

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIARE PADA An. A
DI RUANG FLAMBOYAN RSI PEKAJANGAN
KABUPATEN PEKALONGAN



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna
memperoleh gelar ahli madya keperawatan

Oleh :

Nur Kholis Fahmi

NIM : 13.1690.P

PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN
TAHUN 2016

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Pekalongan, Juni 2016

Yang membuat Pernyataan

Nur Kholis Fahmi
Nim: 13.1690.P

HALAMAN PERSETUJUAN

KTI yang berjudul “Asuhan Keperawatan dengan Diare Pada An. A di Ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Nur Kholis Fahmi telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juni 2016

Pembimbing

Siti Rofiqoh, M.Kep..Ns.Sp.Kep.An

NIK. 99.001.023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul “Asuhan Keperawatan Diare Pada An. A Di Ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Nur Kholis Fahmi telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

(Aida Rusmariana, MAN)

NIK. 92.001.010

(Siti Rofiqoh, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An)

NIK. 99.001.023

Mengetahui

Ka.Prodi DIII Keperawatan

STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

(Herni Rejeki, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom)

NIK. 96.001.016

KATA PENGANTAR

Syukur alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Diare Di Ruang Flamboyan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Kabupaten Pekalongan”. Adapun maksud dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yaitu untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, namun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. M. Arifin, Skp, Mkep, selaku ketua STIKES Muhammadiyah Pekajngan Pekalongan.
2. Herni Rejeki, M.Kep., Sp.Kep.Kom, selaku ketua prodi studi DIII Keperawatan.
3. dr.H. Maskuri selaku direktur Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Pekajangan
4. Aida Rusmariana, MAN, selaku pembimbing dan penguji Karya Tulis Ilmiah
5. Siti Rofiqoh, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An, selaku penguji Karya Tulis Ilmiah
6. Dosen dan seluruh staff di STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
7. Kedua orang tua saya beserta keluarga yang selalu memotivasi dan memberi semangat kepada saya
8. Semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan

saran yang membangun dari semua pihak sehingga hasil dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada khususnya.

Pekalongan, Juni 2016

(Penulis)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
Latar Belakang	1
Tujuan Penulisan	3
Manfaat Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
Pengertian	5
Etiologi	5
Jenis – jenis Diare	7
Patofisiologi	9
Gambaran Klinis	9
Pemeriksaan Diagnostik	10
Komplikasi	11
Penatalaksanaan	11
Asuhan Keperawatan	12
BAB III RESUME KASUS	17
Pengkajian	17
Diagnosa Keperawatan	18
Intervensi dan Implementasi	18
Evaluasi	20
BAB IV PEMBAHASAN	21
Diagnosa Keperawatan yang muncul	21
Diagnosa Keperawatan yang tidak muncul	26

Kekuatan dan kelemahan	27
------------------------------	----

BAB V PENUTUP	28
---------------------	----

Simpulan	28
----------------	----

Saran	29
-------------	----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

1. Pathways
2. Asuhan Keperawatan dengan diare pada An. A di Ruang Flamboyan
RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diare merupakan penyakit umum yang masih menjadi masalah kesehatan utama pada anak terutama pada balita di berbagai negara-negara terutama di negara berkembang. 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 & Yuliana 2006, h. 83). Diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (> 3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan/tanpa darah dan/atau lendir (Suraatmaja 2005, h. 1).

Penderita diare paling sering menyerang anak dibawah lima tahun (balita). Berdasarkan data yang diperoleh dari *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2009 menyatakan bahwa lebih dari sepertiga kematian anak secara global disebabkan karena diare sebanyak 35%. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) memperkirakan bahwa secara global diare menyebabkan kematian sekitar 3 juta penduduk setiap tahun (Herman, 2009). Beban global diare pada tahun 2011 adalah 9,00% balita meninggal dan 1,0% untuk kematian neonatus.

Di Indonesia diare merupakan salah satu penyebab kematian kedua terbesar pada balita setelah Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA). Sampai saat ini penyakit diare masih menjadi masalah masyarakat

Indonesia. Prevalensi diare pada balita di Indonesia juga mengalami peningkatan setiap tahunnya. Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, menunjukkan keseluruhan 14% anak balita mengalami diare. Prevalensi diare tertinggi terjadi pada anak dengan umur 6-35 bulan, karena pada umur sekitar 6 bulan anak sudah tidak mendapatkan air susu ibu. Prevalensi diare berdasarkan jenis kelamin tercatat sebanyak 8.327 penderita laki laki, dan 8054 penderita perempuan.

Penyakit diare masih merupakan masalah kesehatan serius di Kota Pekalongan Jawa Tengah, terbukti 27 desa di kabupaten Pekalongan sudah pernah terjangkit penyakit diare. Dalam profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan tahun 2015 melaporkan cakupan penemuan dan penanganan kasus penyakit diare di kota Pekalongan sebesar 102% sebanyak 19388 penderita dengan cakupan tertinggi di desa Karanganyar (1.227 penderita). Jika dilihat dari jenis kelamin, cakupan penemuan dan penanganan penyakit diare lebih besar pada perempuan (10325 penderita) bila dibandingkan pada laki-laki (9063 penderita). Jumlah angka kematian yang dilaporkan sebanyak 39 sebagai akibat keterlambatan mendapatkan pengobatan serta kurang sempurnanya pengobatan. Adapun target penemuan diare disemua umur adalah 10% dari sasaran (213 per 1000 jumlah penduduk) yaitu sebesar 18.990 kasus (102%), sehingga pada tahun 2015 sudah melebihi target (100%).

Dari hasil catatan medis RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan tahun 2015 melaporkan data pasien rawat inap anak usia 1 – 12 tahun dari bulan Januari sampai bulan Desember tahun 2015 ditemukan sebanyak 146 kasus. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kasus diare masih sangat tinggi dan tidak bisa dianggap sebagai kasus yang ringan, melainkan sebagai kasus yang harus segera ditangani untuk menekan angka kejadian diare.

Komplikasi yang dapat muncul pada penderita diare bila tidak segera ditangani dengan benar dapat terjadi Dehidrasi (ringan sedang, berat, hipotonik, isotonik, atau hipertonik), renjatan hipovolemik, hipokalemia,

hipoglikemia, intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase, terjadi kejang pada dehidrasi hipertonik. Selanjutnya dapat terjadi malnutrisi energi protein akibat muntah dan diare (Ngastiyah 2005, h. 225).

