantangan, nafsu makan klien baik, dengan BB 9 kg.

Ibu klien mengatakan setelah sakit dan dirawat di RS klien makan hanya habis 3 sedok makan saja. Ibu klien mengatakan setiap kali makan klien selalu muntah. Sejama sakit berat badan klien turun menjadi 7,8 kg.

Kebutuhan eliminasi klien sebelum dan saat sakit, ibu klien mengatakan buang air besar 1x/hari dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas feses. Ibu klien mengatakan sebelum sakit klien buang air kecil sebanyak 6-8x/hari dengan urin warna kuning jernih bau khas urin. Setelah sakit ibu klien mengatakan klien buang air besar sebanyak 10x/hari dengan konsistensi cair, tidak berampas, ada lendir, ada darah warna kuning, bau khas feses. Setelah sakit ibu klien mengatakan klien tidak mengalami gangguan dalam buang air kecil, klien buang air kecil sebanyak 6-8x/hari.

Kebutuhan istirahat dan tidur klien sebelum dan saat sakit, ibu klien mengatakan sebelum sakit klien tidur selama 8 jam perhari, selama

sakit ibu klien mengatakan klien sering terbangun karena BAB. Saat tidur klien tenang tidak banyak bergerak. Klien juga tidur siang selama 2 jam.

Kebutuhan aktivitas dan latihan, ibu klien mengatakan klien rutin mandi sehari 2x menggunakan sabun bayi. Ibu klien mengatakan klien bermain menggunakan permainan tidak berbahaya, klien main icik-icik.

Kognitif, klien membalas senyum pemeriksa, mengucapkan papa-mama belum spesifik. Respon anak meraih mainan baik. Jika klien haus dan lapar klien menangis.

Konsep diri, status mood bayi baik selama sakit klien agak rewel. Ibu klien mengatakan awalnya klien takut jika melihat perawat datang tapi selanjutnya klien sudah terbiasa.

Nilai atau kepercayaan, orang tua klien yakin putranya akan segera sembuh. Keluarga klien yakin penyakit datang dari Allah dan akan mendapat kesembuhan dari pada-Nya.

8. Pemeriksaan fisik

Tingkat kesadaran *composmentis*, keadaan umum lemah. Tanda-tanda vital dengan nadi klien 120x/menit, dengan *respirasi rate* 20x/menit, dengan suhu 36,8°C. Hasil pemeriksaan fisik kepala mesocephal, tidak ada benjolan, warna rambut hitam dan bersih.

Hasil pemeriksaan mata, bentuk baik, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil akan mengecil dengan refleksi cahaya. Pemeriksaan hidung, hidung tampak simetris, tidak terpasang oksigen, tidak terdapat sekret. Pemeriksaan mulut, belum tumbuh gigi, mukosa bibir kering, tidak ada kesulitan menelan.

Pemeriksaan telinga, telinga tampak bersih dan tidak ada gangguan pendengaran. Pemeriksaan leher, tidak ada tanda pembesaran kelenjar thyroid. Hasil pemeriksaan jantung, inspeksi ictuscordis tidak teraba, palpasi ictuscordis teraba pada intercosta ke-5, perkusi pekak, auskultasi bunyi tidak terdengar bunyi ronchi.

Pemeriksaan paru-paru, inspeksi pengembangan dada simetris, auskultasi tidak terdengar bunyi ronchi, perkusi sonor, palpasi tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan abdomen, inspeksi datar, auskultasi peristaltik usus 15x, perkusi thympani, palpasi tidak ada nyeri tekan, turgor kulit menurun. Pemeriksaan punggung permukaan datar, tidak ada benjolan. Pemeriksaan genitalia, tidak ada tanda peradangan, tidak terpasang kateter.

Pemeriksaan ekstremitas, ekstremitas atas hangat, tangan kanan terpasang infus tridex 27B, ekstremitas bawah kaki dapat bergerak normal. Pemeriksaan neurologis, tidak ada tanda gangguan persyarafan. Pemeriksaan kulit tidak ada lesi.

