ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA TODLLER DIARE DENGAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANG NUSA INDAH ATAS RSUD dr. SLAMET GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

Tiara Nur Azizah

NIM : AKX.16.186

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tiara Nur Azizah

NIM : AKX.16.186

Insitusi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Anak Todller Usia (1-1,2 Tahun) Diare Dengan Kekurangan Volume Cairan Dan Elektrolit Di Ruang NIA RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diaku dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat atau jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 2019

Yang Membuat Pernyataan

METERAI TEMPEL 6000 ENAM RIBU RUPIAH

Tiara Nur Azizah

AKX.16.186

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA TODLLER DIARE DENGAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANG NUSA INDAH ATAS RSUD dr. SLAMET GARUT

OLEH :

TIARA NUR AZIZAH

AKX.16.186

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama	Pembimbing Pendamping
Agus Miraj Darajat, M.Kes	**Angga Satria Pratama, M.Kep**
NIK: 10105036	**NIK: 10115171**

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan

Tuti Suprapti.S,Kp.,M.Kep

NIP. 02016 02 0178

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA TODLLER DIARE KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANG NUSA INDAH ATAS RSUD dr. SLAMET GARUT

OLEH
TIARA NUR AZIZAH
AKX.16.186

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai syarat untuk menyelesaikan dan program studi Diploma III Keperawatan Umum STIKes Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal 28 Agustus 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua :

Agus Miraj D, S.Kep,.Ners,.M,Kes .....

Anggota :

1. **Penguji 1**
   R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep .....
2. **Penguji 2**
   Vina Vitniawati, S.Kep,.Ners,.M.Kep .....
3. **Pembimbing Pendamping**
   Angga Satria P, S.Kep,.Ners,.M.Kep .....

Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,

R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIP. 02007 02 0132

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK TODLLER DIARE DENGAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANG NUSA INDAH ATAS RSUD DR. SLAMET GARUT TAHUN 2019" dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepaa semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti,S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Agus Miraj Darajat,S.Pd.,S.kep.,Ners.,M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulisan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Angga Satria Pratama,S.Kep.,Ners,.M.kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. dr. H Maskut Farid MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. H. Jajang Nurhanudin,S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan Nusa Indah Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.

8. Kepada mereka yang saya cintai Alm. Ayahanda dan Ibunda yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan sertal moril maupun materil yang dengan tulus selalu mendoakan keberhasilan dan kelancaran penulis.
9. Kepada Ajeng Juniar Wida Nigsih, Desi Salsabila, Nur Hasanah dan Dian Saptika sari,Amd.Keb yang tak pernah berhenti menyemangati dan tak pernah bosan menjadi pendengar setia penulis.
10. Kepada teman, musuh, sahabat sekaligus pendamping Gilbran Habibillah D3 Konsentrasi Anestesi yang selalu memberikan moril dan motivasi penulis dan yang telah rela meminjamkan laptopnya sehingga penulis dapat menyusun tugas akhir dengan baik.
11. Kepada seluruh teman-teman DIII Keperawatan Umum STIKes Bhakti Kencana Bandung 2016/2017 yang selalu memberikan semangat dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan baik.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 2019

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: Penanganan kasus diare pada Anak atau Balita harus segera ditangani, apabila tidak ditangani dengan benar dan serius, diare dapat berakibat kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak dapat terjadi komplikasi seperti dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotononik atau hipertonik) dan menyakibatkan keadaan yang lebih parah yaitu syok hipovolemik (Rekawati et al, 2013). **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang anak Diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan dan elektrolit **Hasil :** Kekurangan volume cairan dan elektrolit: setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan dengan teknik rehidrasi seperti masukan dorongan oral dengan cara edukasi pemberian zinc dan pola pemberian ASI, masalah keperawatan Kekurangan volume cairan dan elektrolit pada kedua klien teratasi. **Diskusi:** Anak dengan masalah keperawatan Kekurangan volume cairan dan elektrolit tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap Anak Diare hal ini di pengaruhi oleh kondisi dan kurang pengetahuan keluarga tentang penyakit dan karena klien 2 memiliki riwayat penyakit BHP. Sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah pada setiap pasien.

Keyword : Asuhan Keperawatan Anak, Diare, Kekurangan Volume cairan dan Elektrolit

Daftar Pustaka : 8 Buku, 2 Jurnal, 4 Website

ABSTRACT

***Background**: Handling diarrhea cases in children or toddlers must be treated immediately, if not handled properly and seriously, diarrhea can result in sudden loss of fluid and electrolytes which can occur complications such as dehydration (mild, moderate, severe, hypotonic, isotonic or hypertonic) and resulting in a more severe state of hypovolemic shock (Rekawati et al, 2013).* ***Method**: Case study is to explore a problem or phenomenon with detailed limitations, have in-depth data retrieval and include various sources of information. This case study was carried out on two children with diarrhea with nursing problems lacking fluid and electrolyte volume* ***Results:** Lack of fluid and electrolyte volume: after nursing was performed by providing nursing interventions with rehydration techniques such as oral impulse input by educating zinc administration and breastfeeding patterns, nursing problems Lack of fluid and electrolyte volume in both clients is resolved.* ***Discussion:** Children with nursing problems Lack of fluid and electrolyte volume does not always have the same response in every Diarrhea Child this is influenced by the condition and lack of family knowledge about the disease and because client 2 has a history of BHP disease. So nurses must carry out comprehensive nursing care to deal with problems in each patient.*

Keyword: Child Nursing Care, Diarrhea, Lack of Fluid and Electrolyte Volume

Bibliography: 8 Books, 2 Journals, 4 Websites

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR PERNYATAAN i
LEMBAR PERSETUJUAN ii
LEMBAR PENGESAHAN iii
KATA PENGANTAR iv
ABSTRAK v
DAFTAR ISI vi
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR TABEL x
DAFTAR BAGAN xi
KATA SINGKATAN xii
DAFTAR LAMPIRAN xiii
DAFTAR PUSTAKA xiv
BAB I PENDAHULUAN
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 5
1.3 Tujuan Penulisan 5
1.4 Manfaat 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
2.1 Konsep Penyakit 8
2.1.1 Definisi Diare 8
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan 9
2.1.3 Etiologi 21
2.1.4 Patofisiologi 22
2.1.5 Manifestasi Klinik 24
2.1.6 Klasifikasi Diare 25
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 26
2.1.8 Penatalaksanaan 26
2.1.9 Komplikasi 28

2.2 Konsep Tumbuh Kembang 29
2.2.1 Tahap Tumbang 29
2.2.2 Definisi Pertumbuhan 32
2.2.3 Definisi Perkembangan 33
2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Tumbang 35
2.3.5 Hospitalisasi Pada Anak 39
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan 42
2.3.1 Pengkajian 42
2.3.2 Diagnosa Keperawatan 48
2.3.3 Intervensi Keperawatan 49
BAB III METODE PENELITIAN
3.1 Desain Penelitian 56
3.2 Batasan Istilah 56
3.3 Partisipan/ Respon/ Subyek Penelitian 57
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian 57
3.5 Pengumpulan Data 58
3.6 Uji Keabsahan Data 60
3.7 Analisis Data 60
3.8 Etik Penulisan KTI 62
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN
4.1 Hasil 65
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data 65
4.1.2 Pengkajian 66
4.1.3 Diagnosa Keperawatan 79
4.1.4 Perencanaan 82
4.1.5 Implementasi 84
4.1.6 Evaluasi 90
4.2. Pembahasan 91
4.2.1 Pengkajian 91
4.2.2 Diagnosa 92
4.2.3 Perencanaan 94

4.2.4 Implementasi 96
4.2.5 Evaluasi 97

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan 99
5.1.1 Pengkajian 99
5.1.2 Diagnosa 99
5.1.3 Perencanaan 100
5.1.4 Implementasi 101
5.1.5 Evaluasi 101
5.2 Saran 102
5.2.1 Saran Teoritis 102
5.2.2 Saran Praktis 102

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Sistem Pencernaan 10

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Klasifikasi Dehidrasi 25
Tabel 1.2 Metode Perbandinga BB dan Umur 27
Tabel 2.1- 2.6 Intervensi Keperawatan 50
Tabel 4.1. Identitas Klien 66
Tabel 4.2. Identitas Penaggung Jawab 66
Tabel 4.3. Riwayat Penyakit 67
Tabel 4.4. Aktivitas Sehari-hari 68
Tabel 4.5 Hasil Pertumbuhan 70
Tabel 4.6 Hasil Perkembangan 71
Tabel 4.7 Riwayat Imunisasi 71
Tabel 4.8 Pemeriksaa Fisik 72
Tabel 4.9 Data Psikologi 75
Tabel 4.10 Pemeriksaan Penunjang 75
Tabel 4.11 Rencana Pengobatan 76
Tabel 4.12 Analisa Data 76
Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan 79
Tabel 4.14 Intervensi Keperawatan 82
Tabel 4.15 Implementasi Keperawatan 84
Tabel 4.16 Evaluasi Keperawatan 90

DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1. Pathway Diare 23

KATA SINGKATAN

Cm : Centi Meter

Kg : Kilogram

mmHg : Milimeter

WHO : *World Health Organitation*

IV : Intra Vena

IM : Intra Muscula

NIC : *Nursing Interventions Classification*

NOC : *Nursing Outcomes Classification*

IGD : Intslatasi Gawat Darurat

R : Respirasi

S : Suhu

N : Nadi

Mg : Miligram

NaCl : Natrium Clorida

Ht : Hematokrit

ADL : *Activities of Daily Living*

GCS : *Glasgow Coma Scale*

C : Celcius

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 2 Leaflet

Lampiran 3 Jurnal

Lampiran 6 Lembar Konsul

Lampiran 7 Lembar *Inform Concent*

Lampiran 8 Lembar Observasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari pembangunan nasional yang diupayakan oleh pemerintah. Dalam Indeks Pembangunan Manusia (IPM), indikator status kesehatan merupakan salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan perkapitan. Sasaran pelayanan kesehatan ini menunjuk kelompok masyarakat yang rentan terhadap timbulnya masalah kesehatan, salah satunya adalah pada usia balita. (Ferry dan Makhfudin, 2009).

Penyakit yang sering menyerang anak-anak atau balita diantaranya yaitu diare, pneumonia, demam berdarah dengue, malaria dan campak. (Depkes RI, 2015). Diare merupakan penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang penting karena merupakan salah satu penyumbang angka kesakitan dan kematian anak terbesar di dunia (Mafazah, 2013).

Terjadi peningkatan angka kejadian diare, menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015, diare menyebabkan sekitar 688 juta orang sakit dan 499.000 kematian di seluruh dunia tejadi pada anak-anak dibawah 5 tahun. Data *World Health Organization* 2017 menyatakan, hampir 1,7 miliar kasus diare terjadi pada anak dengan angka kematian sekitar 525.000 pada anak balita tiap tahunnya.

Diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti Indonesia karena memiliki insidensi dan mortalitas yang

tinggi. Diperkirakan 20-50 kejadian diare per 100 penduduk setiap tahunnya. Kematian terutama disebabkan karena penderita mengalami dehidrasi berat. 70-80% penderita adalah mereka yang berusia balita. Di Indonesia angka kejadian terbanyak kasus diare adalah di Provinsi Jawa Barat diperkirakan sebanyak 1.297.021 jiwa dengan diare ditangani sebanyak 930.176 kasus atau 73,8%, disusul oleh Provinsi Jawa Timur 1.060.910 jiwa dengan diare ditangani sebanyak 604.779 kasus atau 77,0% dan yang ke tiga tertinggi di provinsi Sumatera Utara sebanyak 385.078 jiwa dengan diare ditangani sebanyak 99.426 kasus atau 25,8% (Profil Kesehatan Indonesia, 2017).

Menurut data rekam medis RSUD dr. Slamet Garut periode Januari 2018 – Desember 2018 dari 3.168 pasien rawat inap, ada lima penyakit terbanyak di RSUD dr. Slamet Garut yaitu Pnemonia 36% atau 1.164 jiwa, diare 30% atau 953 jiwa, DHF 6% atau 187 jiwa, typoid 24% atau 773 jiwa dan kejang demam 4% atau 91 jiwa. Kejadian diare selama periode Januari 2018 – Desember 2018 yaitu jumlah diare anak usia 7 hari – 14 tahun berjumlah 953 anak, dimana 569 untuk berjenis kelamin laki-laki dan 384 anak untuk berjenis kelamin perempuan.

Banyak faktor yang mempengaruhi fenomena diare diantaranya faktor lingkungan, gizi kependudukan, pendidikan, keadaan sosial ekonomi dan perilaku masyarakat. Penularan diare dapat menyebar melalui kontaminasi tangan, alat makan serta melalui makanan oleh kuman penyebab yang terdapat pada tinja penderita, kebiasaan hidup yang tidak mengikuti kaedah kebersihan akan meningkatkan resiko kejadian diare. Masalah utama pada klien dengan

diare yaitu kekurangan cairan dan elektrolit, ketidakseimbangan nutrisi, kerusakan integritas kulit, ansietas dan ganggun pola pertukaragan gas. Cairan dan elektrolit adalah mineral dalam tubuh yang memiliki muatan listrik. Didalam tubuh elektronik berada pada darah, urine, dan cairan tubuh. Keseimbangan elektrolit didalam tubuh dapat membantu kerja otot, darah, dan fungsi tubuh yang lain. Eletrolit yang dibutuhkan tubuh adalah natrium, kalsium, kalium, klorida, fosfat, dan magnesium. Sumber elektrolit didapatkan melalui makanan dan minuman yang dikonsumsi (Mujiyono, 2011).

Penangan diare menurut rujukan *United Nation Children`s Fun* (UNIFEC) dan *World Health Organization* (2011) dilakukan melalui pemberian rehidrasi, nutrisi dan zat besi. Menurut Kemenkes RI (2011) Lima Pilar penatalaksanaan diare pada anak dan balita baik yang dirawat di rumah sakit maupun dirawat di rumah adalah pemberian cairan atau rehidrasi, pemberian ASI, pengobatan kausal dan pengobatan simptomatik. (Kapita Selekta, 2014).

Penanganan kasus diare pada Anak atau Balita harus segera ditangani, apabila tidak ditangani dengan benar dan serius, diare dapat berakibat kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak dapat terjadi komplikasi seperti dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotononik atau hipertonik) dan menyakibatkan keadaan yang lebih parah yaitu syok hipovolemik (Rekawati et al, 2013).

Perawat sebagai tenaga kesehatan dapat memberikan kontribusi dalam penanganan diare sesuai dengan perannya. Peran perawat tersebut adalah pemberian pelayanan yang mencangkup pemberian rasa nyaman, pelindung,

komonikator, mediator dan rehabilitator. Selain itu perawat berperan sebagai pendidik yang memberikan pemahaman kepada individu, keluarga ataupun masyarakat di semua lingkup pelayanan kesehatan. Peran perawat selanjutnya sebagai manajer yaitu perawat mengelolah kegiatan pelayanan kesehatan sesuai dengan tanggung jawabnya dan dapat mengambil keputusan dalam memecahkan masalah. Perawat juga dituntut untuk berpikir kritis dalam pengambilan keputusan, sehingga permasalah yang dihadapi dapat terpecahkan dengan baik. Perawat juga mempunyai peran sebagai pelindung yaitu melindungi klien terhadap terapi atau pelayanan yang didapatkan dan membantu dalam pengambilan keputusan (Delaune & Ladner, 2011).

Dalam tatalaksana diare, perawat dapat melaksanakan perannya dalam beberapa hal, salah satunya dalam memberikan pendidikan kepada orang tua mengenai rehidrasi oral dengan larutan oralit untuk mengatasi diare. Seperti penelitian yang telah dilakukan di India yang dilakukan oleh *Mazumder et al* (2010), ditemukan bahwa pendidikan yang diberikan kepada orang tua atau pengasuh mengenai pemberian larutan oralit, efektif dapat mengurangi diare dengan gangguan elektrolit pada anak.

Mekanisme kerja oralit dalam mengurangi diare dan menjaga kestabilan elektrolit yaitu meningkatkan tekanan hidrostatik, memperbaiki absorbsi air dan elektrolit di usus.

Berdasarkan kejadian diatas bahwa penyakit diare merupakan permasalahan yang harus segera ditanggulangi, karena akan berdampak fatal bahkan dapat menimbulkan kematian bila tidak segera ditanggulangi. Maka dari itu kita

sebagai perawat memiliki peran penting sebagai pemberi asuhan keperawatan dan sebagai pembuat keputusan untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada klien maupun kepada keluarga klien. Berdasarkan data diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah Proposal Penelitian dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Anak Todller Diare Dengan Kekurangan Volume Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut".

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah "Asuhan Keperawatan Pada Anak Todller Diare Dengan Kekurangan Volume Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019"

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Anak Todller Diare Dengan Kekurangan Volume Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Nusa Inndah Atas Rsud Dr. Slamet Garut Tahun 2019.

1.3.2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian keperawatan pada anak todller diare dengan kekurangan volume cairan dan elektrolit di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019

a. Menetapkan diagosa keperawatan pada anak todller diare dengan kekurangan volume cairan dan elektrolit di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019

b. Menyusun perencanaan keperawatan pada anak todller usia diare dengan kekurangan volume cairan dan elektrolit di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019

c. Melaksanakan implementasi pada keperawatan pada anak todller diare dengan kekurangan volume cairan dan elektrolit di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019

d. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada anak todller usia diare dengan kekurangan volume cairan dan elektrolit di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan hasil pemikiran melalui studi kasus dan informasi dalam melaksanakan ”Asuhan Keperawatan Pada Anak Todller Usia Diare Dengan Kekurangan Volume Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Nusa Indah Atas RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019”

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan sebagai refrensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara umum khususnya pada asuhan keperawatan pada anak todller diare dengan kekurangan volume cairan dan elektrolit.

b. Bagi Rumah Sakit

Bisa menjadi bahan pertimbangan untuk digunakan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit khususnya di ruang anak yakni dengan melakukan keperawatan pada anak todller diare dengan kekurangan volume cairan dan elektrolit sehingga anak mendapatkan pelayanan yang intensif, cepat, tepat dan optimal.

c. Bagi Institusi

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi salah satu refrensi dalam penelitian selanjutnya pada rekan-rekan mahasiswa dan civitas akademik sebagai salah satu dokumentasi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan khususnya pada kasus diare pada anak dengan masalah kekurangan volume cairan dan elektrolit dengan cara rehidrasi intravena

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.1.1. Definisi

Diare adalah gangguan fungsi penyerapan dan sekresidari saluran pencernaan, dipengaruhi oleh fungsi kolon dapat diidentifikasikan dari perubahan jumlah, konsistensi, frekuensi dan warna dari tinja (Ridha 2017). Sedangkan menurut Depkes RI (2011) menjelaskan bahwa Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi cair atau lembek, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya 3 kali atau lebih) dalam satu hari.

Diare adalah buang air besar pada bayi atau anak Iebih dan 3 kali sehari, disertai konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpalendir dan darah yang berlangsung kurang dan satu minggu (Juffrie dkk, 2010)

Menurut Irianto (2014) menjelaskan bahwa diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, serta frekuensinya lebih dari 3 kali sehari.

Jadi dari kesimpulan diatas diare adalah gangguan fungsi penyerapan yang ditandai dengan buang air besar dengan konsistensi cair atau lembek dengan jumlah frekuens sering (biasanya 3 kali atau lebih

2.2.1. Anatomi Fisiologi

Sistem organ pencernaan adalah sistem organ yang menerima makanan, mencerna untuk dijadikanenergi dan nutrien serta mengeluarkansisa proses tersebut. Sistem pencernaan makanan yang terbentang dari mulut atau oris sampai ke anus dalam manusia dibagi menjadi 3 bagian :

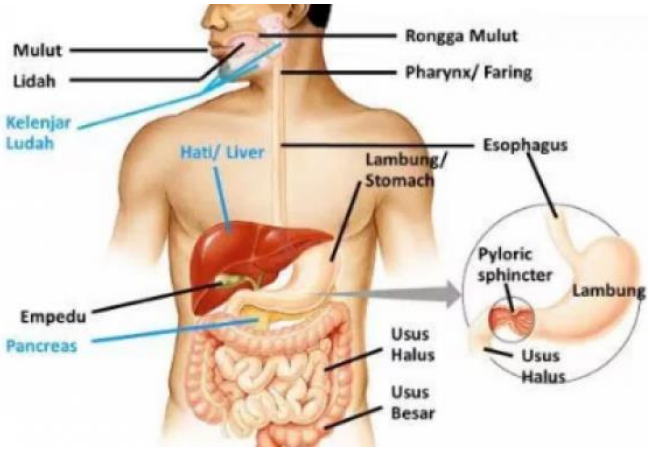
1. Proses penghancuran makanan yang terjadi dalam mulut sampai ke lambung.
2. Proses pencerapan sari makanan yang terjadi di dalam usus
3. Proses pengeluaran sisa-sisa makanan melalui anus.

Fungsi utama sistem pencernaan adalah menyediakan zat nutrien yang sudah dicerna secara berkesinambungan, untuk didistribusikan ke dalam sel melalui sirkulasi dengan unsur-unsur (air, elektrolit, dan zat gizi) .sebelum zat ini di peroleh tubuh makanan harus berjalan / bergerak sepanjang saluran pencernaan (Syaiffudin, 2011).

Pembungan sisa / sampah sejumlah kecil dari metabolisme akan diekskresi melalui saluran akhir sistem pencernan dalam bentuk tinja, di sampaing itu juga melalui paru dan ginjai dalam bentuk karbon di oksida (CO_2) dan uraine.

1) Pergerakan makana: gerakan mencampur, mengaduk, dan mendorong isi lumen akibat kontraksi otot polos dinding saluran pencernaan.