Untuk itu perlu menerapkan pengetahuan kepada masyarakat tentang *prognosis* penyakit diare pada anak melihat kasus tersebut maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, antara lain dengan memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan klien, memeriksa kondisi secara dini sesuai dengan jangka waktu tertentu untuk mengobati penyebab dasar dan dalam perawatan diri klien secara optimal, sehingga muncul pentingnya asuhan keperawatan dalam menanggulangi klien dengan diare. Berdasarkan peran perawat yang dibahas, hal yang penting dilakukan adalah mengetahui faktor resiko dalam kejadian diare pada anak, diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi akibat kehilangan cairan pada anak sehingga kematian pada anak akibat diare dapat dihindari. Dari latar belakang diatas penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah tentang Asuhan Keperawatan diare pada anak.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mengaplikasikan asuhan keperawatan yang tepat pada anak dengan diare meliputi proses keperawatan yaitu dari pengkajian, perumusan diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian pada anak dengan diare.
- b. Dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada anak dengan diare

- c. Dapat menyusun intervensi asuhan keperawatan dari masalah masalah yang timbul pada anak diare
- d. Dapat melaksanakan implementasi asuhan keperawatan yang telah direncanakan pada anak dengan diare
- e. Dapat melaksanakan evaluasi dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

C. Manfaat Penulisan

1. Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Karya tulis ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan Anak, khususnya berhubungan dengan Asuhan Keperawatan Anak pada kasus Diare

2. Profesi Keperawatan

Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

3. Penulis

Dapat memperoleh pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan serta mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama pendidikan khususnya pada anak dengan diare

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defeksi lebih dari biasanya (> 3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan/tanpa darah dan/atau lendir (Suraatmaja 2005, h. 1). Diare merupakan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih buang air besar dengan bentuk tinja yang encer dan cair (Suriadi & Yuliana 2006, h. 83).

B. Etiologi

Diare dapat disebabkan oleh berbagai infeksi atau proses peradangan pada usus yang secara langsung mempengaruhi sekresi enterosit dan fungsi absorpsi akibat peningkatan kadar cyclic Adenosine Mono Phosphate (AMP) yaitu vibrio cholere, toksin heat-labile dari *Escherichia choli*, tumor penghasil fase aktif intestinal peptide. Penyebab lain diare juga disebabkan karena bakteri parasit dan virus, keracunan makanan, efek obat-batan dan sebagainya (Ngastiyah 2005, h. 224)

Penyebab diare dapat dibagi dalam beberapa faktor yaitu:

1. Menurut Ngastiyah (2005, h. 224) faktor infeksi terdiri dari
 - a. Infeksi enteral
infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak.

- 1) Infeksi bakteri: virbio, E.coli, salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas, dan sebagainya.
- 2) Infeksi virus: Enterovirus (virus ECHO, Coxsackie, Poliomyelitis) Adeno virus, Rotavirus, Astrovirus, dan sebagainya.
- 3) Infeksi parasit: Cacing (Ascaris, Trichuris, Oxyuris, Strongyloides), Protozoa (Entamoeba histolytica, Giardia Lamblia, Trichomonas hominis), Jamur (Candida albicans).

Organisme-organisme ini mengganggu proses penyerapan makanan di usus halus. Makanan yang tidak diserap usus akan menyerap air dari dinding usus. Pada keadaan ini proses makanan di usus besar menjadi sangat singkat sehingga air tidak sempat diserap. Hal ini yang menyebabkan tinja beralih pada diare.

4) Infeksi parenteral

Infeksi parenteral adalah infeksi diluar alat pencernaan seperti : Otitis Media Akut (OMA), tonsillitis atau tonsilofaringitis, bronkopneumonia, ensefalitis, dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah 2 tahun.

2. Menurut Ngastiyah (2005, h. 224) faktor malabsorbsi terdiri dari
 - a. Malabsorbsi Karbohidrat
 - 1) Disakarida (intoleransi laktosa, maltosa, sakrosa)
 - 2) Monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, galaktosa)
 - 3) Pada bayi dan anak yang terserang (intoleransi laktosa)
 - 4) Malabsorbsi lemak
 - 5) Malabsorbsi protein
3. Menurut Ngastiyah (2005, h. 224) faktor makanan atau obat tertentu yaitu makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan. Obat-obatan yang meningkatkan gerakan peristaltik usus atau mengencerkan tinja seperti obat pencahar. Obat antibiotik juga menimbulkan efek

samping diare. Selain itu pemanis buatan seperti sarbitol dan manitol yang ada dalam permen karet dan produk bebas gula lainnya dapat menimbulkan diare (Chasanah 2010, h. 26).

4. Faktor psikologis

Menurut Ngastiyah (2005, h. 224) faktor psikologis yaitu rasa stress, takut dan cemas (jarang tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar atau dewasa). Ada hubungan antara stress dengan gerakan usus karena stress memberikan impuls-impuls ke usus untuk meningkatkan gerakan peristaltiknya. Keadaan ini bisa menyebabkan diare. Anak sekolah menjelang ujian timbul diare akibat faktor psikis. Setelah faktor stressnya hilang diare akan berhenti (Chasanah 2010, h. 26).

C. Jenis-jenis Diare

Menurut Suratun & Lusianah (2010, h. 137) jenis-jenis diare :

1. Diare akut adalah diare yang serangannya tiba-tiba dan berlangsung kurang dari 14 hari. Diare akut diklasifikasikan :
 - a. Diare non inflamasi, diare ini disebabkan oleh enterotoksin dan menyebabkan diare cair dengan volume yang besar tanpa lendir dan darah. Keluhan abdomen jarang atau bahkan tidak sama sekali.
 - b. Diare inflamasi, diare ini disebabkan invasi bakteri dan pengeluaran sitotoksin di kolon. Gejala klinis ditandai dengan mulas sampai nyeri seperti kolik, mual, muntah, demam, tenesmus, gejala dan tanda dehidrasi. Secara makroskopis terdapat lendir dan darah pada pemeriksaan feses rutin, dan secara mikroskopis terdapat sel leukosit polimorfonuklear.
2. Diare kronik yaitu diare yang berlangsung selama lebih dari 14 hari. Mekanisme terjadinya diare yang akut maupun yang kronik dapat dibagi menjadi diare sekresi, diare osmotik, diare eksudatif, dan gangguan motilitas.