9. Pemeriksaan Perkembangan

Motorik kasar meliputi mengangkat kepala, duduk tegak, dada terangkat, menumpu pada lengan, merangkak. Motorik halus meliputi memegang/mengambil mainan sendiri. Bahasa menoleh ke arah suara, mengucap papa-mama belum spesifik.

10. Pemeriksaan penunjang

Data laboratorium tanggal 4 April 2011

Feses rutin

Eritrosit 1 - 3, Leukosit 1 - 2, entamoeba histolika negative, ankylos negative, trichurin negative, bakteri positive, lemak positive, ascaris negative, epitel 1- 3, jamur negative.

Hemoglobin 4 April 2010

Darah rutin

Hemoglobin 13,4g/dl dengan nilai normal 10,8 – 12,8g/dl, hematokrit 39,1% dengan nilai normal 35 – 43%, leukosit 14,80ribu/ul dengan nilai normal 6,0 – 17,0ribu/ul, eritrosit 5,54 juta/ul dengan nilai normal 3,8 – 5,2juta/ul, trombosit 534ribu/ul dengan nilai normal 229 – 533ribu/ul, eosinofil 0,4% dengan nilai normal 1 – 5%, basofil 0,3% dengan nilai normal 0 – 1%, neutrofil 26,2 % dengan nilai normal 50 -70%, limfosit 60,8 % dengan nilai normal 25 – 50%, monosit 12,3% dengan nilai normal 1–6%, MCV 70,6 FL dengan nilai normal 73 – 101FL, MCH 24,2 Pg dengan nilai normal 23 – 31Pg, MCH 24,2 Pg dengan nilai normal 23 – 31Pg, MCHC 34,8 g/dl dengan nilai normal 26 – 34 g/dl

LED

LED I 5mm/jam dengan nilai normal 0 – 20mm/jam, LED II 11mm/jam dengan nilai normal 0 – 20mm/jam, Gol darah O/+.

B. Analisa Data

Pengkajian Senin, 4 April 2011 pukul 18.00 WIB, didapatkan data ibu klien mengatakan klien BAB 6-8x/hari, cair, tidak ada ampas, ada lendir ada darah. Klien tampak pucat, mukosa bibir kering, feses cair+lendir. Klien nampak lemah, dengan nadi 120x/mnt, respirasi rate 30x/menit, suhu 36,8°C. Dari data tersebut muncul masalah defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh akibat output cairan yang berlebih.

Pengkajian Senin 4 April 2011 pukul 12.00 WIB didapatkan data, ibu klien mengatakan klien muntah tidak mau makan. Klien makan hanya 3 sendok makan, A : berat badan 9 kg menjadi 7,8 kg, B : Hb 13,4gr/dl, C : mukosa bibir kering, D : bubur susu. Dari data tersebut muncul masalah resiko tinggi kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

C. Diagnosa Kerawatan

Defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan ditandai dengan ibu klien mengatakan klien BAB 6-8x/hari cair, tidak ada ampas ada lendir ada darah, klien nampak pucat, mukosa bibir kering, feses cair dan berlendir. Klien nampak lemah dengan tanda-tanda vital nadi 120x/mnt, RR 30x/mnt, S 36,8°C.

Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan ibu klien mengatakan klien muntah tidak mau makan dengan data objektif klien makan 3 sendok, A : berat badan 9 kg menjadi 7,8 kg, B : Hb : 13,4 g/dl, C : mukosa bibir kering, D : susu dan bubur.

D. Planning / Intervensi

Intervensi hari Senin tanggal 4 April 2011 pukul 12.00 WIB, dengan diagnosa defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan ditandai dengan klien nampak pucat, mukosa bibir kering, feses cair dan berlendir dan klien nampak lemah. Kebutuhan cairan terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil : tidak ada tanda dehidrasi, mukosa bibir lembab, turgor kulit baik dan BAB 1-2x/hari. Dengan rencana keperawatan yang dilakukan, yaitu: berikan cairan parenteral sesuai dengan program rehidrasi, kaji tanda dan gejala dehidrasi atau hasil laboratorium, kolaborasi dalam pemberian obat sesuai therapy, kaji pola output dan input.