2) Sekresi (getah cerna) : mulai dari mulut sampai ke ileum dilakukan oleh kelenjar-kelenjar yang sekresiair, elektrolit dan bahan-bahan tertentu seperti enzim atau liur empedu (mukus)
3) Pencernaan : proses pemecahan secara mekanik dan kimia, molekul-molekul besar yang masuk saluran pencernaan menjadi molekul yang lebih kecil sehingga dapat diserap oleh dingding saluran cerna.
4) Absorpsi : Makanan yang telah mengalami perubahan dalam proses penyerapan hasil pencernaan dari lumen menembus epitel masuk ke dalam darah atau cairan limfe. (Syaiffudin, 2011).



Gambar 1.1 Saluran Pencernaan

Sumber : Syaiffudin, 2011

1. Mulut

Mulut merupakan organ myang pertama dari saluran pencernaan yang meluas dari bibir sampai istmus fausium yaitu pembatas antara mulut dengan faring, terdiri dari :

1) Vestibulum oris yaitu bagian diantara bibir dan pipi luar, gusi dan gigi bagian dalam.

2) Kavitas oris propia yaitu bagian diantara akrus alveoralis, gusi dan gigi, memiliki atap yang berbentuk oleh palatum durum (palatum keras) bagian depan, palatum mole (palatum lunak) bagian belakang. (Syaiffudin, 2011).

2. Gigi

Gigi dan Geraham terletak dalam alveolus detalis dari tulang maksila dan mandibula. Gigi mempunya satu akar sedangkan geraham mempunyai 2-3 akar.

Fungsi gigi adalah mengunyah makanan, pemecahan partikel besar menjadi partikel kecil yang dapat ditelan tanpa menimbulkan tersedak. proses ini merupakan proses mekanik pertama yang dialami makanan pada waktu saluran pencernaan dengan tujuan menghancurkan makanan, melicinkan dan membasahi makanan yang kering dengan saliva serta mengaduk makanan sampai rata. (Syaiffudin, 2011).

3. Lidah

Lidah terdapat dalam kavum oris, merupakan sususnan otot serta lintang yang kasar dilengkapi dengan mukosa. Lidah berperan dalam proses mekanisme pencernaan dalam mulut dengan menggerakan makanan ke segala arah.

Bagian-bagian lidah adalah :

1) Pangkal lidah (radik lingua) : pada pangkal lidah bagian belakang terdapat anak lidah (epiglotis) yang berfungsi untuk

menutup jalan pernafasan pada waktu menelan, supaya makanan tidak masuk ke jalan pernafasan.

2) Panggal lidah (dorsum lingua), terdapat puting-puting pengecapan (ujung-ujung pengecapan) untuk menentukan rasa makanan (manis, asam, asin, pahit).
3) Ujung lidah (apeks lingua) membantu membalikan makanan, proses berbicara, merasakan makanan yang dimakan dan membantu proses menelan. (Syaiffudin, 2011).

4. Kelenjar Ludah

Kelenjar ludah (saliva) merupakan kelenjar yang menyekresikan larutan mukus kedalam mulut, membasahi dan melumas partikel makanan sebelum di telan.

a. Fungsi saliva :

1) Fungsi mekanis yaitu mencampurkan saliva dengan makanan agar menjadi lunak atau setengah cair yang disebut bolus agar mudah ditelan dan mendinginkan makanan.
2) Fungsi kemis yaitu melarutkan makanan yang kering untuk dapat dirasakan. Misalnya : butiran gula/garam dalam mulut akan larut oleh saliva. (Syaiffudin, 2011).

5. Faring

Faring merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan, panjangnya (kira-kira 12 cm), terbentang tegak lurus antara basis kranii setinggi vertebrata

servikal VI, kebawah seinggi tulang rawan krikoidea. Organ terpenting di dalamnya adalah tonsil yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit.

Faring terdiri dari 3 bagian :

1) Nasofaring yaitu bagian superior yang menghubungkan hidung dengan faring.
2) Orofaring yaitu bagian media yang menghubungkan rongga mulut dengan faring.
3) Laringofaring yaitu bagian inferior yang mengubungkan laring dengan laring.

a. Peristiwa Menelan

Mekanisme kompleks faring melakukan pegarakan pencegahan masuknya makanan ke jalan pernafasan dengan menutup sementara hanya beberapa detik, mendorong makanan masuk kedalam esofagus dan tidak membahayakan pernapasan.

b. Muntah

Implus melalui averen vagus dan simpatikus ke pusat muntah letaknya di medulla dekat traktus solitarius setinggi nukleus motorik dorsalis vagus. Implus sensoris dari daerah yang teriritasi mencapai pusat muntah di medulla dan mengawali sejumlah respon motorik. Otot dingding abdomen dan diagfragma berkontraksi meningkatkan tekanan intraabdominal. Sfingter gastroesofageal berelaksasi. Palatum lunak terangkat menutupi

saluran ke esofagus dan laring. Sebelum muntah wajah terlihat pucat, rasa mual dan sekresi saliva meningkat. (Syaiffudin, 2011).

6. Esofagus

Esofagus (Kerongkong) merupakan saluran pencernaan setelah mulut dan faring. Panjangnya kira-kira 25 cm. Posisi vertikel dimulai dari bagian tengah leher bawah faring sampai ujung bawah rongga dada dibelakang trakhea.

7. Lambung

Lambung (vestikulus) merupakan sebuah kantung yang muskuler yang terletak antara esofagus dan usus halus, sebelah kiri abdomen, dibawah diagfragma bagian depan pankreas dan limpa. Lambung merupakan saluran yang dapat mengembang karena adanya gerakan peristaltik terutama di daerah epigaster.

Bagian-bagian lambung :

1) Fundus ventrikuli merupakan bagian yang menonjol keatas, terletak sebelah kiri oesteum kardiak, biasanya berisi gas.
2) Korpus Ventrikuli merupakan sepertiga osteum kardiak yaitu suatu lekukan pada bagian bawah kurvaturaminor, merupakan bagian utama dari lambung.
3) Antrum Pilorus yaitu bagian lambung yang berbentuk tabung, mempunyai otot yang tebal yang membentuk sfingter pilorus, merupakan muara bagian distal, belanjut ke duodenum.

4) Kurvatura minor yaitu sebelah kanan lambung yang terbentangdari osteum kardia sampai ke pilorus.
5) Kurvatura mayor yaitu terbentang dari sisi kiri osteum kardia melalui fundus vertikuli menuju ke kanan sampai ke pilorius inferior.
6) Ostium Kardiak yaitu merupakan tempat esofagus bagian abdomen masuk ke lambung.

a. Fungsi Lambung:

1) Fungsi penampungan makanan yang masuk melalui esofagus, menghancurkan makanan dan menghaluskan makanan dengan gerakan peristalik lambung dan getah lambung.

a. Mekanis yaitu menyimpan, mencampur dengan sekret lambung, menghancur makanan dan mengeluarkan kimus kedalam usus. Pendorong makanan terjadi secara gerakan peristaltik setaip 20 detik.

b. Kimiawi yaitu bolus dalam lambung akan dicampur dengan asam lambung dan enzim-enzim bergantung jenis makanan enzim yang dihasilakan antara lain

a) Pepsin : Memecah putih telur menjadi asam amino
b) Asam garam (HCl) : mengasamkan makanan sebagai antiseptik dan desinfektan yang masuk kedalam makanan.
c) Renin yaitu sebagai ragi yang membekukan susu

d) Lapisan lambung yaitu memecahkan lemak menjadi asam lemak.

2) Fungsi bakterisid : Oleh asam lambung

3) Membantu proses pembentukan eritosit yaitu lambung menghasilkan zat faktor intrisik bersama dengan faktor ekstrisik dari makanan, membentuk zat yang disebut anti-anemik yang berguna untuk pertukaran eritosit nyang disimpan dalam hati. (Syaiffudin, 2011).

8. Usus Halus

Usus halus (Intestinum Minor) merupakan bagian dari sistem pencernaan makanan yang berpangkal pada pilorius dan berakhir pada sekum. Panjangnya sekitar 6 meter, merupakan saluran pencernaan yang paling panjang dari tempat proses pencernaan dan absorpsi pencernaan.

Bagian dari usus halus :

1) Duodenum : bentuk melengkung seperti kuku kuda, pada lengkungan ini terdapat pankreas.

2) Jejenum : panjangnya 2-3 meter belekok-lekok terdapat sebelah kiri atas intestinum minor, dengan perantara lipatan peritonium, berbentuk kipas (mesenterium)

3) Ileum : Ujung batas antara jejenum dan ileum tidak jelas, panjangnya sekitar -5 meter. Ileum merupakan usus halus yang

terletak sebelah kanan bawah menghubungkan denga sekum. (Syaiffudin, 2011).

a. Absorpsi Usus Halus

Absorpsi makanan yang sudah dicerna berlangsung dalam usus halus melalui dua saluran pembulu kapiler darah dan saluran limfe sebelah dalam permukaan vili. Sebuah vili berisi lakteal, pembuluh darah, epitelium dan jaringan otot yang diikat bersama oleh jaringan limfosit, seluruhnya diliputi oleh membran dasar epitelium.

Oleh karena vili dari dingding usus maka bersentuhan dengan makanan yang sudah cair dan lemak yang sudah diabsorpsi ke dalam lakteal. Kemudian berjalan melalui limfe masuk kedalam pembuluh darah di vili usus dan masuk ke vena porta untuk mengalami beberapa perubahan. (Syaiffudin, 2011).

b. Air dan Elektrolit

Pada anak 1 tahun pertama, volume air total dalam tubuh sebanyak 65 – 80% dari berat badan. Persentase ini akan berkurang seiring bertambahnya usia, menjadi 55 – 60% saat remaja. Cairan diperlukan untuk berbagai fungsi tubuh, antara lain dalam metabolisme, fungsi pencernaan, fungsi sel, pengaturan suhu, pelarutan berbagai reaksi biokimia, pelumas, dan pengaturan komposisi elektrolit. Secara normal, cairan tubuh keluar melalui urin, feses, keringat, dan pernapasan dalam jumlah tertentu.

Cairan merupakan komponen yang penting karena status hidrasi yang cukup bermanfaat untuk pertumbuhan dan perkembangan. Kebutuhan cairan berbeda berdasarkan usia, jenis kelamin, massa otot, dan lemak tubuh. Diperkirakan, bayi usia 0 – 6 bulan memerlukan cairan 700 mL/hari; bayi 7 – 12 bulan memerlukan cairan 800 mL/hari; anak 1 – 3 tahun memerlukan 1300 mL/hari; anak 4 – 8 tahun memerlukan 1700 mL/hari; anak 9 – 13 tahun memerlukan 2400 mL/hari pada laki – laki dan 2100 mL/hari pada perempuan; anak 14 – 18 tahun memerlukan 3300 mL/hari (laki – laki) dan 2300 mL/hari untuk perempuan. Cairan ini dapat berasal dari makanan maupun minuman. Cairan dari minuman dapat berasal dari air putih, susu, atau jus buah. (IDAI, 2016).

c. Fungsi Usus Halus

1. Menyekresikan cairan usus
2. Menerima cairan empedu
3. Mencerna makanan
4. Mengabsopsi air garam dan vitamin
5. Menggerakan kandungan usus.

