



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN ELEMENASI DIARE MELALUI
PENERAPAN TINDAKAN BABY MASSAGE
DI RSU AGISHNA MEDIKA KROYA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Disusun Oleh:
ARDIANTO
NIM. 202303120**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN ELEMENASI DIARE MELALUI
PENERAPAN TINDAKAN BABY MASSAGE
DI RSU AGISHNA MEDIKA KROYA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ners**

Disusun Oleh:

**ARDIANTO
NIM. 202303120**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
2025**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ardianto

NIM : 202303120

Tanda Tangan :



Tanggal : 10 Agustus 2025

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN ELEMENASI DIARE MELALUI PENERAPAN TINDAKAN BABY MASSAGE DI RSUD AGISHNA MEDIKA KROYA

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat
Untuk diujikan pada tanggal 01 Agustus 2025

Pembimbing



Ns. Nurlaila, M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas
Muhammadiyah Gombong



Wuri Utami, M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Ardianto
NIM : 202303120
Program Studi : Program Ners Keperawatan
Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Eleminasi Diare Melalui Penerapan Tindakan *Baby Massage* di RSUD Agishna Medika Kroya

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong

1. Wuri Utami, M.Kep (Penguji 1) (..........)
2. Ns. Nurlaila, M.Kep (Penguji 2) (..........)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners Program Profesi
Universitas Muhammadiyah Gombong


Wuri Utami, M.Kep

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen
Tanggal : Agustus 2025

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ardianto
NIM : 202303120
Program Studi : Program Ners Keperawatan
Jenis karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN ELEMINASI DIARE MELALUI
PENERAPAN TINDAKAN BABY MASSAGE
DI RSU AGISHNA MEDIKA KROYA

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Gombong, Kebumen
Pada Tanggal : 10 Agustus 2025

Yang menyatakan



(Ardianto)

Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi
Universitas Muhammadiyah Gombong
KIAN, Juli 2025
Ardianto¹, Nurlaila²
email : ardianto@gmail.com

ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN ELEMENASI DIARE MELALUI
PENERAPAN TINDAKAN BABY MASSAGE
DI RSU AGISHNA MEDIKA KROYA

Latar belakang: Penyakit diare sampai saat ini masih merupakan penyebab kematian utama di dunia. Kemunculan diare dapat terjadi karena sejumlah faktor, baik yang bersifat langsung maupun tidak langsung. Penyebabnya meliputi patogen, inang, pola hidup, serta lingkungan. Penatalaksanaan komplementer yang diterapkan untuk menurunkan frekuensi buang air besar adalah *baby massage*.

Tujuan umum: Memaparkan asuhan keperawatan pada anak diare dengan masalah keperawatan gangguan eliminasi fekal melalui penerapan tindakan baby massage

Metode Desain menggunakan desain studi kasus. Responden adalah anak dengan diare di RSU Agishna Medika Kroya sebanyak 5 anak. Intervensi baby massage dilakukan 2 kali sehari yaitu pagi dan sore selama 3 hari.

Hasil asuhan keperawatan: Setelah dilakukan intervensi baby massage selama 3 hari Frekuensi BAB pada kelima pasien menurun menjadi 2-3 kali dalam 24 jam, konsistensi berubah menjadi lembek dan Peristaltik usus menurun menjadi < 15 x/menit.

Rekomendasi: Baby massage direkomendasikan sebagai salah satu intervensi berdasarkan *evidence based* keperawatan yang bermanfaat untuk mengurangi frekuensi BAB pada pasien diare

Kata Kunci : Anak, Diare, *Massage*

¹Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong

²Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

Profesional Nurse Education Program
Faculty of Health Sciences
Universitas Muhammadiyah Gombong
KIAN, Juli 2025
Ardianto¹, Nurlaila²
email : ardianto@gmail.com

ABSTRACT
**NURSING CARE FOR CHILDREN WITH DIARRHEA AND NURSING
PROBLEMS RELATED TO DIARRHEAL ELIMINATION DISTURBANCES
THROUGH THE APPLICATION OF BABY MASSAGE AT RSU AGISHNA
MEDIKA KROYA**

Background: Diarrheal diseases remain a leading cause of death worldwide. The onset of diarrhea can occur due to a variety of factors, both direct and indirect. These causes include pathogens, hosts, lifestyle patterns, and environmental conditions. A complementary management approach applied to reduce the frequency of bowel movements is baby massage.

General Objective: To present nursing care for children with diarrhea, focusing on the nursing problem of fecal elimination disturbances through the application of baby massage.

Method: This study employs a case study design. The respondents are five children with diarrhea at RSU Agishna Medika Kroya. The baby massage intervention is conducted twice daily, in the morning and afternoon, over a period of three days.

Results of Nursing Care: After the baby massage intervention over three days, the frequency of bowel movements in all five patients decreased to 2-3 times within 24 hours, stool consistency changed to soft, and intestinal peristalsis decreased to less than 15 times per minute.

Recommendation: Baby massage is recommended as an evidence-based nursing intervention that is beneficial in reducing the frequency of bowel movements in patients with diarrhea.

Keywords : Children, Diarrhea, Massage

¹Students of Universitas Muhammadiyah Gombong

²Lecturer of Universitas Muhammadiyah Gombong

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Segala puji kami ucapkan kepada-Nya karena telah memberikan segala kesempatan, kemampuan, kekuatan dan kelancaran serta petunjuk dalam setiap usaha yang saya lakukan, sehingga saya mampu menyelesaikan kasus Karya Ilmiah Ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Eliminasi Diare Melalui Penerapan Tindakan Baby Massage di RSUD Agishna Medika Kroya”. Untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr Herniyatun M. Kep, Sp. Mat, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong.
2. Wuri Utami, M. Kep, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong serta selaku penguji dua yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan.
3. Nurlaila, M. Kep, selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.

Saya penyusun menyadari bahwa laporan kasus karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu saya mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca. Semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Amin

Cilacap, 10 Agustus 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penulisan.....	3
D. Manfaat Penulisan	4
BAB II TINJAUAN LITERATURE	5
A. Tinjauan Pustaka	5
1. Konsep diare	5
2. Pijat Bayi diare.....	15
B. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Eliminasi Fekal	19
1. Pengkajian	19
2. Masalah Keperawatan.....	20
C. Kerangka Konsep.....	24
BAB III METODE PENGAMBILAN KASUS.....	25
A. Desain Karya Tulis	25
B. Pengambilan Subjek.....	25
C. Lokasi dan Waktu Pengambilan Kasus	25
D. Definisi Operasional	26
E. Instrumen	27

F. Metode Pengumpulan Data	28
G. Analisa Data dan Penyajian Data	29
H. Etika Studi Kasus	30
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	32
A. Hasil	32
B. Pembahasan	67
C. Keterbatasan Studi Kasus	74
BAB V PENUTUP	75
A. Kesimpulan	75
B. Saran	76
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



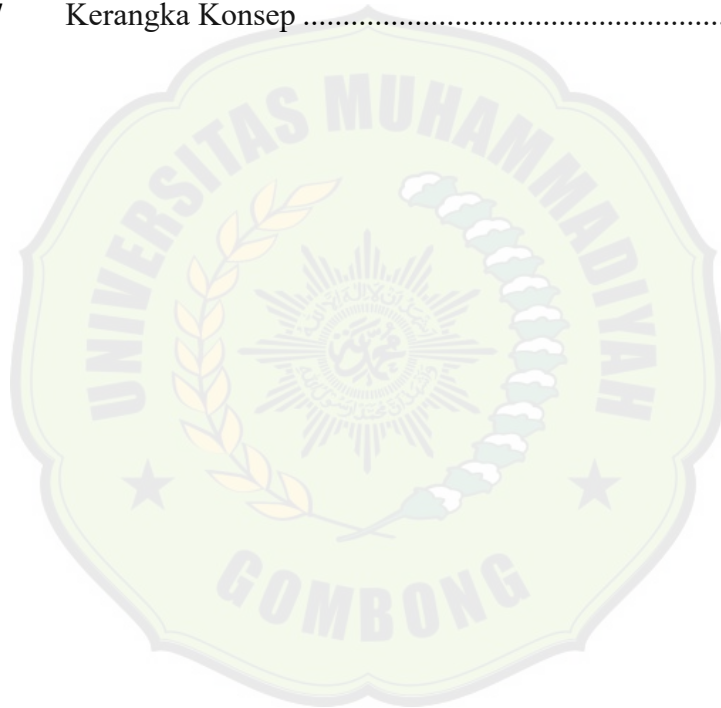
DAFTAR TABEL

Tabel 1	Tanda dan Gejala Diare yang Tampak	8
Tabel 2	Definisi Operasional.....	26
Tabel 3	Frekuensi Karakteristik Orang Tua pada Balita dengan Diare.....	40
Tabel 4	Hasil Penerapan <i>Baby massage</i>	41



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Pathway.....	14
Gambar 2	Pijatan di Perut.....	17
Gambar 3	Pijatan ‘I Love U’ di Perut	17
Gambar 4	Pijatan di Dada	18
Gambar 5	Pijatan di Punggung.....	18
Gambar 6	Relaksasi Sentuhan.....	19
Gambar 7	Kerangka Konsep	24



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran-1 Uji Plagiarisme
- Lampiran-2 Lembar Bimbingan
- Lampiran-3 Permohonan Menjadi Pasien Kelolaan
- Lampiran-4 Persetujuan Menjadi Pasien Kelolaan
- Lampiran-5 Lembar Observasi
- Lampiran-6 SOP *Baby Massage*



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan tinja lunak dan buang air besar tidak wajar dan terjadi lebih dari tiga kali sehari. Penularan diare dapat melalui media makanan dan air yang telah terkontaminasi oleh buruknya kebersihan lingkungan (Dhenesti & Susilaningsih, 2023). Penyakit diare tidak hanya dialami oleh anak-anak saja namun kejadian diare juga dapat terjadi orang dewasa walaupun angka kejadian diare paling banyak terjadi pada bayi dan balita (Shodikin, 2019).