- a. Diare sekresi, diare dengan volume feses banyak biasanya disebabkan oleh gangguan transport elektrolit akibat peningkatan produksi dan sekresi air dan elektrolit namun kemampuan absorpsi mukosa ke usus ke dalam lumen usus menurun. Penyebabnya adalah toksin bakteri (seperti toksin kolera), pengaruh garam empedu, asam lemak rantai pendek, dan hormon intestinal.
- b. Diare osmotik, terjadi bila terdapat partikel yang tidak dapat diabsorpsi sehingga osmolaritas lumen meningkat dan air tertarik dari plasma ke lumen usus sehingga terjadilah diare.
- c. Diare eksudatif, inflamasi akan mengakibatkan kerusakan mukosa baik usus halus maupun usus besar. Inflamasi dan eksudasi dapat terjadi akibat infeksi bakteri atau non infeksi atau akibat radiasi.
- d. Kelompok lain adalah akibat gangguan motilitas yang mengakibatkan waktu transit makanan/minuman di usus menjadi lebih cepat. Pada kondisi tirotoksin, sindroma usus iritabel atau diabetes melitus bisa muncul diare ini.

Tabel 2.1 Klasifikasi tingkat dehidrasi pada anak dengan diare

Klasifikasi	Tanda dan gejala
Dehidrasi Ringan	<ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan berat badan 2-5% - Cubitan kulit lambat (2-5 detik) - Rewel, gelisah
Dehidrasi sedang	<ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan berat badan 5-10% - Cubitan kulit kembali lambat (5-10 detik) - Mata cekung - Rewel, gelisah - Minum dengan lahap, haus
Dehidrasi berat	<ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan berat badan >10% - Cubitan kulit sangat lambat (>10 detik) - Letargis/tidak sadar - Mata cekung - Tidak bisa minum atau malas minum

(WHO 2009, h. 134)

D. Patofisiologi

Menurut Ngastiyah (2005, h. 224) Faktor diare dibagi menjadi 3 meliputi :

1. Infeksi

Bakteri yang berkembang di saluran pencernaan mengakibatkan terjadinya peradangan sehingga meningkatkan sekresi air dan elektrolit, dapat terjadi meningkatnya suhu tubuh karena daya tahan tubuh menurun, isi usus yang berlebihan, dan penyerapan makanan juga ikut menurun, sehingga mengakibatkan terjadinya diare.

2. Stress

Stress memberikan impuls – impuls ke usus untuk meningkatkan gerakan peristaltik. Keadaan ini juga bisa mengakibatkan diare. Stress juga meningkatkan rasa cemas dan takut yang dapat mengakibatkan psikologi menurun.

3. Malabsorpsi karbohidrat, lemak, protein mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus, sehingga terjadi diare.

E. Gambaran Klinis

Menurut Suratun & Lusianah (2010, h. 141) gambaran klinis diare :

1. Muntah/muntah dan/atau suhu tubuh meningkat, nafsu makan berkurang.
2. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair, tenesmus, hematochezia, nyeri perut atau kram perut.
3. Tanda-tanda dehidrasi muncul bila intake lebih kecil dari outputnya. Tanda-tanda tersebut adalah perasaan haus, berat badan menurun, mata cekung, lidah kering, turgor pipi menonjol, turgor kulit menurun, dan suara serak.

4. Frekuensi nafas lebih cepat dan dalam (pernafasan kussmaul). Bikarbonat dapat hilang karena muntah dan diare sehingga dapat terjadi penurunan pH darah. pH darah yang menurun ini merangsang pusat pernafasan agar bekerja lebih cepat dengan meningkatkan pernafasan dengan tujuan mengeluarkan asam karbonat, sehingga pH darah kembali normal. Asidosis metabolic yang tidak terkompensasi ditandai oleh basa *excess negative*, bikarbonat standard rendah dan PaCO₂ normal.
5. Anuria karena penurunan perfusi ginjal dan menimbulkan nekrosis tubulus ginjal akut, dan bila tidak teratasi, klien/pasien beresiko menderita gagal ginjal akut.
6. Demam
Pada umumnya demam akan timbul jika penyebab diare mengadakan invasi ke dalam sel epitel usus. Demam dapat terjadi karena dehidrasi, demam yang timbul akibat dehidrasi pada umumnya tidak tinggi dan akan menurun setelah mendapat hidrasi yang cukup. Demam yang tinggi mungkin mungkin diikuti kejang demam.

F. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Padila (2013, h. 203) pemeriksaan diagnostik :

1. Pemeriksaan tinja

Diperiksa dalam hal volume, warna dan konsistensinya serta diteliti adanya mukus darah dan leukosit. Pada umumnya leukosit tidak dapat ditemukan jika diare berhubungan dengan penyakit usus halus. Tetapi ditemukan pada penderita salmonella, E. Coli, Enterovirus dan Shigelosis. Terdapatnya mukus yang berlebihan dalam tinja menunjukkan kemungkinan adanya peradangan kolon. pH tinja yang rendah menunjukkan adanya malabsorpsi HA, jika kadar glukosa tinja rendah/ Ph kurang dari 5,5 maka penyebab diare bersifat tidak menular.

2. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan analisis gas darah, elektrolit, ureum, kreatinin dan berat jenis plasma. Penurunan pH darah disebabkan karena terjadi penurunan bikarbonat sehingga frekuensi nafas agak cepat. Elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium, dan fosfor.

G. Komplikasi

Menurut Suratun & Lusianah (2010, h. 142) komplikasi diare :

1. Kehilangan cairan dan kelainan elektrolit memicu shock hipovolemik dan kehilangan elektrolit seperti hipokalsemia (kalium < 3 meq/liter) dan asidosis metabolik. Pada hipokalemia, waspadai tanda-tanda penurunan tekanan darah, anoreksia dan mengantuk.
2. Tubular nekrosis akut dan gagal ginjal pada dehidrasi yang berkepanjangan. Perhatikan pengeluaran urin < 30 ml/jam selama 2-3 jam berturut-turut.
3. Sindrome *guillan-barre*.
4. Arthritis pasca infeksi dapat terjadi beberapa minggu setelah penyakit diare karena *campylobakter*, *shigella*, *salmonella*, atau *yersinia spp*.
5. Disritmia jantung berupa takikardi atrium dan ventrikel, fibrilasi ventrikel dan kontraksi ventrikel prematur akibat gangguan elektrolit terutama oleh karena hipokalemia.