9. Usus Besar

Usus besar (Intestinum mayor) merupakan saluran pencernaan berupa usus berpenampang luas atau berdiameter besar dengan panjang kira-kira 1,5 – 1,7 meter dan penampang 5 -5 cm.

Lanjutan dari usus halus yang tersusun seperti huruf U terbalik mengelilingi usus halus terbentang dari valvula iliosekalis sampai ke anus.

Bagian dari Usus Besar

1. Sekum yaitu kantong lebar yang terletak pada fosa iliak dekstra. Pada bagian bawah sekum terdapat apendiks vermiforis bentuknya seperti cacing disebut umbai cacing yang banjangnya sekitar cm. Muara apendiks pada sekum ditentukan oleh titik yaitu daerah antara 1/3 bagian kanan dan 1/3 bagian tengah garis yang menghubungkan kedua spina iliaka anterior superior (SIAS).
2. Kolon Asendens : memanjang dari sekum ke fosa ilika kanan sampai ke sebelah kanan abdomen, panjangnya sekitar 13 cm, terletak dibawah abdomen sebelah kanan di bawah hati membelok ke kiri.
3. Kolon Transvesum : panjangnya kira-kira 38cm, membujur dari kolon asendens sampai ke kolon desendens. Berada di bawah abdomen sebelah kanan tempat belokan disebut fleksure lienalis.
4. Kolon Desendens :panjangnya kurang lebih 25 cm, terletak di bawah abdomen bagian kiri dari atas ke bawah, dari depan fleksure lienalis sampai di depan ilium kiri.
5. Kolon Sigmoid : lanjutan kolon desendens. Panjangnya sekitar 40 cm, terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri, berbentuk

seperti huruf S ujung bawahnya berhubung dengan sekum, berakhir setinggi vetrebra sakralis 3-4.

a. Fungsi Usus Besar

Fungsi usus besar meliputi :

1) Menyerap air dan elektrolit, untuk kemudian sisa massa membentuk massa yang lembek yang disebut feses.
2) Menyimpan bahan feses. Sampai saat defekasi, feses ini terdiri sisa sekresi makanan, serat-serat selulosa, sel-sel epitel bakteri, bahan sisa sekresi (Lambung, kelenjar intestin, hati prankeas) magnesium fosfat dan Fe.
3) Tempat tinggal bakteri koli. Sebagian dari kolon berhubungan dengan fungsi pencernaan dan sebagian lagi berhubungan dengan penyimpanan. (Syaiffudin, 2011).

10. Rektum dan Anus

Rektum merupakan lanjutan dari kolon sigmoid yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus sepanjang 12 cm, dimulai dari pertengahan sakrumdan berakhir pada kanalis anus. Rektum terletak dalam rongga pelvis, di depan os sakrum dan os koksigis. Rektume terdiri dari 2 bagian :

1) Rekum porpia yaitu bagian yang melebar yang disebut ampula rekti.
2) Pars analis rekti yaitu terletak sebelah bawah di tutupi oleh serat-serat otot polos.

Bagian dari saluran pencernaan dengan dunia luar terletak di dasar pelvis dan dingdingnya di perkuat oleh sfingter ani yang terdiri dari :

1. Sfingter ani internus, sebelah dalam bekerja tidak menurut kehendak.
2. Sfingter levator ani, bagian tengah bekerja tidak menurut kehendak.
3. Sfingter eksternus, sebelah luar bekerja menurut kehendak.

Defekasi adalah hasil refleks apabila bahan feses masuk kedalam rektum. Dingding rektum akan mengerang menimbulkan implus aferens yang disalurkan melalui pleksus mesenterikus dan menimbulkan gelombong peristaltik pada kolon desendens. Kolon sigmoid mendorong feses ke arah anus. (Syaiffudin, 2011).

2.1.2. Etiologi

Infeksi merupakan penyebab utama diare, baik oleh bakteri, parasit maupun virus. Penyebab lain adalah vaksin dan obat, nutrisi enteral diikuti puasa yang berlangsung lama, kemoterapi, impaksi fekal (*Overflow diarrhea*) atau berbagai kondisi lain.

1. Infeksi Bakteri : Vibrio, Escherichia Coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, yershinia dan lain-lain
2. Infeksi Virus : Enterovirus, (Virus ECHO, coxsackaei, poliomelitis), adenovirus, retrovirus dan lain-lain.

3. Infeksi Parasit : Cacing (ascori, trichoris, oxyuris, histolitika, gardia lambia, tricomonas hominis), jamur (candida albicans)

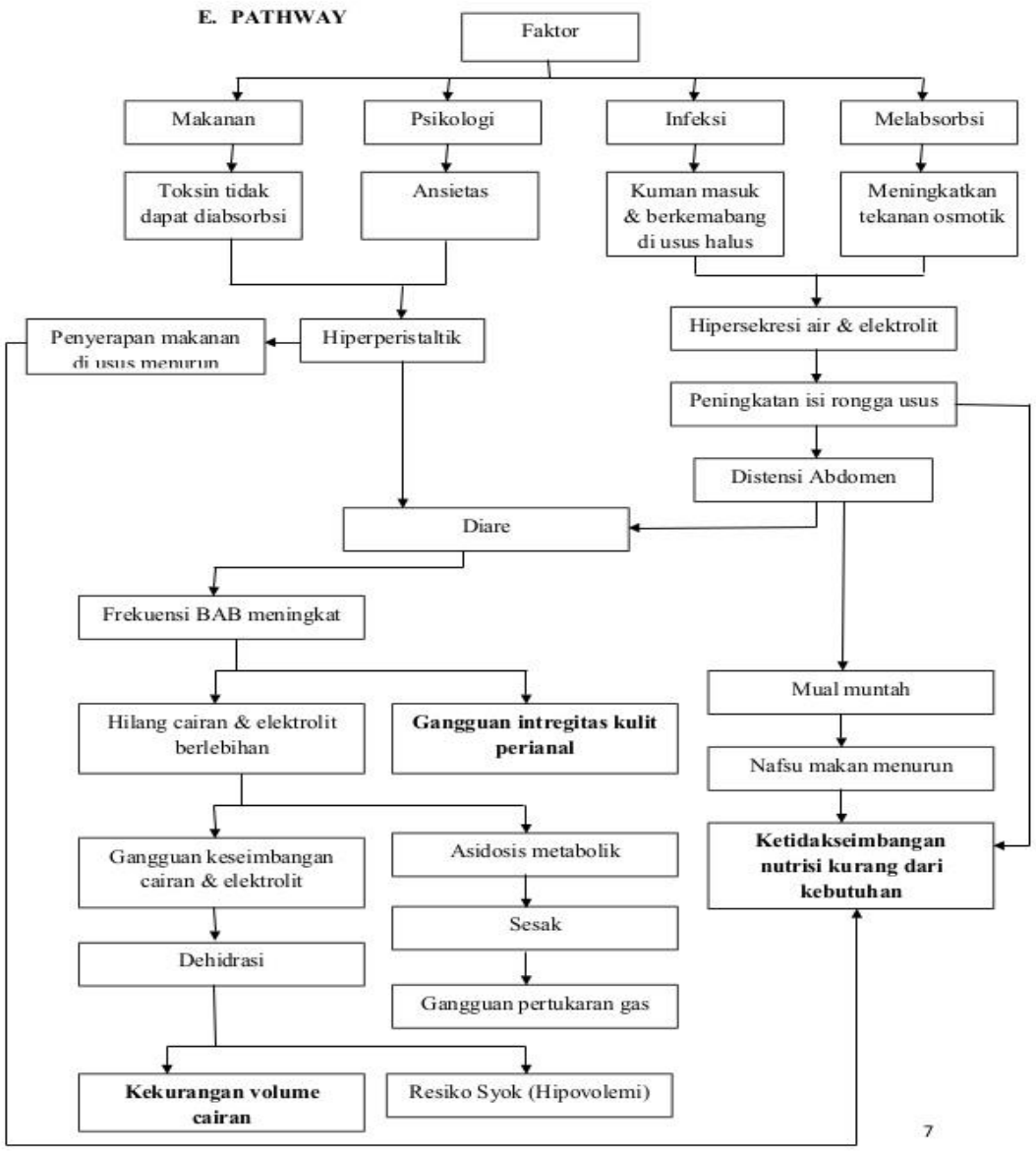
Infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti : Otitis Media Akut (OMA), tonsilitis, aonsilotaringitis, bronco pneumonia dan encetalitis (Ridha, 2017).

2.1.3. Patofisiologi

Mekanisme dasar penyebab diare adalah gangguan osmotik (makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare). Selain itu menimbulkan gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus meningkat kemudian terjadi diare. Ganguan motiliasi usus yang mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik (Ariani, 2016).

Diare juga dapat menyebabkan gangguan sirkulasi sebagai akibat renjatan syok hipovolemik, perfusi jaringan berkurang dan terjadi hipoksia, asidosis bertambah berat, dapat mengakibatkan perdarahan otak, kesadaran menurun dan bila tidak segera diatasi pasien akan meninggal (Hasan, Alatas, 2009).

Pathway



Bagan 1.1 Pathway diare

Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015

2.1.4. Manisfestasi Klinis

Pasien dengan diare akut akibat infeksi sering mengalami naurea, muntah, nyeri perut sampai kejang perut, demam dan diare. Terjadinya rejatan hipovolemik harus dihindari. Kekurangan cairan menyebabkan pasien akan merasa haus, lidah kering, tulang pipi menonnjol, tugor kulit menurut, serta suara menjadi serak. Gangguan Biokimiawi seperti asidosis metabolik akan menyebabkan frekuensi pernafasan lebih cepat dan dalam (pernafasan kusmaul). (Ridha, 2017).

Bila terjadi rejatan hipovolemik berat maka denyut nadi cepat (lebih dari 120x/menit). Tekanan darah menurun sampai tak teratur, pasien gelisah, muka pucat, ujung-ujung ekstremitas dingin, kadang siarnosis. Kekurangan kalium menyebabkan aritmia jantung perfusi ginjal menurun sehingga timbul anuria, sehingga bila kekurangan cairan tak segera diatasi dapat timbulkan penyakit berupa nekrosis tubulas akut. Secara klinis diare karena infeksi akut terbagi menjadi 2 golongan :

1. Koleriform pada diare yang didapatkan lendir kental dan kadang-kadang darah.
2. Disentriform pada diare dalam jangka panjang adalah :
    a. Dehidrasi
    b. Asidosis metabolik
    c. Gangguan gizi akibat muntah dan berak-berak
    d. Hipoglkemia

e. Gangguan sirkulasi darah akibat yang banyak keluar sehingga terjadi syock.