Penyakit diare sampai saat ini masih merupakan penyebab kematian utama di dunia (Kosasih dkk., 2018). Menurut *World Health Organization* (WHO, 2023), penyebab mortalitas terbanyak kedua pada balita tahun 2019 adalah diare yaitu sebanyak 370.000 anak. Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 (Kemenkes RI, 2019) menyebutkan bahwa kejadian diare pada balita tahun 2013 sebesar 18,5% dan kejadian diare di tahun 2018 mengalami penurunan yaitu sebesar 12,3%. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (Dinkes Prop. Jateng, 2024), jumlah kasus diare tahun 2018 mencapai 62,7% kemudian pada tahun 2019 mengalami penurunan sebesar 46,3%. Diare dapat disebabkan oleh faktor langsung maupun tidak langsung. Penyakit diare ini dapat disebabkan oleh faktor patogen, inang, perilaku, bahkan lingkungan. Misalnya saja jika dilihat dari faktor penyebab terjadinya, penyakit diare dapat disebabkan oleh bayi yang tidak mendapat ASI lengkap selama 2 tahun, gizi buruk pada bayi dan anak kecil, campak pada bayi dan anak kecil, serta imunodefisiensi. Faktor lain yang dapat menyebabkan berkembangnya penyakit diare antara lain, kebersihan diri yang buruk dan kurangnya toilet yang layak di rumah (Khairunnisa dkk., 2020).

Diare menimbulkan masalah serius dan dapat berujung pada kematian akibat dehidrasi akibat kehilangan cairan dan elektrolit. Perawatan yang umum diberikan di puskesmas antara lain pemberian cairan intravena dan terapi obat dengan tablet zinc dan antibiotik (Faishara et al., 2023). Sedangkan *baby*

massage merupakan pengobatan non-obat yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi buang air besar pada anak kecil yang menderita diare (Simanungkalit & Siska, 2019).

Baby massage merupakan terapi sentuhan yang digunakan untuk mengatasi masalah diare dan mengurangi frekuensi buang air besar, karena pijat bayi dapat memperbaiki saraf dan meningkatkan proses menyusui (Faishara dkk., 2023). *Baby massage* memperbaiki saraf dan meningkatkan proses makan. Melancarkan peredaran darah juga melancarkan aliran darah ke organ pencernaan, meningkatkan kapasitas penyerapan usus dan mengembalikan frekuensi buang air besar menjadi normal. (Hanafiani & Irianti, 2021).

Riset yang dilakukan oleh Simanungkalit & Siska (2019) menyatakan bahwa terdapat perbedaan rata-rata frekuensi diare pada balita antara kelompok intervensi yang diberikan *baby massage* dengan kelompok kontrol tidak diberikan *baby massage*. Rata-rata penurunan frekuensi buang air besar pada kelompok intervensi adalah 2,00 dan pada kelompok kontrol memiliki rata-rata penurunan frekuensi BAB sebesar 4,42. Riset lain yang dilakukan oleh Faishara dkk. (2023) menyatakan bahwa intensitas diare balita sesudah dilakukan *baby massage* yang mengalami intensitas diare sering sebanyak 2 balita (16,7%), intensitas diare jarang sebanyak 6 balita (50,0%) dan intensitas diare normal terjadi pada 4 balita (33,3%) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan *baby massage* terhadap intensitas diare pada balita di wilayah Puskesmas Mijen, Semarang ($p = 0,001$).

Rumah Sakit Umum Agishna Kroya telah memiliki ruang perawatan anak yang memberikan perawatan pada anak sakit termasuk pasien dengan diare dan sampai saat ini belum ada layanan *baby massage* untuk mengurangi frekuensi BAB pada anak dengan diare. Sehingga merujuk hal di atas maka penulis tertarik mengangkat judul Asuhan Keperawatan pada Anak Diare dengan Masalah Keperawatan Gangguan Eliminasi Fekal Melalui Penerapan Tindakan *Baby Massage* di RSUD Agishna Medika Kroya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan pada anak diare dengan masalah keperawatan gangguan eliminasi fekal melalui penerapan tindakan *baby massage* di RSUD Agishna Medika Kroya?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Akhir Ners ini adalah memaparkan asuhan keperawatan pada anak diare dengan masalah keperawatan gangguan eliminasi fekal melalui penerapan tindakan *baby massage* di RSUD Agishna Medika Kroya

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis hasil pengkajian pada anak dengan penyakit diare untuk menurunkan gangguan eliminasi fekal di RSUD Agishna Medika Kroya
- b. Menganalisis diagnosa keperawatan yang muncul pada anak dengan diare untuk menurunkan gangguan eliminasi fekal di RSUD Agishna Medika Kroya.
- c. Menganalisis intervensi keperawatan anak dengan diare untuk menurunkan gangguan eliminasi fekal di RSUD Agishna Medika Kroya.
- d. Menganalisis implementasi keperawatan anak dengan diare untuk menurunkan gangguan eliminasi fekal di RSUD Agishna Medika Kroya.
- e. Menganalisis evaluasi anak dengan diare untuk menurunkan gangguan eliminasi fekal di RSUD Agishna Medika Kroya.
- f. Menganalisis frekuensi BAB sebelum dan sesudah penerapan *baby massage* pada anak dengan diare di RSUD Agishna Medika Kroya.
- g. Menganalisis konsistensi feses sebelum dan sesudah penerapan *baby massage* pada anak dengan diare di RSUD Agishna Medika Kroya.
- h. Menganalisis peristaltik usus sebelum dan sesudah penerapan *baby massage* pada anak dengan diare di RSUD Agishna Medika Kroya.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi

Penelitian ini dapat sebagai bahan kajian untuk institusi pendidikan yang nantinya dapat bermanfaat sebagai referensi tambahan untuk perbandingan antara teori dan praktik.

2. Bagi penulis

Penelitian ini dapat menambah wawasan khususnya tentang pemberian *baby massage* pada anak diare dan dapat menerapkan implementasi keperawatan terkait hal tersebut.

3. Bagi Keluarga Pasien

Untuk menambah pengetahuan keluarga pasien pemberian *baby massage* pada anak diare dan dapat menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari.

4. Bagi RSUD Aghisna Medika Kroya

Diharapkan KIA-N ini dapat digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan bahan pembelajaran di bidang keperawatan serta dapat sebagai acuan pengembangan pengetahuan khususnya tentang pemberian pelayanan kesehatan anak dengan diarebagi seluruh tenaga kesehatan di RSUD Agishna Medika Kroya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aja, N., Patilaya, H. La, & Merdekawati, D. (2021). Gambaran tingkat pengetahuan ibu terhadap perilaku pencegahan diare pada balita di wilayah kerja puskesmas kalumpang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 97–108.
- Andriyani, A., & Agustina, L. (2024). Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Konstipasi Pada Bayi Usia 6-12 Bulan. *Jurnal MID-Z (Midwifery Zigot) Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 5(1), 49–54. <https://doi.org/10.56013/JURNALMIDZ.V7>
- Ardyani, D. (2018). Studi Deskriptif Hemodinamika pada Pasien Diare Anak Dengan Dehidrasi di RSI Muhammadiyah Kendal. *Naskah Publikasi: Universitas Muhammadiyah Semarang*. <http://repository.unimus.ac.id/1769/>
- Damayanti, L. I. (2024). Pengaruh Pijat Diare Terhadap Frekuensi Buang Air Besar (BAB) Balita Usia 1-59 Bulan Dengan Diare di RS Sari Asih Ciledug. *Universitas Islam Sultan Agung Semarang*. https://repository.unissula.ac.id/36948/1/IlmuKeperawatan_30902300086_fullpdf.pdf
- Depkes RI. (2011). *Buku Saku Lintas Diare (Lima Langkah Tuntaskan Diare)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Dewi, V. N. L. (2019). *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dhenesti, S. E., & Susilaningsih, E. Z. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare : Gangguan Pola Tidur Dengan Intervensi Baby Massage. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 1–7.
- Dinkes Prop. Jateng. (2024). *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2023*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Eunike, D., & Nataprawira, S. M. D. (2021). Hubungan pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian diare pada bayi usia 0-12 bulan di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar Jawa Tengah. *Tarumanagara Medical Journal*, 3(2), 282–290. <https://doi.org/10.24912/tmj.v4i1.13719>
- Faishara, H., Vallen, N., Puspita, I., & Oktiningrum, M. (2023). Hubungan Antara Pijat Diare Dengan Intensitas Diare pada Balita di Wilayah Puskesmas Mijen Semarang. *Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2), 226–232.
- Hanafiani, A., & Irianti, B. (2021). Asuhan Kebidanan Pada Bayi Diare dengan Terapi