Selasa tanggal 5 April 2011 pukul 13.00 WIB, dengan diagnosa resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam dengan kriteria hasil klien tidak muntah, makanan yang disediakan rumah sakit habis $\frac{1}{2}$ porsi dan berat badan stabil. Kaji status nutrisi klien, BB dan riwayat mual muntah, memberikan porsi sedikit tapi sering, memberikan makanan sesuai diit bubur.

E. Implementasi

Senin, 4 April 2011 dilakukan implementasi untuk diagnosa pertama, pukul 12.00 WIB berikan cairan oral dan parental sesuai dengan program rehidrasi dengan respon subjektif klien tampak kooperatif dengan respon objektif klien terpasang infuse tridex 27B, 12 tpm. Pukul 15.00 WIB mengkaji tanda dehidrasi dan hasil pemeriksaan laboratorium dengan data

subjektif klien tampak kooperatif dengan respon objektif BAB 6-8x/hari, konsistensi cair tidak berampas ada lendir, ada darah. Pukul 17.00 WIB pemberian obat sesuai program therapy probi 1/2 sct, naprex drop 0,8cc, puyer (cobazym, heptasan, sanprima, colistin) 1, nifural sirup 3/4 cth, injeksi antibiotik 150mg, dengan respon subjektif klien nampak minum obat dengan respon objektif obat jenis sirup dan puyer diminum klien. Diagnosa keperawatan kedua pukul 15.00 WIB. Kaji status nutrisi klien dengan respon subjektif klien muntah saat makan dengan respon objektif berat badan turun dari 9 kg menjadi 7,8 kg. Pukul 16.00 WIB menganjurkan klien makan sedikit tapi sering dengan data subjektif klien mau makan dengan respon objektif klien makan 4-5 sendok makan. Pukul 19.00 WIB memberikan obat sesuai therapy invomite injeksi 0,8cc. dengan data subjektif klien kooperatif dengan respon objektif invomite masuk per bolus.

Selasa 5 April 2011 pukul 15.00 WIB dilakukan implementasi untuk diagnosa pertama, pemberian cairan oral dan parental dengan respon subjektif klien kooperatif dengan respon objektif klien terpasang infus tridex 27B untuk 12 tpm. mengkaji tanda dehidrasi dengan respon subjektif klien BAB 2x dengan respon objektif cairan terpenuhi, turgor kulit elastis, BAB lembek berampas. Diagnosa dua pukul 14.00 WIB mengkaji status nutrisi klien dengan respon subjektif klien kooperatif dengan respon objektif berat badan stabil 7,8 kg. Pukul 16.00 WIB menganjurkan porsi sedikit tapi sering dengan respon subjektif klien mau makan dengan respon objektif porsi yang disediakan rumah sakit habis

Rabu 6 April 2011 dilakukan implementasi untuk diagnosa pertama pukul 10.00 WIB pemberian cairan peroral dengan respon subjektif klien mau minum air putih dan susu dengan respon objektif infuse dilepas. Pukul 14.00 WIB mengkaji tanda dehidrasi dengan respon subjektif klien kooperatif dengan respon objektif cairan terpenuhi.

F. Evaluasi

Selasa, 5 April 2011 pukul 18.00 WIB dari implementasi yang dilakukan didapatkan evaluasi pertama, untuk diagnosa pertama, data subjektif ibu klien mengatakan BAB 6x cair, tak berampas, ada lendirnya, ada darahnya, data objektif klien tampak lemah, masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi dengan melakukan pemantauan dan pengawasan kondisi klien, memonitor keadaan umum, TTV, tanda-tanda dehidrasi.

Rabu 6 April 2011 pukul 18.00 WIB dari implementasi yang dilakukan didapatkan evaluasi yang kedua, untuk diagnosa pertama dengan data subjektif ibu klien mengatakan klien BAB 4x masih ada airnya tapi sudah ada ampasnya, lendir darah sudah tidak ada, data objektif dengan klien tampak lebih segar, dengan keadaan umum membaik, masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi.

Selasa 5 April 2011 pukul 18.00 WIB dari implementasi yang dilakukan didapatkan evaluasi pertama untuk diagnosa kedua, data subjektif ibu klien mengatakan klien mulai kooperatif data objektif makan habis 4-6 sendok makan, masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi dengan memberikan makanan dengan porsi sedikit tapi sering.