Adapun derajat dari dehidrasi adalah :

a. Tidak ada dehidrasi bila terjadi penurunan BB 2,5%
b. Dehidrasi ringan, bila terjadi penurunan BB 2,5 – 5%
c. Dehidarsi sedang, bila terjadi penurunan BB 5 – 10%
d. Dehidrasi berat, bila terjadi penerunan BB >10%. (Ridha, 2017).

2.1.6. Klasifikasi Dehidrasi

Tabel 1.1 Klasifikasi Dehidrasi

Klasifikasi	Tanda-tanda atau gejala	Pengobatan
Dehidrasi berat	Terdapat 2 atau lebih tanda: Letargis/tidak sadar Mata cekung Tidak bisa minum atau malas minum Cubitan perut kembali sangat lambat (≥ 2 detik)	Beri cairan untuk diare dengan dehidrasi berat
Dehidrasi ringan atau sedang	Terdapat 2 atau lebih tanda: Rewel gelisah Mata cekung Minum dengan lahap atau haus Cubitan kulit kembali dengan lambat	- Beri anak dengan cairan dengan makanan untuk dehidrasi ringan - Setelah rehidrasi, nasehati ibu untuk penangan dirumah dan kapan kembali segera
Tanpa dehidrasi	Tidak terdapat cukup tanda untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi ringan atau berat	- Beri cairan dan makanan untuk menangani diare dirumah - Nasehati ibu kapan kembali segera - Kunjungan ulang dalam waktu 5 hari jika tidak membaik

Sumber : Hidayat, 2009

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah tepi lengkap
2. Pemeriksaan analisasi gas darah, elektrolit, ureum, kreatinin dan berat jenis, plasma dan urine.
3. Pemeriksaan urine lengkap
4. Pemeriksaan feses lengkap dan biakan feses dari colok dubur.
5. Pemeriksaan biakan empedu bila demam tinggi dan dicurigai infeksi sistemik. (Ridha, 2017).

2.1.8. Penatalaksanaan

Pada anak-anak, penatalaksanaan diare akut akibat infeksi terdiri dari :

1. Rehidrasi sebagian prioritas utama pengobatan

   Empat hal penting yang perlu diperhatikan

   a. Jenis Cairan

      Pada diare akut yang ringan dapat diberikan oralit. Diberikan cairan ringer laktat (RL) bila ttidak terjadi dapat diberikan cairan NaCl Isotonik ditambahkan satu ampul Na Bicarbonat 7,5% 50m.

   b. Jumlah Cairan

      Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan jumlah cairan yang dikeluarkan.

      Mengukur BJ Plasma

      Kebutuhan cairan dihitung dengan rumus =

      ((BJ Plasma – 1,025)xBBx4ml) : 0,001

      Metode Pierce

      Berdasarkan keadaan klinis, yakni:

1. Diare ringan, kebutuhan cairan = 5% x kg BB
2. Diare sedang, kebutuhan cairan = 8% x kg BB
3. Diare ringan, kebutuhan cairan = 10% x kg BB.

Tabel 1.2 Metode Perbandingan BB dan Umur

BB (kg)	Umur	PWL	NWL	CWL	Total Kehilangan Cairan
< 3	< 1 bln	150	125	25	300
3-10	1 bln-2 thn	125	100	25	250
10-15	2-5 thn	100	080	25	205
15-25	5-10 thn	080	025	25	130

Sumber : Dwiya Stiyapranomo, 2014

Keterangan:

PWL : Previus Water Lose (ml/kgBB) = cairan muntah.

NWL : Normal Water Lose (ml/kgBB) = cairan diuresis, penguapan,pernapasan

CWL : Concomitant Water Lose (ml/KgBB) = cairan diare dan muntah yang terus menerus.

c. Jalan masuk atau cara pemberian cairan

Rute pemberian cairan pada orang dewasa dapat dipilih ral/IV

d. Jadwal pemberian cairan.

Dehidrasi dengan perhitungan kebutuhan cairan berdasarkan metode Daldiyono diberikan pada 2 jam pertama. Selanjutnya kebutuhan cairan Rehidrasi diharapkan terpenuhi lengkap pada akhir jam ke tiga.

2. Identifikasi penyebab diare akut karna infeksi.

   Secara klinis, tentukan jenis diare koleriform atau disentriform. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan penujang yang terarah.

3. Terapi simtomatik

   Obat anti diare bersifat simtomatik dan diberikan sangat hati-hati atas pertimbangkan yang rasional. Antimotalitas dan sekresi usus seperti Loperamid, sebaiknya jangan dipakai pada infeksi salmonella, shigeal dan koletis pseudomembran, karena akan memperburuk diare yang diakibatkan bakteri entroinvasif akibat perpanjang waktu kontak antara bakteri dengan epithel usus. Pemberian antiemetik pada anak dan remaja, seperti metoklopopomid dapat menimbulkan kejang akibat rangsangan ekstrapiramidal.

4. Terapi Definitif

   Pemberian edurasi yang jelas sangat penting sebagia langkah pencegahan. Higiene perorangan, sanitasi lingkungan dan imunisasi melalui vaksinasi sangat berati, selain terapi farmakologi. (Purnawan Junadi, 2000 : dikutif dalam Ridha, 2017).

2.1.9. Komplikasi

Komplikasi diare mencangkup potensial terhadap distritmia akibat hilangnya cairan dan elektrolit secara bermakna (Khususnya kehilangan kalium). Pengeluaran urine berkurang dari 30ml/jam selama 2-3 hari berturut-turut. Kelemahan otot dan paratesia. Hipotensi dan anoreksia serta mengantuk karena kadar kalium darah di bawah 3,0 mEq/liter (SI :

30mmol/L) harus dilaporkan, penurunan kadar kalium menyebabkan disritmia jantung (talukardio atrium dan ventrikel, febrilasi ventrikel dan kontraksi ventrikel prematur) yang dapat menimbulkan kematian. (Ridha, 2017).

2.2. Konsep Tumbuh Kembang

2.2.1. Tahap Tumbuh Kembang

Tahap Tumbuh kembang dibagi ke dalam beberapa fase berikut :

a. Masa Neonatus (0-28 hari)

Tumbuh kembang masa pascanatal diawali dengan masa neonatus, yaitu dimana terjadinya kehidupan yang baru. Pada masa ini terjadi proses adaptasi semua sistem organ tubuh, dimulai dari aktifitas pernafasan, pertukaran gas dengan frekuensi pernapasan antara 35-50 kali permenit, penyesuaian denyut jantung antara 120-160 kali permenit, perubahan ukuran jantung menjadi lebih besar di bandingkan dengan rongga dada, kemudian gerakan bayi mulai meningkat untuk memenuhi kebutuhan gizi. Masa neonatal dibagi menjadi

a) masa neonatal dini : 0-7 hari

b) masa neonatal lanjut : 8-28 hari

b. Masa Bayi (29 hari – 1 tahun)

Pada masa bayi, tahap tumbuh kembang dapat dikelompokkan menjadi 3 tahap yaitu :

a) Usia 1-4 bulan, tumbuh kembang pada tahap ini diawali dengan perubahan berat badan. Bila gizi anak baik, maka perkiraan berat badan akan mencapai 700-1000 g/bulan. Pertumbuhan tinggi badan agak stabil, tidak mengalami kecepatan dalam pertumbuhan tinggi badan.

b) Usia 4-8 bulan, pertumbuhan pada usia ini ditandai dengan perubahan berat benda pada waktu lahir. Rata-rata kenaikan berat benda adalah 500-600 g/bulan, apabila mendapatkan gizi yang baik. Sedangkan pertumbuhan tinggi badan tidak mengalamikecepatan dan stabil berdasarkan pertambahan umur.

c) Usia 8-12 bulan, pada usia ini pertumbuhan berat badan dapat mencapai tiga kali berat badan lahir, pertambahan berat badan perbulan sekitar 350-450 gram pada usia 7-9 bulan, 250-350 gram pada usia 10-12 bulan, bila memperoleh gizi baik. Pertumbuhan tinggi badan sekitar 1,5 kali tinggi badan pada saat lahir. Pada usia 1 tahun, pertambahan tinggi badan masih stabil dan diperkirakan mencapai 75 cm.

c. Masa Anak / Todller (1-2 tahun)

Pada masa ini, anak akan mengalami beberapa perlambatan dalam pertumbuhan fisik. Pada tahun kedua, anak hanya mengalami kenaikan berat badan sekitar 1,5 – 2,5 kg dan

penambahan tinggi badan 6-10 cm. Pertumbuhan otak juga akan mengalami perlambatan, kenaikan lingkar kepala hanya 2 cm. untuk pertumbuhan gigi, terdapat tambahan 8 buah gigi susu, termasuk gigi geraham pertama dan gigi taring, sehingga seluruhnya berjumlah 14-16 buah. Pada usia 2 tahun, pertumbuhan fisik berat badan sudah mencapai 4x berat badan lahir dan tinggi badan sudah mencapai 50 persen tinggi badan orang dewasa. Menginjak usia 3 tahun, rata-rata berat badan naik menjadi 2-3 kg/tahun, tinggi badan naik 6-8 cm/tahun, dan lingkar kepala menjadi sekitar 50 cm.

d. Masa Prasekolah (3-6 tahun)

   Pada masa prasekolah, berat badan mengalami kenaikan rata-rata 2kg/tahun. Tubuh anak terlihat kurus, akan tetapi aktivitas motorik tinggi dan sistem tubuh mencapai kematangan dalam hal berjalan, melompat, dan lain-lain. Tinggi badan bertambah rata-rata 6,75 – 7,5 cm setiap tahun.

   Pada masa ini anak mengalami proses perubahan pola bakan, umumnya mengalami kesulitan untuk makan. Anak juga mulai menunjukkan kemandirian pada proses eliminasi.

e. Masa Sekolah (6-12 tahun)

   Fase perkembangan yang berlangsung sejak kira-kira umur 6 sampai 12 tahun, sama dengan masa usia Sekolah Dasar. Anak-anak menguasai keterampilan-keterampilan dasar membaca,

menulis dan berhitung. Secara formal mereka mulai memastiki dunia yang lebih luas dengan budayanya. Pencapaian prestasi menjadi arah perhatian pada dunia anak, dan pengendalian diri sendiri bertambah pula.

f. Masa Remaja (12-18 tahun)

Pada masa remaja ini banyak dijumpai masalah, karena masa ini merupakan proses menuju kedewasaan dan anak ingin mencoba mandiri. Masalah yang sering dijumpai adalah perubahan bentuk tubuh.

Perkembangan khusus yang terjadi pada masa ini adalah kematangan identitas seksual yang ditandai dengan perkembangan organ reproduksi. Masa ini merupakan masa krisis identitas dimana anak memasuki proses pendewasaan dan meninggalkan masa anak-anak, sehingga membutuhkan bantuan dari orang tua.