- Pijat Diare di PMB Hasna Dewi Kota Pekanbaru Tahun 2021. *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal)*, 1(2), 87–93.
<https://doi.org/10.25311/jkt/vol1.iss2.556>
- Hapsari, M. D., Hartini, S., & Solechan, A. (2017). Efektifitas Pijat Bayi Terhadap Frekuensi Buang Air Besar (BAB) Pada Anak Usia 6-24 Bulan Dengan Diare Di SMC RS Telogorejo. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 3, 27–33. <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/jikk/article/viewFile/548/547>
- Hidayat, A. A. A. (2017). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Irianti, B., Israyati, N., Hang, U., & Pekanbaru, T. (2024). Efektifitas Pijat Bayi Dalam Mengurangi Frekuensi Diare Pada Bayi Usia 6 – 24 Bulan. *Indonesian Health Scientific Journal*, 9(1), 253–257.
- Irwan, I., Katili, D. I., Una, M., Ladimo, M. P., & Hantulu, D. P. (2023). Risk of Diarrhea in Infants on Breastfeeding Exclusive and Non-Exclusive Breastfeeding. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIKA)*, 5(1), 9–17.
<https://doi.org/10.36590/jika.v5i1.504>
- Kemendes RI. (2015). *Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes RI. (2019). *Riset Kesehatan Dasar 2018*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2021). *Kurikulum Modul TOT Peningkatan Kapasitas Bidan Dalam Pelayanan Pijat Baduta Untuk Tumbuh Kembang Anak di FKTP*. Jakarta: Direktorat Pelayanan Kesehatan Tradisional dan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Khairunnisa, D. F., Zahra, I. A., Ramadhania, B., & Amalia, R. (2020). Faktor Risiko Diare Pada Bayi dan Balita Di Indonesia: a Systematic Review. *Jurnal Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat*, 11(1), 172–189.
<https://conference.upnvj.ac.id/index.php/semnashmkm2020/article/view/1060>
- Khairunnisa, S. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Diare di Ruang Baituizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Universitas Islam Sultan Agung Semarang*.
- Kluwer, W. (2017). Guidelines To Writing A Clinical Case Report. *Heart Views : The Official Journal of the Gulf Heart Association*, 18(3), 104–105.

- <https://doi.org/10.4103/1995-705X.217857>
- Kosasih, C., Sulastri, A., Suparto, T. A., & Sumartini, S. (2018). Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Diare pada Anak Usia Balita di Kelurahan Padasuka. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 1(2), 86. <https://doi.org/10.17509/jpki.v1i2.9746>
- Maryunani, A. (2016). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- McClure, V. (2017). *Infant Massage: A Handbook For Loving Parents*. London: Souvenir Press
- Multazmi, F., Simanjuntak, B. Y., & Jumiyati, J. (2022). Hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian diare pada bayi 0–6 bulan di Provinsi Bengkulu (Analisis data SDKI 2017). *Ilmu Gizi Indonesia*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.35842/ilgi.v6i1.270>
- Najah, H. (2020). Asuhan Keperawatan pada Klien Anak Dengan Diare Yang Dirawat di Rumah Sakit. *Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda*.
- Ngastiyah. (2018). *Perawatan Anak Sakit Edisi 2*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Rashid, D. (2022). Ethics in Nursing Research Principle of Justice. *Journal of Nursing & Care*, 11, 10–11. <https://doi.org/10.37421/2167-1168.2022.11.520>
- Satrianjaya, I. D. M., Nesa, N. N. M., & Mahalini, D. S. (2019). Karakteristik Diare pada Anak di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2017. *Intisari Sains Medis*, 10(2), 159–167. <https://doi.org/10.15562/ism.v10i2.194>
- Setiyaningsih, S., Hernayanti, M. R., & Wahyuning, H. P. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diare pada Anak Usia 6 -24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Sewon 1 Kabupaten Bantul. *Naskah Publikasi: Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2224/>
- Shodikin, A. M. (2019). Gambaran Kejadian Diare pada Anak Usia 0-24 Bulan dengan Makanan Pendamping ASI (Mipasi) Dini dan Tanpa Makanan Pendamping ASI (Mipasi). *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Simanungkalit, H. M., & Siska, S. (2019). Baby Massage terhadap Frekuensi Buang Air Besar pada Balita dengan Diare. *Jurnal Berkala Kesehatan*, 5(2), 53. <https://doi.org/10.20527/jbk.v5i2.7025>
- Simatupang, E. J., Novfrida, Y., Djami, M. E., Pusmaika, R., Sumiyati, I., Enjelia, D., Romladhoni, A., & Kusumawati, I. (2022). Hubungan ASI Eksklusif Dengan

- Kejadian Diare Pada Batita di Kabupaten Tangerang. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 1730–1737. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i2.4602>
- Sodikin. (2016). *Asuhan Keperawatan Anak: Gangguan dengan Diare dan Hepatobilier*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suharyono. (2018). *Diare Akut Klinik dan Laboratorik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Suraatmaja, S. (2007). *Kapita Selekta Gastroenterologi*. Jakarta: Sagung Seto.
- Syafira, N. (2021). Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Eliminasi Fekal pada Keluarga Bp. I Khususnya An. R (Anak Usia Sekolah) Dengan Diare di Desa Talang Padang Tanggamus Lampung Tahun 2021. *Poltekkes Tanjungkarang*. [https://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/235/#:~:text=Eliminasi fekal \(defekasi\) adalah pengeluaran,kebutuhan eliminasi fekal yaitu diare.](https://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/235/#:~:text=Eliminasi%20fekal%20(defekasi)%20adalah%20pengeluaran,kebutuhan%20eliminasi%20fekal%20yaitu%20diare.)
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Definisi dan Indikator Diagnostik)* (Ed.1 Cet.I). Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tjakrapawira, A. (2021). *Pendahuluan Pemeriksaan Feses*. <https://www.alomedika.com/tindakan-medis/gastroentero-hepatologi/pemeriksaan-feses>
- Utami, K. Y., Armerinayanti, N. W., & Lely, A. A. O. (2023). Gambaran Kejadian Diare pada Balita di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Denpasar. *Aesculapius Medical Journal*, 3(3), 309–315. <https://www.ejournal.warmadewa.ac.id/index.php/amj/article/view/5503/4954>
- WHO. (2023). *Diarrhoea*. https://www.who.int/health-topics/diarrhoea#tab=tab_1

LAMPIRAN



Lampiran 1

Uji Plagiarisme



SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sawiji, M.Sc
NIK : 96009
Jabatan : Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:


Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Eliminasi Diare Melalui Penerapan Tindakan Baby Massage di RSU Aghisna Medika Kroya
Nama : Ardianto
NIM : 202303120
Program Studi : Profesi NERS
Hasil Cek : 20%

Gombong, 25 Juli 2025

Pustakawan


(...Desy Setijawati...)

Mengetahui,
Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT


(Sawiji, M.Sc)

Lampiran-3
Lembar Bimbingan



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp. Fax. (0287) 472433, Gombong 54412

Nama Mahasiswa : Ardianto
NIM : 2202303120
Pembimbing : Ns. Nurlaila, M. Kep

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
25 April 2024	Pengajuan Judul	
9 Juni 2024	Konsul BAB I	
26 Juni 2024	Revisi BAB I Konsul BAB II dan BAB III	
30 Juni 2024	Revisi BAB II dan BAB III	
20 April 2025	Konsul BAB IV dan BAB V	
20 Mei 2025	Revisi BAB IV dan BAB V	
05 Agustus 2025	Revisi KIA Ners	
10 Agustus 2025	ACC KIA Ners	

Mengetahui,
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners
Program Profesi,



(Wuri Utami, M.Kep)

Lampiran-2

PERMOHONAN MENJADI PASIEN KELOLAAN

Dalam rangka menyelesaikan Karya Ilmiah sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Gombong maka yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ARDIANTO
NIM : 202303120
Alamat :
No. HP :
Judul KIAN : Asuhan Keperawatan pada Anak Diare dengan Masalah Keperawatan Gangguan Eleminasi Diare Melalui Penerapan Tindakan *Baby Massage* di RSUD Agishna Medika Kroya

Bermaksud akan melakukan kegiatan penelitian sebagai rangkaian studi saya Program Profesi Ners di Universitas Gombong. Penulisan karya ilmiah bertujuan untuk mengetahui pengaruh tindakan *baby massage* terhadap konsistensi feses, frekuensi BAB dan peristaltik usus.

Peneliti mohon kesediaan bapak/ibu untuk memberikan ijin kepada penulis agar anak yang mengalami diare menjadi pasien kelolaan. Tindakan ini semata-mata hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan saja tanpa maksud lain dan akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian penjelasan saya sampaikan, atas bantuan, dukungan dan kesediaan Bapak/Ibu, peneliti ucapkan terima kasih.

Penulis,

ARDIANTO
NIM. 202303120

Lampiran-3

PERSETUJUAN MENJADI PASIEN KELOLAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan mengizinkan anaknya menjadi pasien kelolaan pada penulisan Karya Tulis Ilmiah yang dilakukan oleh:

Nama : Ardianto

NIM : 202303120

Untuk mengisi daftar pertanyaan penelitian yang diajukan oleh mahasiswa Program Studi Profesi Ners Universitas Gombong tanpa prasangka dan paksaan. Jawaban yang diberikan hanya semata-mata untuk keperluan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan kami buat.

Cilacap, 2024
Partisipan

.....