H. Penatalaksanaan

Menurut Suratun & Lusianah (2010, 142) penatalaksanaan :

1. Penggantian cairan dan elektrolit
 - a. Rehidrasi oral dilakukan pada semua pasien yang masih mampu minum pada diare akut. Rehidrasi oral terdiri dari 3,5 g Natrium klorida, dan 2,5 g Natrium Bikarbonat, 1,5 g kalium klorida, dan

20 g glukosa per liter air. Cairan rehidrasi oral dapat dibuat sendiri oleh pasien dengan menambahkan ½ sendok teh garam, ½ sendok teh baking soda, dan 2-4 sendok makan gula per liter air. Dua pisang atau 1 cangkir jus jeruk diberikan untuk mengganti kalium. Minum cairan sebanyak mungkin atau berikan oralit.

b. Diberikan hidrasi pada kasus diare hebat. NaCl atau laktat ringer harus diberikan dengan suplementasi kalium.

c. Monitor status hidrasi, tanda-tanda vital dan output urine.

Penggantian cairan dapat menggunakan cara :

- 1) Dehidrasi ringan, kebutuhan cairan 5% x KgBB
- 2) Dehidrasi sedang, kebutuhan cairan 8% x KgBB
- 3) Dehidrasi berat, kebutuhan cairan 10% x KgBB

pasien dengan gejala dan tanda diare infeksi demam, feses berdarah, leukosit pada feses.

d. Terapi simptomatik

Obat diare bersifat simptomatik dan diberikan sangat hati-hati atas pertimbangan yang rasional (Padila 2013, h. 205).

e. Vitamin mineral, tergantung kebutuhannya.

- 1) Vitamin B12, asam folat, Vit. K, vit. A
- 2) Preparat besi, zinc, dll (Padila 2013, h. 205).

I. Asuhan Keperawatan

Menurut Suriyadi & Yuliani (2006, h. 87) asuhan keperawatan fokus diare:

1. Pengkajian :

- a. Kaji riwayat diare
- b. Kaji status hidrasi; ubun-ubun, turgor kulit, mata, membran mukosa mulut.
- c. Kaji tinja; jumlah, warna, bau, konsistensi, dan waktu buang air besar.
- d. Kaji intake dan output (pemasukan dan pengeluaran)

- e. Kaji berat badan
 - f. Kaji tingkat aktifitas anak
 - g. Kaji tanda-tanda vital
2. Diagnosa Keperawatan
- a. Kurang volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder terhadap muntah dan diare
 - b. Diare berhubungan dengan inflamasi, iritasi dan malabsorpsi usus
 - c. Perubahan kenyamanan berhubungan dengan kram, diare dan muntah
 - d. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya intake dan menurunnya absorpsi makanan
 - e. Cemas berhubungan dengan faktor psikologis terhadap perubahan status kesehatan.
3. Fokus Intervensi

Tabel 2.2 Fokus intervensi keperawatan diare

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	<p>Kurang volume cairan b.d kehilangan cairan sekunder terhadap muntah dan diare.dan pemasukan cairan yang terbatas.</p> <p>Batasan karakteristik</p> <p><i>Subjektif</i></p> <p>Haus</p> <p><i>Objektif</i></p> <p>- Perubahan status mental</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Kebutuhan cairan adekuat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Intake seimbang dengan output b. Tanda-tanda vital dalam batas normal c. Membran mukosa lembab d. Tidak ada tanda dan gejala 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor dan catat masukan dan pengeluaran cairan : urin, feses (jumlah, konsistensi dan warna). 2. Observasi tanda-tanda vital 3. Observasi adanya membran mukosa 4. Kaji adanya 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan, dan merupakan pedoman untuk pengganti cairan. 2. Menunjukkan kehilangan cairan berlebihan/dehidrasi. 3. Menunjukkan kehilangan cairan/dehidrasi. 4. Catatan masukan

	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan turgor kulit dan lidah - Penurunan haluaran urine - Suhu tubuh meningkat - Peningkatan frekuensi nadi, penurunan tekanan darah - Konsentrasi urine meningkat - Penurunan berat badan yang tiba-tiba 	dehidrasi	<p>masuk, pastikan sedikitnya 1500 ml cairan per oral setiap 24 jam.</p> <p>5. Kaji adanya pengeluaran, pastikan sedikitnya 1000-1500 ml/24 jam.</p> <p>6. Kolaborasi dengan pemberian cairan secara intravena.</p>	<p>membantu mendeteksi tanda dini ketidakseimbangan cairan.</p> <p>5. Pengeluaran membantu mendeteksi tanda dini ketidakseimbangan cairan.</p> <p>6. Memungkinkan terapi penggantian cairan segera untuk memperbaiki defisit.</p>
2.	<p>Diare b.d inflamasi, iritasi dan malabsorpsi usus.</p> <p>Batasan Karakteristik</p> <p><i>Subjektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri abdomen - Kram - Urgensi <p><i>Objektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sedikitnya sehari mengalami 3 kali defekasi dengan feses cair - Bising usus hiperaktif 	<p>Tujuan :</p> <p>Diare teratasi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsistensi tinja kembali normal 2. Klien melaporkan penurunan frekuensi defekasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi dan catat frekuensi defekasi feses. 2. Tingkatkan tirah baring. 3. Identifikasi makanan/cairan yang mencetuskan diare. 4. Kolaborasi pemberian terapi antikolinergik sesuai program medik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi beratnya diare. 2. Istirahat menurunkan motilitas usus, laju metabolisme 3. Menghindari iritan dan meningkatkan istirahat usus. 4. Menurunkan motilitas/peristaltik dan menurunkan sekresi digesif untuk

			5. Berikan terapi steroid	menghilangkan kram dan diare. 5. Diberikan untuk menurunkan proses inflamasi.
3.	<p>Perubahan kenyamanan b.d, dilatasi vaskuler dan hiperperistaltik.</p> <p>Batasan Karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan kenyamanan - Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan kepuasan - Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan relaksasi - 	<p>Tujuan :</p> <p>Klien merasa nyaman</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan penurunan kram 2. Menyebutkan makanan yang harus dihindari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi klien klien untuk berbaring dalam posisi terlentang dengan bantalan diatas abdomen 2. Intruksikan klien untuk menghindari cairan yang panas dan dingin, kafein. 3. Lindungi area perianal. 4. Singkirkan pemandangan yang tidak sedap dari lingkungan klien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi kram 2. Cairan yang dingin merangsang kram ; cairan yang panas merangsang peristaltik. 3. Sering BAB dengan peningkatan keasaman dapat mengiritasi kulit perianal. 4. Pemandangan yang tidak menyenangkan dan bau tak sedap merangsang pusat muntah.