2.2.2. Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel – sel tubuh dan juga disebabkan oleh bertambah besarnya sel. Adanya multiplikasi dan bertambah besarnya ukuran sel menandakan pertambahan secara kuantitatif.Pertumbuhan lebih ditekankan pada pertambahan ukuran fisik seseorang menjadi lebih besar

lebih matang bentuknya seperti pertambahan ukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala (Rekawati, dkk 2013).

2.2.3. Perkembangan

Pertumbuhan dapat di definisikan sebagai peningkatan ukuran fisik. Sedangkan perkembangan adalah rangkaian proses ketika bayi dan anak mengalamin peningkatan berbagai keterampilan dan fungsi (kyle, 2015)

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik seseorang menjadi lebih besar atau lebih matang bentuknya, misanya, pertambahan ukuran beratbadan, tinggi badan, serta lingkar kepala. (Rekawati, 2013) perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dan struktur/fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, serta dapat di perkirakan dan diramalkan sebagai hasil proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem yang terorganisasi (Rekawati, 2013).

1) Teori Perkembangan Psikoseksual 0-3 tahun (kyle, 2015)

    1. Fase Oral (0-1 tahun)

       Terjadi pada umur 0-11 bulan. Sumber kesenangan terbesar berpusat pada aktivitas oral seperti mengisap, menggigit, mengunyah, dan mengucap. Ketergantungan sangat tinggi dan selalu minta dilindungi untuk mendapatkan rasa aman.

    2. Fase Anal (1-3 tahun)

       Fungsi tubuh yang memberikan kepuasan, terpusat pada anus. Misalnya, anak akan melakukan BAB/BAK sendiri. Orang tua jangan memarahi anak jika tidak bersih dalam menyiram WC, atau

jangan di marahi jika kedapatan anak kencing di tembok belakang rumah. Jika hal tersebut terjadi berikan pengertian dan contohkanlah dimna dia harus kencing dan bagai mna cara bercebok yang baik. Pada fase ini ajarkan anak konsep bersih, ketepatan waktu, dan cara mengontrol diri.

g. Teori perkembangan psikososial 0-3 tahun (kyle, 2015)

1. Percaya versus tidak percaya (0-1 tahun)

   Terjadi pada usia 0-1 tahun. Pada tahap ini bayi sudah terbentuk rasa percaya kepada seseorang baik orang tua maupun orang yang mengasuhnya. Terbentuknya kepercayaan diperoleh dari hubungannya dengan orang lain. Kegagalan pada tahap ini apabila terjadi kesalahan dalam mengasuh atau merawat maka akan timbul rasa tidak percaya.

2. Otonomi versus rasa malu (1-3 tahun)

   Pada usia ini alat gerak dan rasa telah matang da nada rasa percaya terhadap ibu dan lingkungannya. Pada tahap ini anak aan menggunakan kekuatan mentalnya untuk menolak, dan mengambil sebuah keputusan. Rasa onotomi diri ini perlu untu di kembangkan karena sangat penting untuk terbentuknya rasa rasa percaya diri dan harga diri di kemudian hari. Perasaan negatif pada anak adalah rasa malu dan rasa raguyang timbul jika anak merasa tidak mampu untuk mengatasi segala tindakan yang di pilihnya sendiri serta kurang support dari orang tua da lingkungan.

3. Teori perkembangan kognitif

Disampaikan oleh Kyle (2015) mengenai tahap perkembangan intelektual 0-3 tahun yaitu:

a. Sensorik-Motorik (0-2 Tahun)

Merupakan tahap dimna anak menggunakan system penginderaan.

2.2.4. Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Menurut Wulandari (2016) menjelaskan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan pada anak yaitu:

a. Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan faktor pertumbuhan yang dapat diturunkan yaitu suku, ras, dan jenis kelamin. Faktor genetik merupakan faktor yang dapat diturunkan sebagai dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Yang termasuk faktor genetik adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa.Potensi genetik yang bermutu hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan secara positif sehingga diperoleh hasil akhir yang optimal.

Gangguan pertumbuhan di negara maju lebih sering diakibatkan oleh faktor genetik ini.Sedangkan di negara yang sedang berkembang, gangguan pertumbuhan selain diakibatkan oleh faktor genetik juga faktor lingkungan yang kurang memadai.

b. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan biopsikososial yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya. Faktor lingkungan ini terdiri dari:

Faktor lingkungan yang mempengaruhi anak pada waktu masih di dalam kandungan (faktor prenatal), terdiri dari:

a. Gizi Ibu pada Waktu Hamil

Nutrisi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.

b. Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital seperti club foot.

c. Toksin / Zat Kimia

Aminoprotein dan obat kontrasepsi dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

d. Endokrin

Diabetes mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hyperplasia adrenal.

e. Radiasi

Paparan radium dan sinar rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin.

f. Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH dan PMS.

g. Psikologis

Kehamilan yang diinginkan, perilaku salah/kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

h. Imunitas

Rhesus ABO inkompabilitas sering menyebabkan abortus,kerm ikterus, hydrops fetails atau lahir mati

i. Anoksia Embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta yang menyebabkan pertumbuhan terganggu.

5. Faktor lingkungan yang mempengaruhi tumbuh kembang anak setelah lahir (faktor postnatal), terdiri dari:

a. Gizi

Tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

b. Penyakit Kronis/Kelainan Kongenital

Tubercolosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani

c. Lingkungan fisik dan kimia

   Sanitas lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktifn, zat kimia serta mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.

d. Psikologis

   Hubungan anak dengan lingkungan sekitar.

e. Gangguan hormon misalnya pada penyakit hipotiroid akan menyebabkan anak memgalami hambatan pertumbuhan.

f. Sosio-Ekonomi

   Kemiskinan berkaitan dengan kekurangan gizi, kesehatan lingkungan yang burukakan menghambat pertumbuhan anak.

g. Lingkungan Pengasuh

   Interaksi ibu dan anak sangatberpengaruh tumbuh dan kembang.

h. Stimulasi

   Perkembangan memerlukan rangsangan, khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan alat mainan, sosialisasi anak dan lain-lain.

i. Obat – obatan

   Pemakaiaan kortikosteroidakan menghambatpertumbuhan, demikian hal nya dengan pemakaiaan obat perangsang terhadap susunan saraf pusat yang menyebabkan terhambatnya hormon pertumbuhan.

2.2.5. Konsep Hosptalisasi

a. Hospitalisasi pada Anak Usia (0 - 12 bulan)

Anak membutuhkan perawatan yang kompeten untuk meminimalisasi efek negatif dari hospitalisasi dan mengembangkan efek yang positif. Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana/darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal dirumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangannya kembali ke rumah. Selama proses tersebut, anak dan orangtua dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh dengan stres. Perasaan yang sering muncul yaitu cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah.Perawatan anak di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasanya aman.Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak adalah menangis dan tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan (Wulandari, 2016).

a. Stresor Umum pada Hospitalisasi

1. Rasa takut, berusaha memahami tentang penyebab penyakit, rasa takut ditunjukkan dengan ekspresi verbal dan non verbal.
2. Ansietas, paham alasan dipisahkan tetapi masih butuh keberadaan orangtua dan lebih peduli terhadap rutinitas sekolah dan teman-teman.
3. Tidak berdaya, anak marah dan frustasi, lama imobilisasi dihubungkan dengan menarik diri, bosan, perasaan antipati. Anak

sensitif terhadap kehilangan kontrol emosi dengan menunjukan sikap menangis karena akibat pengobatan.

4. Gangguan citra diri, anak sensitif terhadap perubahan tubuh, dapat mengalihkan rasa nyeri dengan mengalihkan perhatian.

b. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Hospitalisasi pada Anak

1. Berpisah dengan orngtua dan sparing
2. Fantasi – fantasi, tentang kegelapan, monster, pembunuhan, dan binatang buas diawali dengan yang asing
3. Gangguan kontak sosial jika pengunjung tidak diizinkan
4. Nyeri dan komplikasi akibat pembedahan atau penyakit
5. Prosedur yang menyakitkan dan takut akan cacat dan kematian.

c. Pendekatan yang digunakan dalam Hospitalisasi Anak

1. Pendekatan Empirik

   Pendekatan empirik digunakan dengan menanamkan kesadaran diri terhadap pata personil yang terlibat dalam hospitalisasi. Metode pendekatan empirik menggunakan strategi, yaitu :

2. Melalui dunia pendidikan yang ditanamkan secara dini kepada peserta didik.
3. Melalui penyuluhan atau sosialisasi yang diharapkan meningkatnya kesadaran diri mereka sendiri dan peka terhadap lingkungan sekitar.
4. Pendekatan melalui Metode Permainan

Metode permainan merupakan cara alamiah bagi anak untuk mengungkapkan konflik dalam dirinya yang tidak disadari. Kegiatan yang dilakukan sesuai keinginan sendiri untuk memperoleh kesenangan.Bermain merupakan kegiatan menyenangkan yang di nikmati anak berupa kegiatan fisik, intel1ektual, emosi, sosial, dan perkembangan mental.

Prinsip bermain dirumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Tidak membutuhkan banyak energy
2. Waktunya singkat
3. Mudah dilakukandan aman
4. Kelompok umum
5. Tidak bertentangan dengan terapi

d. Manajemen asuhan keperawatan anak usia balita dengan hospitalisasi meliputi:

1. Berikan asuhan keperawatan yang konsisten
2. Menyani atau berbicara dengan bayi
3. Sentuh, pegang, dan gendong bayi dan terus berinteraksi selama pprosedur pengobatan
4. Anjurkan orang tua untuk selalu ada disamping bayi saat dilakukan prosedur
5. Biarkan makanan yang membuat rasa aman dan nyaman
6. Dekatkan dengan mainan favoritnya.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan untuk mmelakasanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dilakukan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu : pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Berorientasi pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Rohman, 2012).

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian adalah awal dari prosesasuhan keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan anak. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data analisis data, dan penentuan masalah keperawatan. (Setiadi, 2012).

Dibawah ini pengkajian yang dilakukan sebagai berikut Menurut (Jitowiyono, 2010).

a. Pengumpulan data

1) Identitas anak

Pada anak peerlu dikaji : nama, untuk menghindari kekeliaruan antara identitas anak satu dengan anak yang lainnya, mencegah terjadinya kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan serta pemberian obat. Umur, untuk menentukan dalam pemberian intervensi. Agama, untuk menentukan koping yang digunakan anak dan keyakinan anak..Suku bangsa, untuk mengetahui apakah ada

keyakinan yang dianutoleh anak pada saat masa penyembuhan.Alamat, untuk mengetahui tempat tinggal. Diagnose medis, No. rekam medik, tanggal masuk, tanggal jam pengkajian.