Lampiran-4 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

No. Resp. :

Nama / Inisial :

Jenis Kelamin :

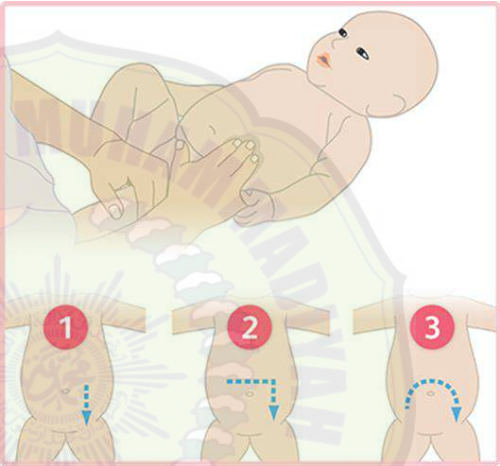

Umur : tahun



No	Pengkajian	Hasil Observasi	
		Sebelum <i>Baby Massage</i> (<i>Pretest</i>)	Sesudah <i>Baby Massage</i> (<i>posttest</i>)
1	Konsistensi feses		
2	Frekuensi BAB		
2	Peristaltik usus		

Lampiran-5 SOP *Baby Massage*

STANDAR OPERASI PROSEDUR (SOP)
BABY MASSAGE

	SOP <i>BABY MASSAGE</i>
Pengertian	<i>Baby massage</i> adalah terapi sentuh yang digunakan untuk mengatasi masalah diare dan menurunkan frekuensi buang air besar
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan. 2. Menurunkan frekuensi buang air besar (BAB). 3. Konsistensi Feses menjadi lebih padat. 4. Menurunakn peristaltik usus
Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan kondisi lingkungan yang nyaman untuk melakukan pemijatan 2. Mencuci tangan 3. Mengkaji kondisi klien 4. Menyiapkan alat <ol style="list-style-type: none"> a. Stetoskop dan tensimeter b. Minyak Bayi/Lotion. c. Handuk. d. Alas kain yang lembut dan bersih e. Buku catatan f. Lembar observasi g. Alat tulis
Pelaksanaan	
a. Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan prosedur dan lama tindakan pada klien dan keluarga 4. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan 5. Memberikan kesempatan pada klien atau keluarga untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai
b. Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca basmalah 2. Dilaksanakan setelah klien menandatangani lembar persetujuan sebagai responden 3. Menyiapkan klien <ul style="list-style-type: none"> • Mengatur posisi senyaman mungkin • Perawat berdiri disebelah kanan klien

<p>b. Tahap Kerja</p>	<p>5. Menilai konsistensi feses, frekuensi BAB dan menghitung bising usus (<i>pre test</i>)</p> <p>6. Dokumentasikan pada lembar observasi.</p> <p>7. Setelah pengukuran <i>pre test</i> segera melakukan intervensi baby massage.</p> <p>a. Pijatan di perut</p> <p>Lakukan satu usapan ke arah bawah pada sisi kiri perut bayi dengan menggunakan tangan kanan. Lakukan usapan 'L' secara terbalik dari samping, mulai dari sisi kanan ke arah sisi kiri bayi. Lakukan usapan 'U' terbalik, mulai dari sisi kanan bawah bayi hingga ke atas, lalu berbelok menurun ke bawah sisi kiri perut bayi.</p>  <p>b. Pijatan di dada</p> <p>Usapkan tangan ke bawah, lakukan gerakan memutar, lalu kembali lagi ke tengah.</p>  <p>c. Pijatan di Punggung</p> <p>Posisikan klien telungkup, mulailah memijat bagian atas punggungnya, dekat tulang belakangnya, dengan kedua tangan. Usapkan kedua tangan silih berganti ke arah berlawanan, turun menuju ke bagian bawah punggung hingga pantat, lalu naik ke bahu, lalu ke bawah lagi. Lalu, usapkan tangan mulai dari leher hingga ke kaki.</p>
-----------------------	---

	 <p>d. Relaksasi Sentuhan</p> <p>Usapkan tangan dengan lembut di sekujur tangan dan kaki klien agar rileks. Berbicaralah dengan lembut, dan ulangi kata “tenanglah.” Saat klien merespon, berikan respon positif padanya, yakni pujian dan senyuman.</p>  <ol style="list-style-type: none"> 8. Baby massage dilakukan 2 kali dalam sehari yaitu pagi dan sore selama 3 hari. 9. Setelah intervensi lakukan penilaian konsistensi feses, frekuensi BAB dan menghitung bising usus (<i>posttest</i>).
Tahap terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merapikan klien dan membereskan alat-alat 2. Berikan dukungan kepada klien dan keluarga dan dokumentasikan jawaban responden. 3. Mencuci tangan
Evaluasi	<p>Evaluasi keperawatan yang sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor respon klien terhadap pengukuran
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat waktu dan tanggal prosedur 2. Mencatat hasil pengukuran

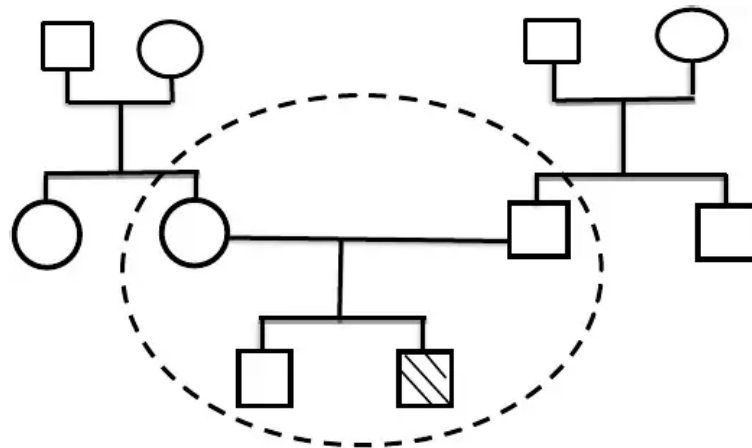
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. SA DENGAN DIARE DAN
PEMBERIAN BABY MASSAGE DI RSU AGHISNA MEDIKA CILACAP**

I. PENGKAJIAN





A. Identitas

Nama : An. SA
 Tempat/Tgl Lahir : Cilacap. 3 Mei 2023 (1 tahun 2 bulan 10 hari)
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Nama orang Ibu : Ny. S
 Umur : 29 tahun
 Alamat : Jl. Kerinci RT.02/02 Desa Mujur Kroya
 Pekerjaan : Karyawan
 Pendidikan : SMA
 Agama : Islam
 Kewarganegaraan : Indonesia
 Nama Ayah : Tn. H
 Umur : 30 tahun
 Alamat : Jl. Kerinci RT.02/02 Desa Mujur Kroya
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Karyawan
 Agama : Islam
 Kewarganegaraan : Indonesia
 Tanggal pengkajian : Selasa, 29 Oktober 2024
 Tanggal masuk RS : Selasa, 29 Oktober 2024

Genogram



Keterangan :

- laki-laki : 
- Perempuan : 
- Tinggal serumah : 
- Pasien : 

B. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan klien BAB dengan konsistensi cair >8 x/hari.

C. Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu klien mengatakan klien mengalami panas tinggi tiba-tiba muntah dan diare, kemudian klien di bawa ke bidan tanggal 27 Oktober 2024 dan diberi obat Paracetamol. Setelah itu keluarga klien mengatakan klien di bawa pulang ke rumah namun sampai pada hari selasa belum ada perbaikan dan pasien BAB > 10 x/hari kemudian oleh keluarga di bawa ke Puskesmas Kroya I pada tanggal 29 Oktober 2024 jam 08.30 WIB lalu dokter menyarankan agar langsung dirujuk ke RSUD Aghisna Medika Cilacap karena pasien sudah dehidrasi pada tanggal 29 Oktober 2024 jam 09.00 WIB. Setelah penanganan di IGD klien dipindahkan ke Ruang rawat inap.

D. Riwayat Penyakit Dahulu

1. Penyakit yang pernah diderita

Ibu klien mengatakan klien pernah didiagnosis hiperbilirubin saat lahir

2. Pengalaman di rawat dirumah sakit

Ibu klien mengatakan An. SA pernah sekali dirawat di rumah sakit saat baru pertama lahir

3. Riwayat operasi/pembedahan

Ibu klien mengatakan An. SA tidak ada riwayat operasi atau pembedahan

4. Riwayat kehamilan/persalinan ibu yang berhubungan dengan kondisi saat ini

: Ibu klien mengatakan, dari kedua anaknya semua lahir dengan normal dan ibu klien mengatakan An. SA tidak diberikan ASI secara eksklusif.

5. Riwayat alergi

Ibu pasien mengatakan An. SA tidak memiliki alergi makanan ataupun obat.

E. Riwayat Penyakit Keluarga

Ibu pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat hiperbilirubin ataupun penyakit kronis lainnya.