4.	<p>Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d menurunnya intake dan menjurunya absorpsi makanan.</p> <p>Batasan Karakteristik</p> <p><i>Subjektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kram abdomen - Nyeri abdomen - Menolak makanan - Persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan <p><i>Objektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diare - Bising usus hiperaktif - Kekurangan makanan - Menolak untuk makan - Kelemahan otot yang berfungsi untuk menelan atau mengunyah 	<p>Tujuan : Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB stabil 2. Makan habis 1 porsi 3. Mual berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang BB setiap hari. 2. Dorong tirah baring dan/atau pembatasan aktivitas selama sakit. 3. Dorong klien untuk menyatakan perasaan masalah makanan/diet. 4. Kolaborasi dengan tim gizi/ahli diet untuk menentukan diet TKTP rendah serat. 5. Berikan vitamin B12 sesuai program medik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi tentang kebutuhan terapi diet. 2. Menurunkan kebutuhan metabolik untuk mencegah penurunan kalori. 3. Keragu-raguan untuk makan mungkin diakibatkan oleh takut bahwa makan akan menyebabkan ekserbasi gejala. 4. Rendah serat untuk menurunkan peristaltik usus terhadap makanan. 5. Meningkatkan produksi sel darah merah/memperbaiki anemia.
5.	<p>Cemas b.d faktor psikologis terhadap perubahan status</p>	<p>Tujuan : Cemas teratasi</p> <p>Kriteria Hasil :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amati perilaku klien : (gelisah, peka 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator derajat kecemasan/stress. Hal ini dapat terjadi

	<p>kesehatan.</p> <p>Baatasan Karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah - Insomnia - Resah - Mengekspresikan kekhawatiran - Gerakan yang tidak relevan - Kontak mata buruk - Resah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak rileks. 2. Kecemasan berkurang. 3. Klien dapat beristirahat cukup. 	<p>rangsang, menolak, kurang kontak mata).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dorong klien untuk mengeksplorasi perasaan dan berikan umpan balik. 3. Berikan lingkungan tenang dan tingkatkan istirahat. 4. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian sedatif sesuai indikasi. 	<p>akibat gejala fisik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menciptakan hubungan terapeutik. Membantu klien mengidentifikasi stress. 3. Meningkatkan relaksasi dan membantu menurunkan kecemasan. 4. Untuk menurunkan ansietas dan memudahkan istirahat.
--	---	--	--	---

Sumber : (Padila 2013, h. 207); Suratun & Lusianah (2010, h. 148)

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian riwayat keperawatan pada klien An. A yang masuk Rumah Sakit Islam Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan pada tanggal 23 Januari 2016 pukul 06:00 WIB di Ruang Flamboyan, klien berjenis kelamin laki-laki, berusia 10 tahun, beragama Islam, beralamatkan Desa Ketitang Lor Bojong Pekalongan. Selaku penanggung jawab klien Ny.I berusia 35 tahun, Bekerja sebagai wiraswasta. Hubungan penanggung jawab dengan klien adalah sebagai orang tua klien. Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 23 Januari 2016 pada pukul 10:00 WIB dan didapatkan data dari keterangan ibu klien yang mengatakan bahwa pada tanggal 22 Januari 2016 pukul 06.00 WIB klien dibawa ke IGD RSI PKU Pekajangan Pekalongan dengan keluhan klien diare 6x/hari, muntah 2 kali/hari, panas sudah 2 hari yang lalu dengan suhu 38,9°C, kemudian di Ruang IGD RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan klien diberikan tindakan keperawatan pemasangan infus RL 20 tpm. Setelah diberikan tindakan keperawatan di IGD, kemudian klien dipindahkan ke ruang Flamboyan no. 4. Pada tanggal 23 Januari 2016 pukul 10.00 WIB di Ruang Flamboyan dilakukan pengkajian dan ditemukan data subjektif dari keterangan ibu klien yang mengatakan klien BAB sudah 6x dengan konsistensi feses cair, berlendir disertai muntah 2 kali sehari, Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun, panas sudah 2 hari yang lalu dengan suhu 38,9°C,

Data objektif dari pemeriksaan fisik yang dilakukan penulis didapatkan suhu klien 38,9⁰C nadi 130 kali permenit, pernapasan 20 kali permenit, mukosa bibir kering, mukosa mulut kering, berat badan sebelum sakit 29 kg, berat badan sekarang 28 kg, klien tampak pucat, dan lemas,

aktivitas ditempat tidur. Pada pemeriksaan kulit teraba hangat, cubitan kulit kembali 1 detik. Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan diagnosa medis diare Hasil pemeriksaan penunjang dari laboratorium pada tanggal 23 Januari 2016 leukosit 17.700 mm³, widal 1/80, Hb 13,15 gr/dl. Terapi yang diberikan adalah cairan intravena RL 20 tetes permenit makro, ceftriaxon 2 gr iv, ondancetron 1x4 mg iv, norages 3x300 mg iv, dan peroral trolit 4 gr 3 sachet per hari, paracetamol sirup 15 – 20 ml 3 - 4 kali sehari.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 23 Januari 2016 yaitu:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Pengeluaran cairan yang berlebih akibat diare
2. Hipertermi berhubungan dengan infeksi saluran pencernaan
3. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat.

C. INTERVENSI DAN IMPLEMENTASI

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada saat pengkajian penulis menyusun intervensi sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Pengeluaran cairan yang berlebih akibat diare

Intervensi keperawatan untuk mengatasi diagnosa kekurangan volume cairan antara lain mengkaji tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan), mengkaji tanda-tanda status dehidrasi (kelembaban membran mukosa) klien, menganjurkan klien untuk banyak minum atau sesuai toleransi, lakukan tindakan kolaborasi untuk pemberian cairan intravena. mengkaji tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan). Implementasi yang dilakukan antara lain mengkaji tanda-tanda vital, mengkaji tanda-tanda dehidrasi, kemudian menganjurkan ibu klien agar klien untuk meminum sesuai dengan toleransi, setelah itu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan dan elektrolit.