2) Identitas keluarga anak

Identitas penanggung jawab mancakup :nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan alamat, hubungan dengan anak

3) Riwayat kesehatan

a. Keluhan saat masuk rumah sakit

Kronologis yang menggambarkan perilaku anak atau keluarga dalam mencari pertolongan.Menguraikan saat pertama kali dirasaakan tindakan yang dilakukan sampai anak datang ke rumah sakit, tindakan yang sudah didapatkan sampai anak menjalani perawatan.

b. Keluhan utama saat dikaji

Keluhan utama menjelasken keluhan yang terjadi saat dikaji, keluhan utaman secara terperinci dengan menggunakan PQRST :

P : Provokatif – Paliatif

Q : Qualitas – Quantitas

R : Region

S : Skala

T : Time

c. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatanmenjelaskan tentang riwayat perawatan di rumah sakit, alergi penyakit kronis, dan riwayat operasi.Selain itu juga menjelaskan tentang riwayat penyakit yang ada hubungan dengan penyakit yang diderita anak sekarang seperti riwayat panas, batuk, pilek atau panyakit serupa pengobatan yang dilakukan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga menjelaskan keadaan kondisi anggota keluarga apakah ada yang pernah menderita penyakit serupa dengan anak dengan periode 6bulan terakhir, riwayat penyakit menular, atau penyakit keturunan.

e. Riwayat kehamilan dan kelahiran

1. Prenatal

   Kehamilan yang keberapa, tanggal lahir, gestasi (fulterm, prematur, post matur), abortus atau lahir hidup, kesehatan selama sebelumnya/kehamilan, dan obat-obat yang dimakan serta imunisasi.

2. Natal

   Lamanya proses persalinan, tempat melahirkan, obat-obatan, orang yang menolong persalinan, penyulit persalinan.

3. Post natal

   Berat badan nomal 2,5 Kg – 4 Kg, Panjang Badan normal 49 - 52 cm, kondisi kesehatan baik, apgar score , ada atau tidak ada kelainan kongenital.

f. Imunisasi

Polio, hepatitis, BCG, DPT, campak, sudah lengkap pada usia 3 tahun, reaksi yang terjadi adalah biasanya demam, pemberian serum-serum lain, gamma globulin/transfusi, pemberian tubrkulin test dan reaksinya.

g. Tumbuh Kembang

Berat waktu lahir 2, 5 Kg – 4 Kg. Berat badan bertambah 150 – 200 gr/minggu, TB bertambah 2,5 cm / bulan, kenaikan ini terjadi sampai 6 bulan. Gigi mulai tumbuh pada usia 6-7 bulan, mulai duduk sendiri pada usia 8-9 bulan, dan bisa berdiri dan berjalan pada usia 10-12 bulan.

h. Riwayat Psikososial

Anak sangat menyukai mainannya, anak sangat bergantung kepada kedua orang tuanya dan sangat histeris jika dipisahkan dengan orang tuanya. Usia 3 tahun (toddlers) sudah belajar bermain dengan teman sebaya.

i. Riwayat Spiritual

Anak sudah mengenal beberapa hal yang bersifat ritual misalnya berdoa.

j. Reaksi Hospitalisasi

a. Kecemasan akan perpisahan : kehilangan interaksi dari keluarga dan lingkungan yang dikenal, perasaan tidak aman, cemas dan sedih

b. Perubahan pola kegiatan rutin

c. Terbatasnya kemampuan untuk berkomunikasi

d. Kehilangan otonomi

e. Takut keutuhan tubuh

f. Penurunan mobilitas seperti kesempatan untuk mempelajari dunianya dan terbatasnya kesempatan untuk melaksanakan kesenangannya.

k. Kebutuhan cairan pada usia 1 tahun adalah 100 ml/kg/hari

a. Output cairan :

1. IWL (Insensible Water Loss)

   50 – 60 ml/ Kg BB/24 jam

2. SWL (Sensible Water Loss) adalah hilangnya cairan yang dapat diamati, misalnya berupa kencing dan faeces. Yaitu :

   1) Urine : 80 – 90ml/Kg BB/24 jam

   2) Feces : 100 – 200cc/24 jam

l. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-tanda vital

Suhu badan : mengalami peningkatan

Nadi : cepat dan lemah

Pernafasan : frekuensi nafas meningkat

Tekanan darah : menurun

b. Antropometri

Pemeriksaan antropometri meliputi berat badan, Tinggi badan, Lingkaran kepala, lingkar lengan, dan lingkar perut. Pada anak dengan diare mengalami penurunan berat badan.

c. Pernafasan

Biasanya pernapasan agak cepat, bentuk dada normal, dan tidak ditemukan bunyi nafas tambahan.

d. Cardiovasculer

Biasanya tidak ditemukan adanya kelainan, denyut nadi cepat dan lemah.

e. Pencernaan

Ditemukan gejala mual dan muntah, mukosa bibir dan mulut kering, peristaltik usus meningkat, anoreksia, BAB lebih 3 x dengan konsistensi encer

f. Perkemihan

Volume diuresis menurun.

g. Muskuloskeletal

Kelemahan fisik akibat output yang berlebihan.

h. Integumen

lecet pada sekitar anus, kulit teraba hangat, turgor kulit jelek

i. Dapat terjadi penurunan kesadaran.

Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

j. Motorik Kasar

Sudah bisa naik/turun tangga tanpa dibantu, mamakai baju dengan bantuan, mulai bisa bersepeda roda tiga.

k. Motorik Halus

Menggambat lingkaran, mencuci tangan sendiri dan menggosok gigi

l. Personal Sosial

Sudah belajar bermain dengan teman sebayanya. (Jitowiyono, 2010).

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan respon manusia keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial dari individu atau kelompok ketika perawat secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Rohmah, 2012). Mengacu pada (Nurarif dan Kusuma 2015; Doengoes, 2002).

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler
2. Kekurangan volume cairan dan elektolit berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan.

4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi / BAB sering
5. Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit
6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

3.2.3. Intervensi Keperawatan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan, desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawatmampu menetapkan cara menyelesaikan masalah secara efektif dan efesien (Rohmah, 2012) Mengacu pada (Nurarif dan Kusuma 2015 ; Doengoes 2002)

a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar – kapiler

Tabel 2.7
Intervensi dan rasional diagnosa 1

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
Kerusakan pertukaran gas teratasi dengan Kriteria hasil : 1) Mendemostrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat 2) Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan 3) Tanda –tanda vital dalam rentang normal	Fluid managemend 1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2) Lakukan fisioterapi dada jika perlu 3) Keluarkan sekret dengan batuk atau *suction* 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 5) Monitor rata-rata kedalaman, irama dan usaha respirasi 6) Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunanaa otot tambahan, retraksi otot *supraclavicular* dan *intercostals*	1) Membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan 2) Mengeluarkan sekret pada jalan nafas 3) Membersihkan jalan napas dan memfasilitasi penghantaran oksigen 4) Perubahna bunyi nafas menunjukkan obsturksi sekunder 5) Mengetahui status pernafasan 6) Indikasi dasar adanya gangguan saluran pernafasan.

Sumber: *(Nurarif dan Kusuma, 2015)*

b. Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tabel 2.8
Intervensi dan rasional diagnosa 2

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
1) Fluid balance 2) Hydration 3) Nutritional status : food and fluid intake Kriteria hasil : 4) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB. 5) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan	Fluid managemend 1) Observasi tanda-tanda vital 2) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 3) Monitor status hydrasi (ke-lembaban membran mukosa, nadi adekuat, turgor kulit), jika diperlukan, monitor vital sign 4) Berikan Cairan IV kristaloid atau koloid sesuai kebutuhan 5) Pelihara IV line 6) Dorong masukan oral 7) Berikan penggantian nasogatrik sesuai output Hypovolemia management 8) Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan 9) Monitor tanda tanda vital 10) Kaji Berat badan	1. Untuk mengetahui keadaan tubuh secara dini 2. Memberikan informasi ten-tang keseimbangan cairan 2. Untuk mengetahui keadaan dehidrasi 3. Untuk mengganti cairan yang hilang dan mempertahankan volume sirkulasi serta tekanan osmotik 4. Untuk merawat pemberian cairan infus dan tetesan infus 5. Mengetahui pemasukan nutrisi pada pasien 6. Memenuhi status cairan dan nutrisi pasien dapat me-ningkatkan proses penyembu-han 7. Mengetahui pemasukan dan pengeluaran cairan pasien 8. Hipotensi (termasuk postural), takhikardia, demam dapat menunjukan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan 9. Indikator cairan dan status nutrisi

Sumber: *(Nurarif dan Kusuma, 2015)*

c. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh Berhubngan dengan Penurunan Intake Makanan

Tabel 2.9

Intervensi dan Rasional diagnosa 3

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
1) Nutritional status 2) Nutritional status: food and fluid intake 3) Nutritional status : nutrient intake 4) Weight control Kriteria hasil 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5) Menunjukan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan 6) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	Nutrition maagement 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori da n nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 5. Berikan suplemen elektroli sesuai kebutuhan atau yang sudah direseokan 6. Berikan informasi tentang kebutuhan nutisi 7. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan Nutrition monitoring 8. Berat badan pasien dalam batas normal 9. Monitor adanya penurunan BB 10. Monitor jumlah dan tipe aktivitasyang bisa dilakukan 11. Monitor turgor kulit 12. Monitor mual dan muntah 13. Monitor pucat, kemerahan, kekeringan jaringan konjungtiva 14. Monitor kalori dan intake nutrisi	1) Mengetahui faktor penyebab ketidakseimbangan nutisi 2) Memperbaiki status nutrisi pasien 3) Memungkinkan saluran usus untuk mematikan kembali proses pencernaan,protein perlu untuk menyembuhkan integrits jaringan. 4) Mengetahui pemasukan dan pengeluatran nutrisi pasien 5) Disaat diare elekrolit tubuh banyak terbuang,sehingga membutuhkan asupan dari luar. 6) Mengetahui pentingnya nutrisi bagi proses penyembuhan 7) Mengetahui keinginan pasien terhadap nutrisi 8) Memberikan rasa kontrol 9) Mengetahui perubahan BB 10) Melibatkan pasien dalam pemilihan menu 11) Mengetahui pemenuhan nutrisi 12) Mengatahui jumlah nutrisi yang masuk dan keluar 13) Mengetahui kekuranganan kebutuhan nutrisi pasien 14) Mengetahui status nutrisi pasien

Sumber: *(Nurarif dan Kusuma, 2015)*

d. Risiko Kerusakan Integritas Kulit Berhubungan dengan Ekresi/BAB Sering

Tabel 2.10
Intervensi dan rasional diagnosa 4

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
Tissue Integrity : Skin and Mucous membranes Kriteria hasil 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) 2) Tidak ada luka/lesi pada kulit 3) Perfusi jaringan baik 4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang 5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami	Pressure Management 1) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2) Hindari kerutan pada tempat tidur 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 5) Monitor kulit akan adanya kemerahan 6) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan 7) Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat	1) Mencegah iritasi dan tekanan dari baju 2) Kerutan di tempat di tempat tidur dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit 3) Area yang lembab dan terkontaminasi merupakan media untuk pertumbuhan organisme patogenik 4) Meningkatkan sirkulasi dan perfusi kulit dengan mencegah tekanan lama pada jaringan 5) Area ini meningkat risikonya untuk kerusakan dan memerlukan pengobatan lebih intensif. 6) Agar kerusakan tidak meluas 7) Agar pasien merasa nyaman