F. Pengukuran Antropometri

1. Berat badan sebelum sakit: 9 kg
2. Berat badan sesudah sakit: 8,6 kg
3. Tinggi/Panjang Badan : 69,7 cm
4. Lingkar Kepala : 46,2 cm
5. Lingkar Dada : -
6. Lingkar Lengan Atas : -

G. Vital Sign

Diukur pada tanggal 29 Oktober 2024

1. Suhu : 37,9°C
2. Frekuensi Nadi : 132 x/menit
3. Frekuensi Pernafasan : 29 x/menit

H. Riwayat Perkembangan

Ibu klien mengatakan, klien tidak memiliki gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan	Ya	Tidak
1	Letakkan pensil di telapak tangan bayi. Coba ambil pensil tersebut dengan perlahan-lahan. Apakah anda sulit mendapatkan pensil itu kembali?	Gerak Halus √	-
2	Taruh kacang di atas meja. Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai?	Gerak Halus √	-
3	Tanpa bantuan, apakah anak dapat mempertemukandua kubus kecil yang ia pegang?	Gerak Halus √	-
4	Sebut 2-3 kata yang dapat ditiru oleh anak (tidak perlu kata-kata yang lengkap). Apakah ia mencoba meniru menyebutkan kata-kata tadi ?	Bahasa dan Bicara √	-

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan	Ya	Tidak
5	Jika anda bersembunyi di belakang sesuatu/di pojok, kemudian muncul dan menghilang secara berulang-ulang di hadapan anak, apakah ia mencari anda atau mengharapkan anda muncul kembali?	√	-
6	Apakah anak dapat mengangkat badannya ke posisi berdiri tanpa bantuan anda?	√	-
7	Apakah anak dapat membedakan anda dengan orang yang belum ia kenal? Ia akan menunjukkan sikap malu-malu atau ragu-ragu pada saat permulaan bertemu dengan orang yang belum dikenalnya	√	-
8	Apakah anak dapat duduk sendiri tanpa bantuan?	√	-
9	Apakah anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya: "ma-ma", "da-da" atau "pa-pa". Jawab YA bila ia mengeluarkan salah satu suara tadi.	√	-
10	Apakah anak dapat berdiri selama 30 detik atau lebih dengan berpegangan pada kursi/meja?	√	-
TOTAL		10	0

I. Identitas Kebutuhan Dasar dan Pemeriksaan Fisik

1. Kepala: Normosefali, rambut hitam, terdistribusi merata, tidak mudah dicabut, UUB cekung (-)
2. Mata: Pupil bulat, isokor (+/+), reflex sensorik kornea (+/+), reflex cahaya langsung (+/+), reflex cahaya tidak langsung (+/+), konjungtiva anemis (-/-), sclera ikterik (-/-)
3. Kebutuhan oksigenasi
 - a. Hidung : Bentuk normotia, sekret (+/+), nafas cuping hidung (-/-)
 - b. Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pengembangan dada normal
 - c. Paru-paru:
 - Inspeksi : Hemithorax dextra sinistra simetris saat statis maupun dinamis, retraksi suprasternal, intercostal dan epigastric (-)
 - Palpasi : Tidak dilakukan.
 - Perkusi : Tidak dilakukan
 - Auskultasi : Suara napas vesikuler (+/+), ronkhi (-/-), wheezing (-/-)

d. Jantung :

- Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi iktus kordis
- Palpasi : Iktus kordis teraba di ICS V 1 – 2 cm medial linea mid clavicularissinistra
- Perkusi : Tidak dilakukan
- Auskultasi : Bunyi jantung I dan II reguler, murmur (-), gallop (-)

4. Kebutuhan nutrisi dan cairan

- a. Mulut: membrane mukosa kering, gusi pink, tidak ada masalah dalam proses mengunyah atau menelan.
- b. Abdomen:
- Inspeksi : Dinding abdomen datar
- Auskultasi : Bising usus (+) ± 34 x/m
- Perkusi : Timpani (+), seluruh lapang abdomen.
- Palpasi : Supel, nyeri tekan (+), Hepar dan Lien tidak teraba, turgor kulit kembali agak lambar.
- c. Pola Nutrisi dan Cairan

Tabel 1 Pola Nutrsi dan Cairan Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola nutrisi dan cairan		Sehat	Sakit
Jam makan	Pagi	07.00 WIB	07.00 WIB
	Siang	12.00 WIB	13.00 WIB
	Malam	18.30 WIB	17.00 WIB
Porsi makan		3 kali sehari terkadang lebih	2-3 kali sehari dalam porsi yang sedikit dan makanan tidak dihabiskan
Jenis makanan pokok		Susu	Susu
Jenis makanan selingan		Susu	Susu dan Bubur tim
Makanan kesukaan		-	-
Makanan yang tidak disukai		Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan untuk makan dan minum		-	-

d. Kebutuhan eliminasi

Tabel 2 Pola BAB Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air besar (BAB)	Sehat	Sakit
Frekuensi	1 kali sehari	> 8 kali/hari
Konsistensi	Lunak	Cair Kuning pucat disertai ampas
Warna	Kekuningan	

Pola buang air besar (BAB)	Sehat	Sakit
Keluhan saat BAB	Tidak ada	Lemas
Istilah yang digunakan anak untuk BAB	-	-

Tabel 3 Pola BAK Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air kecil (BAK)	Sehat	Sakit
Frekuensi	3-4 kali sehari	1-2 kali sehari
Warna	Jernih	Kuning jernih
Volume	288 ml	144 ml
Keluhan saat BAK	Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan anak untuk BAK	-	-

6. Kebutuhan aktivitas dan istirahat

Tabel 4 Pola Aktivitas Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola Aktivitas		Sehat	Sakit
Bermain		Aktif bermain dengan keluarga	Tidak aktif bermain hanya menangis
Tempramen anak		Tidak ada	Wajah lemas
Jam Tidur-Bangun	Malam	11 Jam	8 Jam
	Siang	3 jam	2 jam
Ritual sebelum tidur		Pemberian ASI	Pemberian ASI
Enuresis		Ada	Ada
Gangguan tidur		Tidak ada	Sering terbangun karena kaget dengan lingkungan sekitar

7. Kebutuhan Interaksi Sosial

- a. Anak - Orang tua : belum dapat berkomunikasi
- b. Anak - Teman : belum dapat berkomunikasi
- c. Anak-Keluarga : belum dapat berkomunikasi
- d. Anak-Orang lain : belum dapat berkomunikasi

8. Kebutuhan Personal Higiene

Saat sehat klien dimandikan oleh ibunya 3 kali dalam sehari (Pagi, siang, dan sore) di kamar mandi, saat sakit klien hanya dilap di tempat tidur oleh ibunya, berpakaian dibantu ibunya, kondisi kuku: pendek bersih.

9. Organ sensoris

a. Mata

- 1) Penempatan dan kesejajaran : simetris
- 2) Warna sklera : normal berwarna putih
- 3) Warna iris : hitam
- 4) Konjungtiva : anemis
- 5) Ukuran pupil : simetris
- 6) Refleks pupil : rangsang terhadap cahaya baik
- 7) Refleks berkedip : berkedip saat ada sentuhan tangan dan cahaya (dalam batasnormal)
- 8) Gerakan kelopak mata : baik dalam batas normal

b. Telinga

- 1) Penempatan dan kesejajaran : sejajar
- 2) Higene telinga : kanan dan kiri bersih

c. Kulit

- 1) Warna kulit : putih bersih
- 2) Tekstur : halus
- 3) Kelembaban : lembab
- 4) Turgor : kering
- 5) Integritas kulit : utuh
- 6) Edema : tidak ada
- 7) Capillary refill : kurang dari 3 detik

5. Pengkajian Resiko Malnutrisi Nutrition Risk Score (NRS)

Tabel 5 Pengkajian Nutrition Risk Score (NRS)

NO	VARIABEL	SKOR	PENGERTIAN
1	Nafsu makan	0	Nafsu makan baik
		0	Intake berkurang, sisa makanan lebih dari ½ porsi
		0	Tidak ada nafsu makan lebih dari 24 jam
2	Kemampuan untuk makan	0	Tidak ada kesulitan makan
		1	Muntah

NO	VARIABEL	SKOR	PENGERTIAN
		1	Ada masalah makan, diare
		1	Butuh bantuan untuk makan dan atau diare 7-8 kali sehari
		1	Tidak dapat makan secara oral, diare >8 kali sehari
3	Faktor stress	0	Tidak ada
		0	Pembedahan ringan atau infeksi
		0	Penyakit kronik, bedah mayor, inflammatory bowel disease atau penyakit gastrointestinal
4	Persentil berat badan	0	BB/TB sesuai standar
			90-99% BB/TB
			80-89% BB/TB
			< 79% BB/TB
TOTAL		4	

Kategori risiko malnutrisi berdasarkan skor :

- a) 0-3: tidak ada risiko malnutrisi
- b) 4-5: berisiko sedang
- c) >7: risiko tinggi malnutris

Lembar Observasi Status Nausea Keller Index Of Nausea (KIN)

Perubahan Sikap dan Perilaku		Distress (Tekanan)		Perubahan Fisiologis	
Penurunan aktifitas	Ya	Gelisah	Ya	Peningkatan frekuensi Pernafasan	Ya
Meletakkan tangan di mulut	-	Menangis	Ya	Hilang nafsu atau selera Makan	-
Meletakkan tangan di atas perut	-	Ekspresi wajah mual	-	Muntah	Ya
Posisi mual	-	Sensitif	-	Muntah ringan	-
Menolak cairan lewat mulut				Keringat dingin	-
				Kulit terasa dingin saat disentuh	-
				Perubahan warna kulit atau kemerahan	-
	1			Air liur meningkat	-
				Sering menelan	-
				Ada gerakan lidah atau menekan atau membasahi bibir	-
TOTAL SKOR	1		2		2

Keterangan :

Jika indikator ditemukan pada anak, maka diberikan skor

1. Jika indikator tidak ditemukan saat pengamatan, maka diberikan skor 0.
2. Skor terendah adalah 0. Sedangkan skor tertinggi adalah 19.
3. Total skor yang tertinggi kemungkinan terbesar mengalami mual yang aktual (Keller & Keck, 2006)

J. Pemeriksaan Diagnostik

Laboratorium klinik:Tgl: 29 Oktober 2024

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Haemoglobin	11,5	gr/dL	11-15
Hematokrit	34,4	%	35-47
Leukosit	17.63	/ μ L	3.6-11.0
Trombosit	374	10^3 / μ L	150-450
Basofil	0,3	0-4	%
Eosinofil	0,1	1-4	%
Neutrofil	65,4	40-75	%
Limfosit	26,5	20-45	%
Monosit	6,2	2-5	%