2. Hipertermi berhubungan dengan infeksi saluran pencernaan

Intervensi keperawatan untuk mengatasi hipertermi antara lain dengan mengkaji tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan), beri kompres air hangat bila suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$, anjurkan klien untuk banyak minum atau sesuai toleransi, anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, lakukan tindakan kolaborasi untuk pemberian cairan intravena RL 20 tetes permenit makro. Implementasi yang dilakukan adalah mengkaji keadaan umum dan tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan) klien, memberikan kompres air hangat, dan mengajarkan kepada keluarga klien, mengajurkan klien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kolaborasi dengan tim medis pemberian terapi (cairan intravena RL 20 tetes permenit makro), injeksi intravena norages 3x300 mg iv untuk penurun panas dan cefotaxime 2 gr iv untuk mengurangi peradangan.

3. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat

Intervensi keperawatan untuk mengatasi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh antara lain dengan timbang berat badan klien setiap hari, monitor intake dan output cairan klien, memberikan makanan selagi hangat, membuat pilihan menu dan biarkan klien untuk memilih makanan kesukaan, lakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan makanan sesuai dengan keinginan klien. Implementasi yang dilakukan adalah menimbang berat badan klien setiap hari, memonitor intake dan output cairan klien, memberikan makanan selagi hangat, menganjurkan klien untuk banyak makan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, injeksi ondancetron 1x4 mg iv untuk mengatasi mual dan muntah.

D. EVALUASI

Setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan pada klien An. A dengan diare, penulis melakukan evaluasi keperawatan sebagai berikut:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan Pengeluaran cairan .yang berlebih akibat diare

Pada tanggal 25 Januari 2016 pukul 12.30 WIB, masalah sudah teratasi yang ditandai dengan ibu klien mengatakan klien tidak mengalami diare. BAB sehari 3 kali dengan konsistensi feses lembek, mukosa bibir lembab.

2. Hipertermi berhubungan dengan infeksi saluran pencernaan

Pada tanggal 25 Januari 2016 pukul 12.30 WIB, masalah hipertermi teratasi yang ditandai dengan penurunan suhu 37°C.

3. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat

Pada tanggal 25 Januari 2016 pukul 12.30 WIB, masalah nutrisi berkurang dengan ditandai dengan ibu klien mengatakan kalau klien mengalami perubahan anaknya mau mau makan tetapi sedikit-sedikit, makan habis ½ porsi, klien masih tampak lemas. Rencana tindakan yang dilakukan adalah lanjutkan intervensi berikan makanan selagi hangat, motivasi klien untuk tetap makan walaupun sedikit tetapi sering, berikan makanan lunak seperti bubur.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan di Ruang Flamboyan selama 3 hari, evaluasi hari ke-3 keadaan umum pasien baik. Pasien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang oleh dokter pada tanggal 26 Januari 2016 pada pukul 10.00 WIB tetapi masih dalam pengawasan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan kasus ini, penulis akan membahas asuhan keperawatan klien dengan diare pada An. A di Ruang Flamboyan RSI Muhammadiyah Pekajangaan Pekalongan. Diagnosa yang muncul pada An. A sesuai dengan prioritas masalah adalah:

A. Diagnosa Keperawatan yang muncul

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan yang berlebih akibat diare

Kekurangan volume cairan adalah penurunan cairan intravaskuler, interstitial, atau intraselular yang mengacu pada dehidrasi (Wilkinson & Ahern 2012, h. 307). Sesuai dengan batasan karakteristik gejala yang muncul yaitu pasien mengalami dehidrasi, membran mukosa kering, penurunan turgor kulit dan lidah, suhu tubuh meningkat, dan penurunan berat badan (Wilkinson & Ahern 2012, h. 309). Kurang volume cairan terjadi akibat adanya makanan atau zat yang tidak dapat diserap sehingga menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa. (Ngastiyah 2005, h. 224). Gejala yang muncul pada klien yaitu rewel, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, membran mukosa kering.

Masalah ini ditegakkan sebagai masalah utama karena dibuktikan dengan data ibu klien mengatakan klien BAB 6x dengan konsistensi cair, berlendir, dan disertai muntah 2x sehari. Pada pemeriksaan fisik didapatkan klien tampak lemas, mukosa bibir kering, mukosa mulut kering, turgor kulit

menurun, mata tampak cekung, sehingga penulis menganggap masalah ini perlu segera ditangani. Alasan penulis menegakan diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan yang berlebih akibat diare sebagai prioritas utama karena kehilangan cairan dan elektrolit dapat mengakibatkan klien mengalami dehidrasi (dehidrasi ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik, maupun hipertonik). Pada dehidrasi berat volume darah berkurang sehingga dapat terjadi renjatan hipovolemik dengan gejala denyut jantung menjadi cepat, nadi cepat dan kecil, tekanan darah menurun, pasien sangat lemah, kesadaran menurun (apatis, somnolen, kadang sampai sopor koma). Selain dehidrasi komplikasi lain yang dapat terjadi akibat kehilangan cairan yaitu hipoglikemi, hipokalemia adalah syok hipovolemik. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase, kejang akibat renjatan hipovolemik serta malnutrisi energi protein akibat muntah dan diare (Ngastiyah 2005, h. 225).

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa kekurangan volume cairan antara lain kaji tanda-tanda vital, tindakan ini dilakukan dengan maksud mengetahui keadaan umum klien. Kaji tanda-tanda dehidrasi seperti turgor kulit, membran mukosa, membran mulut, tindakan ini dilakukan dengan maksud untuk mengetahui tanda-tanda dehidrasi. Menganjurkan klien untuk banyak minum, tindakan ini dilakukan dengan maksud untuk memenuhi kebutuhan cairan klien. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan dan elektrolit, tindakan ini dilakukan dengan maksud memperbaiki kebutuhan cairan (Padila 2013, h. 148).