Sumber: *(Nurarif dan Kusuma, 2015)*

e. Resiko syok (Hipovolemi) berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit

Tabel 2.11
Intervensi dan rasional diagnosa 5

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
Syok prevention Syok management Kriteria hasil : 1. Nadi dlam bats yang dihrapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas jantung dalam batas yang diharapkan 4. Natrium serum dalam batas normal 5. Kalium serum dalam batas normal 6. Klorida serum dalam batas normal 7. Kalsium serum dalam batas normal 8. PH darah serum dalam batas normal Hidrasi Indikator : 9. Mata cekung tidak ditemukan 10. Demam tidak ditemukan 11. TD dalam batas normal 12. Ht dalam batas normal	Syok prevention 1. Monito status sirkulsi BP,warna kulit,suhu kulit,denyut jantung,HR,dan ritme,nadi perifer dan cafilari refil 2. Monitor suhu dan pernafasan 3. Monitor input dan autput 4. Monitor tanda awal syok 5. Monitor inadekuat oksigenasi jaringan 6. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas Syok management 7. Monitor tekanan nadi 8. Monitor status cairan,input output 9. Monitor fungsi neurologis 10. Monitor fungsi renal 11. Memonitor gejala gagal pernafasan (misaknya,rendah PaO2 peningkatan PaO2 tingkat, kelelahan otot pernafasan)	1. Mengetahui aliran darah yang mengalir pada tubuh 2. Hipotensi (termasuk postural), takhikardia, demam dapat menunjukanrespon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan 3. Mengetahui pemasukan dan pengeluaran 4. Untuk mencegah dan mengantisipasi komplikasi 5. Mengatahui kelancaran sirkulasi 6. Untuk menghindari syok 7. Hipotensi (termasuk postural),takhikardia,demam dapat menunjukanrespon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan 8. Mengetahui kebutuhan status cairan 9. Mengetahui keadaan neurologis 10. Mengetahui fungsi renal 11. Untuk mencegah komplikasi

Sumber: *(Nurarif dan Kusuma, 2015)*

f. Ansietas berhubungan dengan Perubahan Status Kesehatan

Tabel 2.12
Intervensi dan rasional diagnosa 6

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
1) Anxiety control 2) Coping 3) Impulse control Kriteria Hasil : 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontol cemas 3) Vital sign dalam batas normal 4) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	Anxiety Reduction (penurunan kecemasan) 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan 2) Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 3) Pahami prespektif pasien terhdap situasi stres 4) Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis 5) Dorong keluarga untuk menemani anak 6) Dengarkan dengan penuh perhatian 7) Identifikasi tingkat kecemasan	1) Untuk menciptakan hubungan saling percaya 2) Dapat mengurangi rasa cemas 3) Pahami perasaan klien sehingga klien dapat terubuka dan dapat mendiskusikan 4) Dapat mengurangi rasa cemas pasien akan penyakitnya 5) Dukungan keluarga dapat memperkuat mekanisme koping klien sehingga tingkat ansietasnya berkurang 6) Klien dapat mengungkapkan penyebab kecemasannya sehingga perawat dapat menentukan tingkat kecemasan klien dan menentukan intervensi untuk klien selanjutnya 7) Mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan pasien

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah pedoman atau prosedur serta teknik dalam perencanaan penelitian yang bertujuan untuk membangun srategi yang menghasilkan *blurprint* atau model penelitian (Moleong, 2014). Desain peneitian yang digunakan adalah studi kasus, yaitu studi yang mengeksplorasi suatu masalah asuhan keperawatan pada anak diare dengan Kekurangan Volume Cairan dan Elektrolit di ruang Nusa Indah Atas RSUD dr. Slamet Garut tahun 2019 dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu.

3.2. Batasan Masalah

Batasan istilah atau definisi operasional pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Asuhan Keperawatan

   Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan untuk mmelakasanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dilakukan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu : pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Berorientasi pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Rohman, 2012).

2. Diare

   Diare adalah gangguan fungsi penyerapan dan sekresidari saluran pencernaan, dipengaruhi oleh fungsi kolon dapat diidentifikasikan dari perubahan jumlah, konsistensi, frekuensi dan warna dari tinja (Whaley dan Wong, 1997 : Dikutif dalam Ridha 2017).

3. Kekurangan volume cairan dan elektrolit

   Penurunan intravaskular, interstisial atau intraseluler. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan ada atau tanpa perubahan natrium (Nanda, 2015).

3.3. Parsitipasi

Subyek yang digunakan pada studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan ini adalah pada klien An. F dan An. V pada studi kasus ini subjek penelitian yang digunakan adalah 2 bayi usia dengan jenis kelamin yang sama yaitu perempuan dan diagnosa yang sama yaitu Diare dengan masalah Kekurangan Volume Cairan dan Elektrolit.

3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini adalah studi kasus individu ini yang dilakukan di RSUD dr. Slamet Garut di Ruang Nusa Indah Atas dan dilakukan pada tanggal 26 Febuari – 1 Maret 2019 pada klien 1 penelitian dilakukan sejak klien berada di Rumah Sakit hingga klien pulang yakni klien, 26 Febuari 2019 – 28 Febuari 2019 dan pada klien ke 2 dilakukan pada tanggal 27 Febuari 2019 – 1 Maret 2019.

3.5. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini alat ukur yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

   Wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikontruksikan makna dalam suatu topik tertentu (Esterberg dan Sugiyono, 2013). Pada studi kasus ini penulis mengumpulkan data dengan cara pengkajian seperti : indentitas klien, identitas keluarga anak, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga dan riwayat kehamilan dan kelahiran.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

   Pemeriksaan fisik atau pemeriksaan klinis adalah sebuah proses dari seorang ahli medis memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit. Hasil pemeriksaan akan dicatat dalam rekam medis. Rekam medis dan pemeriksaan fisik akan membantu dalam penegakkan diagnosis dan perencanaan perawatan pasien. Biasanya, pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, mulai dari bagian kepala dan berakhir pada anggota gerak yaitu kaki. Pemeriksaan secara sistematis tersebut disebut teknik Head to Toe. (Wikipedia, 2018).

   Pada studi kasus ini penulis melakukan observasi dengan mengamati keadaan umum klien dan pemeriksaan fisik menggunakan tekni IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Perkusi dan Palpasi) pada semua sistem tubuh klien untuk mendapatkan sumber data mengenai masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien.

3. Studi Dokumentasi

Menurut Sugiyono (2012) pengertian Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti

Pada studi dokumentasi, pengumpulan data diperoleh dengan melihat atau menganalisis dokumen-dokumen hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan. Pada penelitian dengan melakukan studi pendahuluan. Untuk langkah-langkah pengumpulan datanya adalah sebagai berikut :

a. Penelitian meminta izin kepada Direktur RSUD dr. Slamet Garut.
b. Setelah mendapatkan izin dari Direktur RSUD dr. Slamet Garut dan kepala bidang keperawatan RSUD dr. Slamet Garut untuk melakukan penelitian, penelit kemudian meminta izin kepada kepala ruangan sekaligus CI Nusa Indah Atas untuk melakukan penelitan.
c. Setela mendapatkan izindari kepala ruangan dan CI Nusa Indah Atas, peneliti menentukan dua responden penelitian sesuai dengan kriteria unit analisis (subjek penelitian).
d. Setelah menentukan dua responden penelitimenjelaskan maksud, tujuan, manfaat dan prosedur selama penelitian.
e. Peneliti meminta persetujuan orang tua atau penanggung jawab dari responden untuk dijadikan subjek penelitian dengan mengisi lembar informed consent.

f. Setelah mendapatkan persetujuan dari orang tua atau penanggung jawab responden, peneliti mengumpulkan data klien diare dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi untuk memperoleh data primer dan studi dokumentasi untuk memperoleh data sekunder.

g. Pada tanggal 23 Febuari 2019 peneliti melakukan pengkajian pada klien 1 dan pada tanggal 25 Febuari 2019 peneliti melakukan pengkajian pada klien 2. Setelah data dari pengkajian sudah terkumpul, peneliti kemudian merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul, peneliti kemudian menyusun intervensi sesuai dengan masing-masing diagnosa.

3.6. Uji Keabsahan Data

Uji keabsaan data dimaksudlan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan tervalidasi tinggi. Pada penelitian ini uji keabsahan data dilakukan dengan sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu : klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil intepretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara

obrservasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikandan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Urutan dalam analisi data pada penelitian ini adala sebagai berikut :

1. Pengumpulan Data

   Data dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara, Observasi dan Dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi

2. Mereduksi Data

   Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkip dan dikelompokan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3. Penyajian Data

   Penyajian data pada studi kasus ini dilakukan dengan tabel, bagan maupun teks naratif. Pada tabel disajikan data klien seperti : Pengkajian (identitas klien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan dan kelahiran, riwayat kesehatan dahulu,riwayat kesehatan keluarga, pola aktifitas sehari-hari, pertumbuhan dan perkembangan, riwayat imunisasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan psikologi, pemeriksaan laboratorium, program dan rencana pengobatan), analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi dan rasional, implementasi dan evaluasi.

4. Kesimpulan

   Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode diskusi.

3.8. Etika Penulisan KTI

Pada penelitian ini dicantumkan etika yang menjadi dasar penyusunan studi kasus yang terdiri dari :

1. *Inform Consent* (persetujuan menjadi klien)

   Istilah persetujuan, menerima atau menolak tindakan pertolongan setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut. Persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Inform consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya.

2. *Anonimity* (Tanpa nama)

   Proses menyembunyikan identitas seseorang.

   Upaya untuk menjaga kerahasiaan responden yakni penulis tidak mencantumkan nama responden atau klien dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan dan hanya menuliskan kode dalam lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan klien.

Pencegahan bagi orang lain yang tidak berkepentingan untuk mendapatkan informasi, berhubungan dengan menjaga data-data responden atau klien sehingga kerahasiaan klien dapat terjaga.

4. *Fidelity* (Menempati Janji)

   Tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain.

   Menempati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain dengan memberikan impelemntasi sesuai dengan waktunya.

5. *Veracity* (Kejujuran)

   Nilai ini bukan cuman dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setia klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Klie memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu.

Memberikan informasi yang akurat, komprehensif dan objektif tanpa adanya kebohongan yang merugikan pihak lain.

6. *Beneficene* (Berbuat Baik)

   Prinsip ini menentut perawat untuk melakukan hal yan baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan

   Memberikan klien informasi tentang cara Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

7. *Non-maleficence* (Tidak Merugikan)

   Mengajarkan kepada klien untuk menjaga selalu sanitasi lingkungan, kebersihan personal dan kebersihan lingkungan agar terdindar dan mencegah terjadinya diare.

8. *Otonomi* (Autonomi)

   Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa mampu memutuskan sesuatu dan orang lain harus menghargainnya.