K. Terapi

Dextrose 1/4 500 ml (infus) (25 cc/jam)

Injeksi ondansentron 3x1 mg

Injeksi ranitidine 2x1/4 amp

Injeksi metronidazole 3x80 mg

Zink (sirup) 1x10 mg-

Paracetamol Syrup 3x 3/4 Cth

Oralit (50 ml tiap BAB cair)

L. Balance Cairan

Tanggal	Monitoring Balance Cairan	
29-10-2024	Intake	
	Makanan	-
	Minuman	350 cc / 24 jam
	Obat:	
	Oral	110 cc
	IV	600 cc / 24 jam
	Output	
	BAB dan urine	1000 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntal	-
IWL	259	
Total	-199 cc/kg/BB/hari	
30-10-2024	Intake	
	Makanan	-
	Minuman	300 cc / 24 jam
	Obat:	
	Oral	110 cc
	IV	600 cc / 24 jam
	Output	
	BAB dan urine	800 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntal	-
IWL	259	
Total	-49 cc/kg/BB/hari	
31-10-2024	Intake	

Makanan	-
Minuman	400 cc / 24 jam
Obat:	
Oral	10 cc
IV	600 cc / 24 jam
Output	
BAB dan urine	600 cc / 24 jam
Drain	-
Muntal	-
IWL	259
Total	-115 cc/kg/BB/hari

M. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB 8 kali dalam 24 jam - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB cair dan berlendir - Ibu mengatakan terdapat ruam dan kemerahan pada sekitar perianal - Ibu mengatakan An. SA susah minum Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien BAB 8 kali dalam 24 jam - Konsistensi feses pada An. SA tampak cair dan berlendir - Bising usus = 34 x/mnt - N : 132 x/ menit - P: 29 x/ menit - S: 37,9°C 	Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam	Diare (D.0020)
2	Ds : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB 10x dalam 24 jam - Ibu pasien mangatan An. SA muntah 3x dalam 24 jam - Ibu pasien mengatakan An. SA lemah Do : <ul style="list-style-type: none"> - N: 132 x/menit - An. SA terlihat lemah - P : 29 x/menit - S: 37,9°C - Turgor kulit : <2 detik - membran mukosa kering - volume urine 5 cc - Hematokrit 34% 	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia (D.0023)
	Ds : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan An. SA terdapat ruam kemerahan dan lecet pada sekitaran perianal Do : <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat ruam kemerahan dan lecet di sekitar perianal. - An. SA terlihat gelisah dan rewel. 	Kelembaban karena seringnya BAB	Gangguan integritas kulit (D.0129)

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
	- Frekuensi nadi meningkat 132 x/menit		

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020)
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban (D.0129)

III. RENCANA KEPERAWATAN

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Diare Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam (D.0020)	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam Diharapkan : Eliminasi Fekal Membaik Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Konsistensi feses membaik b. Frekuensi defekasi membaik c. Peristaltik usus membaik 	<p>Manajemen diare (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab diare 2. Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja 3. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 4. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 5. Monitor jumlah pengeluaran diare <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral (larutan garam gula, oralit) 2. Berikan cairan intravena (ringer asetat, ringer laktat), jika perlu . 3. Berikan terapi baby massage. 4. Ambil sampel darah untuk pemberian darah lengkap dan elektrolit. 5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian obat antimotilitas 2. Pemberian obat anti spasmolitik/ soasmolitik. 3. Pemberian obat penguas feses (atapulgit).

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
2	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	<p>Status Cairan (L.03028)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Denyut nadi radial membaik Tekanan arteri rata-rata membaik Membran mukosa membaik Mata cekung membaik Turgor kulit membaik Volume urin membaik Hematokrit membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipovolemia Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Hitung kebutuhan cairan Berikan posisi modified trendelenburg Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCL, RL) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
3	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	<p>Integritas Kulit (L.14125)</p> <p>Tujuan: Setelah 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hidrasi meningkat Perfusi jaringan meningkat Kerusakan jaringan menurun Kemerahan menurun 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi:</p> <p>Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu Bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan menggunakan pelembab (lotion, serum) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

IV. IMPLEMENTASI

Hari / Tanggal : Selasa, 29 Oktober 2024

Implementasi : Hari Ke-1

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)		
11-07-2024 10.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. SA dengan cara menanyakan kepada ibu An. SA	1. Ibu An. SA mengatakan penyebab diare pada An. SA karena An. SA diberikan susu formula	29 Oktober 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB 8 kali dalam 24 jam - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB cair Objektif : - Pasien BAB masih 8 kali - Konsistensi feses pada An. SA tampak cair - Bising usus = 28 x/mnt - N : 125 x/ menit - P: 26 x/ menit - S: 37,5 ° C Analisa: Eliminasi fekal (sedang) Planning : Intervensi SIKI Manajamen diare dilanjutkan dan lanjutkan baby massage		
10.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. SA berwarna kuning kehijauan, frekuensi 5 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair			
10.10 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : > 2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,8 kg			
10.15 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. SA tampak ada kemerahan			
10.20 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. SA sudah aman ibu An. SA mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. SA			
10.25 WIB			6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih		6. An. SA sudah diberikan air putih oleh ibu An. SA	
10.30 WIB			7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena		7. An. SA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/	

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
				menit	
10.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. SA memberikan An. SA makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap		
10.40 WIB		9. Menganjurkan ibu pasien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. SA mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. SA		
10.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. SA di berikan obat L bio An. SA masih diare		
10.50 WIB		11. Memberikan obat pegas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink feses pada An. SA konsistensi masih cair		
10.55 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. SA terlihat tenang		
17.00 WIB		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 10.55 WIB, warna tinja An. SA berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi dalam bentuk cair		
17.05 WIB		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. SA terlihat tenang		
11.00 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. SA	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 120 x/ menit, turgor kulit menurun CRT > 2 detik, membran mukosa masih kering pada An. SA	29 Oktober 2024 Jam 18.10 WIB	
11.05 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. SA	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. SA mengatakan sudah aman dan nyaman	Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB sudah menurun 8 kali dalam 24 jam - Ibu pasien mangatan bahwa An. SA sudah tidak muntah lagi	
11.10 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. SA	3. An. SA sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk	- Ibu pasien mengatakan An. SA sudah membaik tetapi	

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
			menambah asupan cairan	masih sedikit lemas	
11.15 WIB		4. Memberitahu ibu An. SA untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. SA mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. SA	Objektif : - N: 120 x/menit - An. SA terlihat lemah - P : 25 x/menit - S: 37,8°C - Turgor kulit : <2 detik - Membran mukosa kering - volume urine 5 cc - Hematokrit 31% Analisa : Keseimbangan cairan (sedang) Planning : Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan	
11.20 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. SA untuk tidak mengubah posisi An. SA secara mendadak	5. Ibu An. SA dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
11.25 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. SA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		
11.30 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	29 Oktober 2024 Jam 18.20 WIB Subyektif: - Obyektif :	
11.40 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone	Ruam masih terlihat kemerahan	
16.00 WIB		Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	Analisa : Integritas kulti pada perianal belum teratasi Planning : Intervensi SIKI Manajemen integritas kulit dilanjutkan	
16.10 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		

Hari / Tanggal : Rabu, 30 Oktober 2024

Implementasi : Hari Ke-2

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
30-10-2024 08.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. SA dengan cara menanyakan kepada ibu An. SA	1. Ibu An. SA mengatakan penyebab diare pada An. SA karena An. SA diberikan susu formula	30 Oktober 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB sudah berkurang, 6 kali dalam sehari - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB cair Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 5 kali dalam sehari - Konsistensi feses pada An. SA tampak cair tetapi sudah sedikit lembek - Bising usus = 22 x/mnt - N : 130 x/ menit - P: 27x/ menit - S: 37,0 °C Analisa: Eliminasi fekal (membaik) Planning : Intervensi SIKI Manajamen diare dilanjutkan	
08.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. SA berwarna kuning kehijauan, frekuensi 4 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair		
08.10 WIB		4. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : > 2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,9 kg		
08.15 WIB		5. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. SA sudah membaik namun masih tampak kemerahan		
08.20 WIB		6. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. SA sudah aman ibu An. SA mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. SA		
08.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. SA sudah diberikan air putih oleh ibu An. SA		
08.30 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. SA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit		
08.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan	8. Ibu An. SA meberikan An. SA makan nasi tim dengan porsi		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		bertahap	kecil tapi sering dan bertahap		
08.40 WIB		9. Menganjurkan ibu pasien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. SA mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. SA		
08.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. SA di berikan obat L bio An. SA masih diare		
08.50 WIB		11. Memberikan obat pengeras feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink feses pada An. SA konsistensi masih cair		
09.00 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai dengan SOP	12. An. AS terlihat tenang		
17.00		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 09.00 WIB, warna tinja An. SA berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi sudah berserat		
17.05		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. SA terlihat tenang		
09.30 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. SA	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 120 x/ menit, turgor kulit menurun CRT > 2 detik, membran mukosa masih kering pada An. SA	30 Oktober 2024 Jam 18.10 WIB Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB sudah menurun 5 kali dalam 24 jam - Ibu pasien mangatan bahwa An. SA sudah tidak muntah lagi - Ibu pasien mengatakan An. SA sudah membaik tetapi masih sedikit lemas Objektif : - N: 120 x/menit - An. SA teraba lemah	
09.35 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. SA	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. SA mengatakan sudah aman dan nyaman		
09.40 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. SA	3. An. SA sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan		
09.45 WIB		4. Memberitahu ibu An. SA untuk banyak memberikan cairan	4. Ibu An. SA mengerti dan akan memberikan cairan melalui		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		asupan melalui oral	oral pada An. SA	- P : 25 x/menit - S: 37°C - Turgor kulit :< 2 detik - Membran mukosa kering - Volume urine 5 cc - Hematokrit 33%	
09.50 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. SA untuk tidak mengubah posisi An. SA secara mendadak	5. Ibu An. SA dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya	Analisa : Keseimbangan cairan (sedang) Planning : Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan	
09.55 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. SA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		
10.00 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	30 Oktober 2024 Jam 18.15 WIB Subyektif: - Obyektif :	
10.10 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone	Ruam masih terlihat kemerahan	
16.00 WIB		Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	Analisa : Integritas kulit pada perianal teratasi Planning : Intervensi SIKI Manajemen integritas kulit dihentikan	
16.10 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		