Rabu, 6 April 2011 pukul 18.00 WIB dari implementasi yang dilakukan didapatkan evaluasi kedua untuk diagnosa kedua, dengan data subjektif ibu klien mengatakan klien kooperatif data objektif porsi makan yang disediakan Rumah Sakit habis, masalah teratasi, pertahankan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini akan dibahas mengenai Asuhan Keperawatan pada An. S umur 13 bulan alamat Semarang dengan diare akut dehidrasi sedang. Dengan menggunakan proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang muncul pada An. S, penulis akan membahas pengkajian terlebih dahulu.

Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 4 April 2011 pukul 13.00 WIB di ruang ITH lantai 3 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, dan didapatkan data-data masalah keperawatan.

Setelah melakukan pengkajian dan identifikasi data maka dapat diangkat beberapa diagnosa keperawatan. Diagnosa yang muncul pada An. S yaitu :

- A. Diagnosa defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan menurut Carpenito (2006) yaitu:**

Defisit volume cairan merupakan keadaan dimana individu yang dapat mencerna makanan tetapi asupannya dalam jumlah kurang dari adekuat. Diagnosa ini tidak bisa diterapkan pada individu yang menjalani puasa atau tidak dapat mencerna makanan (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayornya adalah asupan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan, kebutuhan metabolik aktual atau potensial dengan asupan yang lebih. Batasan

karakteristik minor, berat badan 10% sampai 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh, lipatan kulit trisep lingkaran lengan tengah dan otot lengan tengah kurang dari 60% standart pengukuran, kelemahan otot dan nyeri tekan, peka rangsang mental dan kekacauan mental, penurunan albumin serum, penurunan transferin atau penurunan kapasitas penurunan kapasitas ikatan-besi.

Alasan penulis menegakkan diagnosa defisit volume cairan karena pada saat pengkajian didapatkan data dari ibu klien adalah klien BAB sebanyak 10x, klien nampak lemah, pucat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun.

Penulis memprioritaskan diagnosa defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan menjadi prioritas pertama. Karena menurut hierarki Maslow hal ini termasuk kebutuhan fisiologis yang menjadi urutan pertama dan harus segera ditangani. Adapun menurut *triage concept* merupakan *immediately* yang mana bila tidak segera diatasi akan mengancam jiwa dan akan mengganggu seseorang dalam memenuhi kebutuhan yang lainnya, seperti kebutuhan nutrisi dan istirahat tidur. Teratasinya kekurangan volume cairan maka diharapkan individu dapat memenuhi kebutuhan yang lain.

Pada diagnosa pertama ini penulis menetapkan tujuan keperawatan yaitu: kebutuhan cairan terpenuhi, sudah tidak ada tanda dehidrasi, mukosa bibir lembab, turgor kulit membaik dan BAB 1-2x/hari.

Penulis merencanakan asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaborasi yaitu : memberikan cairan parenteral sesuai dengan program rehidrasi dengan rasional mengganti cairan yang keluar bersama feses. Mengkaji tanda dan gejala dehidrasi atau laboratorium dengan rasional menilai status dehidrasi. Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai therapy dengan rasional mengurangi frekuensi BAB. Mengkaji pola output dan input dengan rasional mengetahui keseimbangan cairan.

Implementasi keperawatan, penulis telah melakukan tindakan sejalan dengan apa yang telah direncanakan yaitu : pemberian cairan oral dan parenteral, kaji tanda dehidrasi, berkolaborasi dengan tim medis lain.

Dalam penulisan diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan menurunnya motivasi untuk minum cairan sekunder akibat depresi atau kelelahan, seharusnya penulis mencantumkan intake, output dan balance cairan klien. Hal ini perlu karena untuk mengetahui asupan dan haluran klien, dan untuk mengetahui perkembangan nutrisi klien. Tetapi penulis tidak melakukan pengkajian karena penulis kurang teliti dalam melakukan intervensi.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan implementasi yang telah direncanakan karena didukung oleh keluarga klien terutama ibu klien yang telah banyak membantu dalam kesembuhan dan klien kooperatif.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini masalah teratasi, karena sudah sesuai dengan kriteria hasil yang penulis rencanakan yaitu : ibu klien mengatakan klien BAB 3x/hari masalah teratasi sebagian pertahankan intervensi berikan cairan oral dan parenteral.