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 23 - 25 Januari 2016 untuk mengatasi diagnosa ke-1 yaitu mengkaji tanda-tanda vital, mengkaji tanda-tanda dehidrasi, kemudian menganjurkan ibu klien agar klien untuk meminum sesuai dengan toleransi, memberikan terapi parental (infus RL 20 tetes permenit makro), tindakan ini dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit klien. Setelah itu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan dan elektrolit. Evaluasi pada tanggal 23 Januari 2016 dari diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan sekunder akibat diare adalah sudah teratasi, yang ditandai dengan ibu klien mengatakan klien

tidak mengalami diare. BAB sehari 3 kali dengan konsistensi feses lembek, mukosa bibir lembab.

2. Hipertermi berhubungan dengan infeksi saluran pencernaan

Hipertermi adalah keadaan suhu tubuh seseorang yang meningkat di atas rentang normalnya lebih dari 37,8°C. Masalah ini muncul karena proses peradangan akibat dehidrasi sehingga terjadi infeksi pada epitel usus. (Suraatmaja 2005, h. 13). Sesuai dengan batasan karakteristik yaitu pasien mengalami peningkatan suhu tubuh, kulit teraba hangat, kejang atau konvulsi, dan frekuensi nafas meningkat (Wilkinson & Ahern 2012, h. 390). Gejala yang muncul adalah suhu klien 38,9°C, klien tampak pucat dan lemas, aktifitas ditempat tidur, pemeriksaan kulit teraba hangat.

Masalah ini dibuktikan dengan data-data yang mendukung yaitu ibu klien mengatakan panas sudah 2 hari yang lalu dengan suhu 38,9°C. Pada pemeriksaan didapatkan data klien tampak lemas dan lemas, aktivitas ditempat tidur, pada pemeriksaan kulit teraba hangat. Pada pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 Januari 2016 menunjukkan leukosit 17.700 mm³, widal 1/80. Hasil tersebut menunjukkan adanya peningkatan leukosit yang membuktikan adanya infeksi yang mengakibatkan peningkatan suhu tubuh. Sehingga penulis mengambil diagnosa ini sebagai prioritas kedua. Penulis menganggap masalah ini perlu segera ditangani. Alasan ditegakan diagnosa ini sebagai masalah kedua karena suhu tubuh yang meningkat terlalu berlebihan akan mengakibatkan kerusakan otak, jika tidak segera ditangani klien akan mengalami kejang-kejang bila suhu tubuh tidak menurun (Suraatmaja 2005, h. 13).

Intervensi keperawatan untuk mengatasi diagnosa hipertermi adalah ukur tanda – tanda vital : suhu, tindakan ini dilakukan dengan maksud untuk mengetahui peningkatan suhu tubuh klien, berikan kompres hangat, tindakan ini dilakukan dengan maksud untuk membantu menurunkan suhu tubuh, karena air hangat dapat melebarkan pembuluh darah sehingga mempercepat pengeluaran panas, anjurkan ibu klien untuk memakaikan klien pakaian yang

tipis, tindakan ini dilakukan dengan maksud untuk menyerap keringat karena pakaian tipis dan menyerap keringat dapat mempercepat pengeluaran panas (Suriadi & Yuliana 2010, h. 62).

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 23 - 25 Januari 2016 untuk mengatasi diagnosa ke-2 adalah memantau suhu tubuh klien, memberikan kompres hangat, menganjurkan ibu klien untuk memakaikan klien pakaian yang tipis, memberikan injeksi norages 3x300 mg iv dan injeksi ceftriaxon 2 gr iv, tindakan ini dilakukan untuk meredakan nyeri dan sebagai obat antibiotik. Evaluasi pada tanggal 23 Januari 2016 pada pukul 12.30 WIB adalah masalah hipertermi teratasi yang ditandai dengan penurunan suhu 37°C.

3. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu suatu keadaan individu dengan gangguan gizi akibat terjadinya penurunan berat badan dalam waktu yang singkat (Suraatmaja 2005, h. 6). Sesuai dengan batasan karakteristik pasien menolak makan, pasien mengalami penurunan berat badan (Wilkinson & Ahern 2012, h. 503). Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika, pasien juga menderita muntah-muntah atau diare lama. Masalah ketidakseimbangan nutrisi muncul akibat intake nutrisi yang tidak adekuat yang dapat disebabkan karena gejala muntah yang dapat timbul sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan karena lambung turut meradang atau akibat dari gangguan asam basa dan elektrolit (Ngastiyah 2005, h. 225).

Gejala yang muncul adalah Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun, berat badan sebelum sakit 29 kg, berat badan sekarang 28 kg, klien tampak pucat, dan lemas, aktivitas ditempat tidur.

Masalah ini ditegakkan sebagai diagnosa ketiga dengan dibuktikan data-data yang mendukung yaitu ibu klien mengatakan klien tidak nafsu makan, nafsu makan klien menurun, selama sakit klien mengalami penurunan berat badan. Pada hasil pemeriksaan ditemukan data klien tampak lemas, makan habis ± 5 sendok makan, BB sebelum sakit 29 kg, BB selama sakit 28 kg, aktifitas klien ditempat tidur. Alasan penulis menegakkan diagnosa kebutuhan nutrisi

kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat sebagai masalah ketiga karena bila tidak segera ditangani pasien akan mengalami kegagalan tumbuh kembang, mual, kesadaran menurun, pasien kurang gizi, dan ketidakseimbangan elektrolit (Wilkinson & Ahern 2012, h. 505).

Intervensi untuk mengatasi diagnosa kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat adalah anjurkan ibu untuk memberikan porsi makan sedikit tapi sering, tindakan ini dilakukan dengan maksud memperbaiki nutrisi klien. Timbang berat badan klien setiap hari, tindakan ini dilakukan dengan maksud untuk mengetahui sejauh mana perkembangan peningkatan berat badan klien. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit, hal ini dilakukan dengan maksud untuk pemberian diit pemberian makanan yang sesuai (Padila 2013, h. 149).

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 23 – 25 Januari 2016 antara lain menganjurkan ibu klien untuk memberi makan klien sesuai diit, menimbang berat badan klien, melakukan injeksi ondancetron 1x4 mg iv, tindakan ini dilakukan untuk mengobati mual dan muntah. Evaluasi pada tanggal 25 Januari 2016 pukul 12.30 WIB adalah masalah nutrisi berkurang dengan ditandai dengan ibu klien mengatakan kalau klien mengalami perubahan, anaknya mau mau makan sedikit-sedikit, makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, klien masih tampak lemas.