Hari / Tanggal : Kamis, 31 Oktober 2024
Implementasi : Hari Ke-3

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
31-10-2024 10.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare:		31 Oktober 2024 Jam 16.00 WIB Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. SABAB sudah berkurang, 2 kali dalam sehari kondisi An. SA sudah mulai membaik - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 2 kali dalam sehari kondisi An. SA sudah mulai membaik - Konsistensi feses pada An. SASudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat - Bising usus = 14 x /mnt - N : 115 x/ menit - P: 22 x/ menit - S: 36,6 °C Analisa: Eliminasi fekal (normal)	
		1. Mengetahui penyebab diare pada An. SA dengan cara menanyakan kepada ibu An. SA	1. Ibu An. SA mengatakan penyebab diare pada An. SA karena An. SA diberikan susu formula		
10.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. SA berwarna kuning kehijauan, frekuensi sudah berkurang 4 kali dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair		
10.10 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : <2 detik, membran mukosa sudah mulai lembab, berat badan meningkat dari saat masuk 9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,9 kg		
10.15 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. SA untuk warna nya sudah tidak tampak kemerahan		
10.20 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. SA sudah aman ibu An. SA mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. SA		
10.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. SA sudah diberikan air putih oleh ibu An. SA		
10.30 WIB	7. Memberikan pasien cairan	7. An. SA diberikan infus ringer			

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		infus melalui intravena		laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit	
10.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. SA memberikan An. SA makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap	Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (ps boleh pulang)	
10.40 WIB		9. Menganjurkan ibu pasien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. SA mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. SA		
10.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. SA di berikan obat L bio An. SA diare sudah berkurang		
10.50 WIB		11. Memberikan obat penguas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink, fese pada An. SA sudah mulai membaik tampak lembek dan mulai ada potongan padat		
10.55 WIB		12. Melakukan baby massage	12. Baby massage sesuai dengan SOP		
15.30 WIB		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Warna tinja An. SA berwarna kuning kehijauan, frekuensi sudah berkurang 2 kali dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair		
11.00 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit , membran mukosa , lemah pada An. SA	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 110x/ menit, turgor kulit membaik CRT <2 detik , membran mukosa sudah mulai lembab pada An. SA	31 Oktober 2024 Jam 16.10 WIB Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. SA BAB sudah menurun 3 kali dalam 24 jam - Ibu pasien mangatan bahwa An. SASudah tidak muntah lagi	
11.10 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. SA	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. SA mengatakan sudah aman dan		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
			nyaman		
11.15 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. SA	3. An. SA sudah diberikan air putih oleh ibu An. SA untuk menambah asupan cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan An. SA sudah membaik tetapi masih sedikit lemas Objektiv : <ul style="list-style-type: none"> - N: 110 x/menit - An. SA mulai membaik - P : 24 x/menit - S: 36,5°C - Turgor kulit : <2 detik - membran mukosa mulai tampak lembab - Hematokrit 38,7% Analisa : Keseimbangan cairan (cukup meningkat). Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (pasien boleh pulang)	
11.20 WIB		4. Memberitahu ibu An. SA untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. SA mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. SA		
11.25 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. SA untuk tidak mengubah posisi An. SA secara mendadak	5. Ibu An. SA dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
11.30 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. SA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		

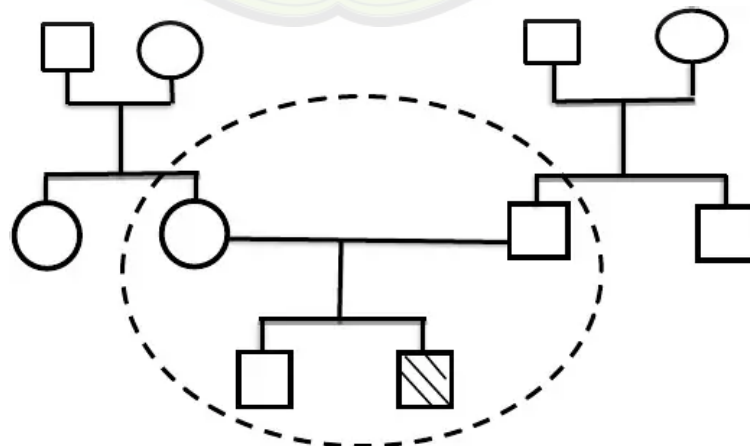
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN DIARE DAN
PEMBERIAN BABY MASSAGE DI RSU AGHISNA MEDIKA CILACAP**

I. PENGKAJIAN

A. Identitas

Nama : An. M
Tempat/Tgl Lahir : Banyumas, 15 Juni 2023 (1 tahun 6 bulan 19 hari)
Jenis Kelamin : Laki-laki
Nama Ibu : Ny. S
Umur : 30 tahun
Alamat : Jl. Kamulyan RT.03/03 Tambak Banyumas
Pekerjaan : IRT
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Nama Ayah : Tn. A
Umur : 32 tahun
Alamat : Jl. Kamulyan RT.03/03 Tambak Banyumas
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Tanggal pengkajian : Senin, 4 November 2024
Tanggal masuk RS : Senin, 4 November 2024

Genogram



Keterangan :

- laki-laki :
- Perempuan :
- Tinggal serumah :
- Pasien :

B. Keluhan Utama

Ayah klien mengatakan klien BAB dengan konsistensi cair >10 x/hari.

C. Riwayat Penyakit Sekarang

An. M masuk ke IGD RSUD Aghisna Medika Kroya pada tanggal 3 November 2024 jam 20.00 WIB dengan keluhan utama diare 9 x dari satu hari yang lalu post ganti susu formula, demam kemudian muntah. Pengkajian dilakukan pada tanggal 4 November 2023 pukul 08.00 WIB. Pasien masih daire terpasang infus Kondisi saat di kaji Nadi 98 x/menit, RR 18 x/menit, Suhu 38 °C, BB 4000 gr, pemberian sufor dengan frekuensi minum tiap 2 jam kurang lebih 10 – 30 ml.

D. Riwayat Penyakit Dahulu

1. Penyakit yang pernah diderita
Ayah klien mengatakan klien belum pernah mengalami diare.
2. Pengalaman di rawat dirumah sakit
Ayah klien mengatakan An. M belum pernah dirawat di rumah sakit.
3. Riwayat operasi/pembedahan
Ayah klien mengatakan An. M tidak ada riwayat operasi atau pembedahan
4. Riwayat kehamilan/persalinan ibu yang berhubungan dengan kondisi saat ini
Ayah klien mengatakan, dari kedua anaknya semua lahir dengan normal dan Ayah klien mengatakan An. M tidak diberikan ASI secara eksklusif.
5. Riwayat alergi
Ayah klien mengatakan An. M tidak memiliki alergi makanan ataupun obat.

E. Riwayat Penyakit Keluarga

Ayah klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit kronis.

F. Pengukuran Antropometri

1. Berat badan sebelum sakit : 9,2 kg
2. Berat badan sesudah sakit : 8,9 kg
3. Tinggi/Panjang Badan : 70,2 cm
4. Lingkar Kepala : 45,1 cm
5. Lingkar Dada : -
6. Lingkar Lengan Atas : -

G. Vital Sign

Diukur pada tanggal 4 November 2024

1. Suhu : 38°C
2. Frekuensi Nadi : 128 x/menit
3. Frekuensi Pernafasan : 25 x/menit

H. Riwayat Perkembangan

Ayah klien mengatakan, klien tidak memiliki gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan	Ya	Tidak
1	Letakkan pensil di telapak tangan bayi. Coba ambil pensil tersebut dengan perlahan-lahan. Apakah anda sulit mendapatkan pensil itu kembali?	Gerak Halus √	-
2	Taruh kacang di atas meja. Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai?	Gerak Halus √	-
3	Tanpa bantuan, apakah anak dapat mempertemukandua kubus kecil yang ia pegang?	Gerak Halus √	-
4	Sebut 2-3 kata yang dapat ditiru oleh anak (tidak perlu kata-kata yang lengkap). Apakah ia mencoba meniru menyebutkan kata-kata tadi ?	Bahasa dan Bicara √	-
5	Jika anda bersembunyi di belakang sesuatu/di pojok, kemudian muncul dan menghilang secara berulangulng di hadapan anak, apakah ia mencari anda atau mengharapkan anda muncul kembali?	Sosialisasi dan kemandirian √	-
6	Apakah anak dapat mengangkat badannya ke posisi berdiri tanpa bantuan anda?	Gerak kasar √	-
7	Apakah anak dapat membedakan anda dengan orang yang belum ia kenal? Ia akan menunjukkan	Sosialisasi dan kemandirian √	-