B. Perubahan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia menurut Carpenito (2006) adalah :

Perubahan kebutuhan nutrisi merupakan suatu keadaan ketika individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrien yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik. Etiologinya pada faktor patologis yang berhubungan dengan virus, bakteri, makanan atau yang lainnya.

Batasan karakteristik mayornya adalah individu yang tidak puasa. Melaporkan atau mengalami masukan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan metabolik aktual atau potensial dalam masukan berlebihan. Sedangkan batasan karakteristik minornya adalah berat badan 10-20% atau dibawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh. Lipatan kulit, trisep lingkaran dan lingkaran otot pertengahan lengan kurang dari 60%. Peka rangsang mental dan kekacauan mental. Penurunan albumin serum, penurunan transferin, serum atau kapasitas ikatan besi.

Alasan penulis menegakkan diagnosa perubahan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. Karena pada saat pengkajian didapatkan data, ibu klien mengatakan klien muntah tidak mau makan. Ibu klien mengatakan klien makan hanya 3-4 sendok. Mukosa bibir klien tampak kering, berat badan awal 9 kg, berat badan klien turun 1,2 kg menjadi 7,8 kg. Dari data tersebut, menunjukkan bahwa klien telah

mengalami perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang ditunjang dengan data mayor masukan yang tidak adekuat.

Penulis memprioritaskan diagnosa perubahan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. Sebagai prioritas kedua karena menurut hierarki Maslow hal ini termasuk kebutuhan fisiologis yang membutuhkan penanganan segera. Karena jika tidak ditangani segera, akan terjadi kelemahan otot dan berat badan klien akan semakin turun. Adapun berdasarkan triage konsep merupakan kejadian non urgen.

Untuk diagnosa keperawatan penulis menetapkan tujuan yaitu kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil klien tidak muntah, makanan yang disediakan habis $\frac{1}{2}$ porsi, berat badan klien stabil.

Untuk mengatasi diagnosa perubahan kebutuhan nutrisi, penulis menyusun beberapa intervensi yaitu : kaji status nutrisi klien, berat badan dan riwayat mual muntah dengan rasional mengetahui status nutrisi, berat badan stabil, klien mual muntah saat makan. Memberikan porsi sedikit tapi sering dengan rasional klien menghabiskan makanan 1 porsi. Memberikan makanan sesuai diit bubur dengan klien makan makanan dari RS.

Dari beberapa rencana yang telah penulis tetapkan diatas, dapat dilakukan dengan lancar karena dibantu keluarga terutama ibu klien dan klien sendiri cukup kooperatif untuk menjalankan therapy yang diberikan.

Evaluasi yang didapat dari perubahan kebutuhan nutrisi dapat teratasi karena sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan ibu klien mengatakan makanan yang disediakan habis.

Diagnosa keperawatan yang belum diangkat oleh penulis antara lain :

1. Dalam pengkajian ditemukan pola tidur tidak efektif yang terdapat pada data pengkajian pola istirahat, tetapi penulis belum mengangkat sebagai diagnosa keperawatan. Seharusnya diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan sering terbangun sekunder akibat diare (Carpenito, 2006).
2. Didalam pengkajian ditemukan data BAB sehari sebanyak 10x, (pola eliminasi) tetapi penulis belum mengangkat sebagai diagnosa keperawatan.
3. kerusakan integritas kulit berhubungan dengan defekasi yang berlebihan karena jumlah frekuensi BAB yang berlebihan.
4. Didalam pengkajian ditemukan klien sering menghisap ibu jari dan memasukkan benda yang dipegang ke dalam mulut. Tetapi penulis belum mengangkat sebagai diagnosa kurangnya pengetahuan akan penyebab diare.

Dalam pengkajian aspek yang telah ditulis penulis tidak mencantumkan pertumbuhan dan perkembangan balita yang sesuai dengan usia klien. Menurut penulis pertumbuhan dan perkembangan klien normal.