Rencana tindakan yang dilakukan adalah lanjutkan intervensi berikan makanan selagi hangat, motivasi klien untuk tetap makan walaupun sedikit tetapi sering, berikan makanan lunak seperti bubur dari diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat adalah masalah berkurang dengan ditandai dengan nafsu makan klien sudah meningkat tetapi belum menunjukkan berat badan yang signifikan, klien makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, klien tampak lebih segar. Untuk rencana keperawatan yaitu lanjutkan intervensi.

B. Diagnosa keperawatan yang tidak muncul

Berdasarkan data yang masih ada dalam pengkajian, ada beberapa diagnosa yang seharusnya ditegakan lagi antara lain: Cemas berhubungan dengan hospitalisasi, kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

tentang diare. Berikut alasannya dari diagnosa yang tidak dimunculkan. Alasan perlunya menegaskan diagnosa cemas berhubungan dengan hospitalisasi adalah karena di temukan data hasil pemeriksaan laboratorium yaitu Hb : 13,5 gr/dl sedangkan nilai normalnya bagi anak-anak yang berusia 6 tahun sampai 12 tahun adalah 11,5-13,5 gr/dl. Akibat apabila diagnosa cemas berhubungan dengan hospitalisasi tidak dimunculkan adalah klien akan mengalami anemia, konsentrasi klien kurang, daya tahan tubuh klien juga berkurang.

Alasan diagnosa kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang diare perlu dimunculkan karena pada saat pengkajian ditemukan data bahwa klien menangis setelah dilakukan tindakan hasil kolaboratif yaitu injeksi karena sakit. Akibat apabila diagnosa kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang diare tidak diangkat akan mengakibatkan trauma pada klien untuk dirawat dirumah sakit karena pengalaman yang sebelumnya dan anak akan menolak tindakan prosedur yang akan dilakukan perawat karena anak menyimpan perasaan yang tidak menyenangkan. Klien mengalami trauma hospitalisasi yang mengakibatkan ansietas pada klien dan keluarganya. Kurangnya pengetahuan tentang perawatan klien dan penyakit yang terjadi pada anaknya akan berdampak pada psikis anak yang mengakibatkan traumatik, jika hal tersebut terjadi psikis anak akan terganggu ataupun mental anak terhadap hospitalisasi menjadikan trauma hospitalisasi.

C. Kekuatan dan kelemahan

1. Kekuatan

Dalam proses perawatan yang dilakukan, klien dan keluarga termasuk aktif dan kooperatif dalam upaya perawatan klien selama di rumah sakit. Hal ini dibuktikan dengan ibu klien selalu memberikan kompres hangat dan minum obat penurun panas. Ibu klien juga selalu bertanya hasil pada saat dilakukan pengukuran suhu klien, sehingga tidak ada hambatan selama dilakukan tindakan keperawatan. Keluarga juga sangat mendukung semua yang disarankan oleh dokter dan perawat selama di ruangan, juga mampu menunjang kelebihan dalam proses perawatan klien. Klien yang sudah

berusia 10 tahun, mudah dilakukan pengkajian dan implementasi yang sudah direncanakan. Sehingga proses keperawatan dapat berjalan cukup mudah,

2. Kelemahan

Walaupun dalam pelaksanaan proses keperawatan banyak terdapat kekuatan yang ditemukan, namun masih terdapat kelemahan yang ada. Seperti banyaknya pengunjung yang menjenguk klien secara bergantian maupun klien lain. Sehingga terkadang dalam melakukan implementasi harus menunggu klien di waktu yang senggang.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

1. Berdasarkan pengkajian didapatkan data yang ditemukan pada saat pengkajian antara lain: nama An.A, umur 10 tahun, beragama islam, alamat Desa Ketitang Lor Bojong Pekalongan. Pada saat pengukuran tanda-tanda vital ditemukan data: nadi: 130 kali permenit, Rr: 20 kali permenit, suhu: 38,9°C, dan ibu klien mengatakan anaknya BAB 6 kali dalam sehari, konsistensi cair berlendir, panas sudah 2 hari yang lalu, muntah 2x sehari, BB 28 kg, turgor kulit menurun, membran mukosa kering dan pada pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 Januari 2016, menunjukkan Hb: 13,5 gr/dl, leukosit: 17.700 mm³.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan yang berlebih, hipertermi berhubungan dengan infeksi saluran pencernaan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.
3. Tindakan yang dapat terlaksana dengan baik dalam perawatan An. A adalah mengobservasi keadaan umum klien, memantau tanda dan gejala dehidrasi, mengobservasi tanda-tanda vital, memberikan kompres hangat, menganjurkan klien untuk banyak minum, menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering, memberikan diet sesuai dengan kondisi pasien, memberikan terapi dari dokter untuk obat antidiare dan antibiotik.
4. Tindakan yang kurang terlaksana dengan baik yaitu banyaknya pengunjung yang menjenguk klien secara bergantian maupun klien lain. Sehingga terkadang dalam melakukan implementasi harus menunggu klien di waktu yang senggang.
5. Evaluasi yang telah dilakukan selama tiga hari didapatkan 1 diagnosa yang berhasil teratasi, yaitu hipertermi berhubungan dengan infeksi saluran pencernaan. Hal ini dibuktikan dengan An. A kooperatif dan ibu klien mau

bekerja sama selama proses keperawatan. ibu klien selalu memberikan kompres hangat dan minum obat penurun panas. Suhu 37°C. Ibu klien selalu bertanya tentang penyakitnya pada saat dilakukan tindakan keperawatan. Ibu klien selalu bertanya hasil pada saat dilakukan pengukuran suhu klien, sehingga tidak ada hambatan selama dilakukan tindakan keperawatan.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan menjadi sumber bacaan dan referensi mahasiswa dalam peningkatan ilmu keperawatan, sehingga bisa meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan klien pada diare.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan dapat dijadikan referensi dalam kegiatan pembelajaran terutama mengenai asuhan keperawatan diare.

3. Bagi lahan praktek

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare hendaknya menggunakan pendekatan proses keperawatan secara komperhensif dengan melibatkan peran serta aktif klien dan keluarga sehingga asuhan keperawatan dapat diberikan lebih efektif.