Dalam pengkajian keadaan kesehatan saat ini penyakit yang pernah diderita klien penulis tidak mencantumkan pada usia berapa klien mengalami penyakit diare sebelumnya, sesak nafas dan herpes pada kulit

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih buang air besar dengan bentuk tinja yang encer atau cair (Suriadi & Yuliani, 2006).

Manifestasi klinis diare menurut Dermawan & Ningsih (2010) yaitu : Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, disertai lender atau darah, kram abdomen, demam/suhu tubuh biasanya meningkat, mual dan muntah, anorexia/nafsu makan berkurang, lemah, pucat, kehausan, perubahan tanda-tanda vital nadi dan pernafasan cepat, menurun atau tidak ada pengeluaran urin, anus dan daerah sekitarnya lecet karena sering diare terdapat tanda dan gejala dehidrasi : turgor kulit jelas (elastisitas kulit menurun, ubun-ubun dan mata cekung membran mukosa kering).

Pada klien An.S dengan diare akut dehidrasi sedang berdasarkan hasil pengkajian keperawatan diperoleh data klien BAB 10x/hari, turgor kulit menurun, klien nampak lemah, mukosa bibir kering. Sehingga ditetapkan diagnosa defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh dengan intervensi mengganti kebutuhan cairan, kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan intervensi nutrisi klien terpenuhi, gangguan pola tidur dengan intervensi kebutuhan tidur klien tercukupi.

Adapun diagnosa keperawatan yang belum diangkat diantaranya : gangguan pola tidur berhubungan dengan sering terbangun sekunder akibat diare (Carpenito, 2006). Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan defekasi yang berlebihan karena jumlah frekuensi BAB yang berlebihan. Diagnosa kurangnya pengetahuan akan penyebab diare.

Adapun untuk menyelesaikan diagnosa tersebut penulis menetapkan beberapa intervensi. Adapun dalam pelaksanaan rencana tersebut tidak ada halangan karena keluarga dan klien dapat bekerja sama dengan cukup baik.

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diare.

2. Bagi lahan praktek

Lahan praktek diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien dengan diare dan dapat memberikan bimbingan yang lebih maksimal pada mahasiswa.

3. Bagi institusi pendidikan

Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan diare, baik di dalam laboratorium maupun lahan praktek.

4. Bagi masyarakat

Masyarakat diharapkan meningkatkan pengetahuan tentang diare sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan terhadap penularan serta mampu merawat apabila ada anggota keluarga yang menderita diare.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J. (2009). *Diagnosis keperawatan aplikasi pada praktik klinis*. (Terjemahan, Asih Y) Edisi 9, cet. 1, Jakarta : EGC
- Dermawan & Ningsih, (2010). *Keperawatan medikal bedah*, Edisi 1, cet. 1, Yogyakarta
- Doenges, M.E. (2000). *Rencana asuhan keperawatan*. (Terjemahan, Ester & Yasmin Asih) Edisi 3. EGC : Jakarta
- Hidayat, A.A. (2006). *Pengantar keperawatan anak*. Edisi 3. Jakarta : Penerbit Media Aesculapius.
- Juffrie dkk, (2010). *Ikatan Dokter Anak Indonesia. Buku ajar gastroenterologi-Hepatologi*. Jilid 1. Jakarta.
- Mubarak & Chayantin, (2008). *Buku ajar tumbuh kembang*. Edisi 1, cet. 2, Jakarta : EGC
- Nelson, (2010). *Esensi pediatri*. (Terjemahan, Wahab S) Edisi 4. Jakarta : EGC
- Potter, (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Sudoyo A.W, (2010). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. FKUI : Jakarta
- Suraatmaja & Sudaryat, (2005). *Kapita selekta diare anak*. Jakarta : Sagung Seto
- Suriadi & Yuliani, (2006). *Asuhan keperawatan pada anak*, Edisi 2, cet. 2, Jakarta
- Wong, D.L (2003). *Buku ajar keperawatan pediatrik*, (Terjemahan, Monika Ester). Edisi 1, cet. 2. Jakarta: EGC