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan	Ya	Tidak
	sikap malu-malu atau ragu-ragu pada saat permulaan bertemu dengan orang yang belum dikenalnya		
8	Apakah anak dapat duduk sendiri tanpa bantuan?	Gerak kasar √	-
9	Apakah anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya: “ma-ma”, “da-da” atau “pa-pa”. Jawab YA bila ia mengeluarkan salah satu suara tadi.	Bahasa dan bicara √	-
10	Apakah anak dapat berdiri selama 30 detik atau lebih dengan berpegangan pada kursi/meja?	Gerak kasar √	-
TOTAL		10	0

I. Identitas Kebutuhan Dasar dan Pemeriksaan Fisik

1. Kepala: Normosefali, rambut hitam, terdistribusi merata, tidak mudah dicabut, UUB cekung (-)
2. Mata: Pupil bulat, isokor (+/+), reflex sensorik kornea (+/+), reflex cahaya langsung (+/+), reflex cahaya tidak langsung (+/+), konjungtiva anemis (-/-), sclera ikterik (-/-)
3. Kebutuhan oksigenasi
 - a. Hidung : Bentuk normotia, sekret (+/+), nafas cuping hidung (-/-)
 - b. Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pengembangan dada normal
 - c. Paru-paru:
 - Inspeksi : Hemithorax dextra sinistra simetris saat statis maupun dinamis, retraksi suprasternal, intercostal dan epigastrial (-)
 - Palpasi : Tidak dilakukan.
 - Perkusi : Tidak dilakukan
 - Auskultasi : Suara napas vesikuler (+/+), ronkhi (-/-), wheezing (-/-)
 - d. Jantung :
 - Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi iktus kordis
 - Palpasi : Iktus kordis teraba di ICS V 1 – 2 cm medial linea mid clavicularissinistra
 - Perkusi : Tidak dilakukan

Auskultasi : Bunyi jantung I dan II reguler, murmur (-), gallop (-)

4. Kebutuhan nutrisi dan cairan

a. Mulut: membrane mukosa kering, gusi pink, tidak ada masalah dalam proses mengunyah atau menelan.

b. Abdomen:

Inspeksi : Dinding abdomen datar

Auskultasi : Bising usus (+) \pm 34,5 x/m

Perkusi : Timpani (+), seluruh lapang abdomen.

Palpasi : Supel, nyeri tekan (+), Hepar dan Lien tidak teraba, turgor kulit kembali agak lambar.

c. Pola Nutrisi dan Cairan

Tabel 1 Pola Nutrisi dan Cairan Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola nutrisi dan cairan		Sehat	Sakit
Jam makan	Pagi	07.30 WIB	07.30 WIB
	Siang	12.00 WIB	13.30 WIB
	Malam	18.30 WIB	19.00 WIB
Porsi makan		3 kali sehari terkadang lebih	2-3 kali sehari dalam porsi yang sedikit dan makanan tidak dihabiskan
Jenis makanan pokok		Susu	Susu
Jenis makanan selingan		Susu	Susu dan Bubur tim
Makanan kesukaan		-	-
Makanan yang tidak disukai		Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan untuk makan dan minum		-	-

d. Kebutuhan eliminasi

Tabel 2 Pola BAB Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air besar (BAB)	Sehat	Sakit
Frekuensi	1 kali sehari	> 10 kali/hari
Konsistensi	Lunak	Cair dan berlendir
Warna	Kekuningan	
Keluhan saat BAB	Tidak ada	Lemas
Istilah yang digunakan anak untuk BAB	-	-

Tabel 3 Pola BAK Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air kecil (BAK)	Sehat	Sakit
Frekuensi	3-4 kali sehari	2-3 kali sehari
Warna	Jernih	Kuning jernih
Volume	275 ml	152 ml
Keluhan saat BAK	Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan anak untuk BAK	-	-

6. Kebutuhan aktivitas dan istirahat

Tabel 4 Pola Aktivitas Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola Aktivitas	Sehat	Sakit	
Bermain	Aktif bermain dengan keluarga	Tidak aktif, anak rewel	
Tempramen anak	Tidak ada	Wajah lemas	
Jam Tidur-Bangun			
	Malam	11 Jam	7 Jam
	Siang	3 jam	2 jam
Ritual sebelum tidur	Pemberian ASI	Pemberian ASI	
Enuresis	Ada	Ada	
Gangguan tidur	Tidak ada	Sering terbangun karena kaget dengan lingkungan sekitar	

7. Kebutuhan Interaksi Sosial

- a. Anak - Orang tua : belum dapat berkomunikasi
- b. Anak - Teman : belum dapat berkomunikasi
- c. Anak-Keluarga : belum dapat berkomunikasi
- d. Anak-Orang lain : belum dapat berkomunikasi

8. Kebutuhan Personal Higiene

Saat sehat klien dimandikan oleh ibunya 2 kali dalam sehari (Pagi dan sore) di kamar mandi, saat sakit klien hanya di lap di tempat tidur oleh ibunya, berpakaian dibantu ibunya, kondisi kuku: pendek bersih.

9. Organ sensoris

a. Mata

- 1) Penempatan dan kesejajaran : simetris
- 2) Warna sklera : normal berwarna putih
- 3) Warna iris : hitam
- 4) Konjungtiva : anemis
- 5) Ukuran pupil : simetris
- 6) Refleks pupil : rangsang terhadap cahaya baik
- 7) Refleks berkedip : berkedip saat ada sentuhan tangan dan cahaya (dalam batasnormal)
- 8) Gerakan kelopak mata : baik dalam batas normal

b. Telinga

- 1) Penempatan dan kesejajaran : sejajar
- 2) Higene telinga : kanan dan kiri bersih

c. Kulit

- 1) Warna kulit : sawo matang
- 2) Tekstur : halus
- 3) Kelembaban : lembab
- 4) Turgor : kering
- 5) Integritas kulit : utuh
- 6) Edema : tidak ada
- 7) Capillary refill : kurang dari 3 detik

5. Pengkajian Resiko Malnutrisi Nutrition Risk Score (NRS)

Tabel 5 Pengkajian Nutrition Risk Score (NRS)

NO	VARIABEL	SKOR	PENGERTIAN
1	Nafsu makan	0	Nafsu makan baik
		0	Intake berkurang, sisa makanan lebih dari ½ porsi
		0	Tidak ada nafsu makan lebih dari 24 jam
2	Kemampuan untuk makan	0	Tidak ada kesulitan makan
		1	Muntah
		1	Ada masalah makan, diare
		1	Butuh bantuan untuk makan dan atau diare 7-8 kali sehari
		1	Tidak dapat makan secara oral, diare >8 kali sehari
3	Faktor stress	0	Tidak ada
		0	Pembedahan ringan atau infeksi

NO	VARIABEL	SKOR	PENGERTIAN
		0	Penyakit kronik, bedah mayor, inflammatory bowel disease atau penyakit gastrointestinal
4	Persentil berat badan	0	BB/TB sesuai standar
			90-99% BB/TB
			80-89% BB/TB
			< 79% BB/TB
TOTAL		4	

Kategori risiko malnutrisi berdasarkan skor :

- a) 0-3: tidak ada risiko malnutrisi
- b) 4-5: berisiko sedang
- c) >7: risiko tinggi malnutris



Lembar Observasi Status Nausea Keller Index Of Nausea (KIN)

Perubahan Sikap dan Perilaku		Distress (Tekanan)		Perubahan Fisiologis	
Penurunan aktifitas	Ya	Gelisah	Ya	Peningkatan frekuensi Pernafasan	Ya
Meletakkan tangan di mulut	-	Menangis	Ya	Hilang nafsu atau selera Makan	Ya
Meletakkan tangan di atas perut	-	Ekspresi wajah mual	-	Muntah	Ya
Posisi mual	-	Sensitif	-	Muntah ringan	-
Menolak cairan lewat mulut				Keringat dingin	-
				Kulit terasa dingin saat disentuh	-
				Perubahan warna kulit atau kemerahan	-
	1			Air liur meningkat	-
				Sering menelan	-
				Ada gerakan lidah atau menekan atau membasahi bibir	-
TOTAL SKOR	1		2		3

Keterangan :

Jika indikator ditemukan pada anak, maka diberikan skor

6. Jika indikator tidak ditemukan saat pengamatan, maka diberikan skor 0.
7. Skor terendah adalah 0. Sedangkan skor tertinggi adalah 19.
8. Total skor yang tertinggi kemungkinan terbesar mengalami mual yang aktual (Keller & Keck, 2006)

J. Pemeriksaan Diagnostik

Laboratorium klinik: Tgl: 4 November 2024

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Haemoglobin	11,4	gr/dL	11-15
Hematokrit	35,7	%	35-47
Leukosit	8,6	/ μ L	3.6-11.0
Trombosit	281	10^3 / μ L	150-450
Basofil	0,2	%	0-4
Eosinofil	0,2	%	1-4
Neutrofil	45,4	%	40-75
Limfosit	28,5	%	20-45
Monosit	7	%	2-5

K. Terapi

Dextrose 1/4 500 ml (infus) (25 cc/jam)

Injeksi Ampicilin 4 x 200 mg

Zink (sirup) 1 x 10 mg-

Paracetamol Syrup 3x 3/4 Cth

Oralit (50 ml tiap BAB cair)
L. Bio (5 tpm)

L. Balance Cairan

Tanggal	Monitoring Balance Cairan	
29-10-2024	Intake	
	Makanan	360 cc
	Minuman	500 cc
	Infus	500 cc
	AM	41 cc
	Output	
	BAB dan urine	1450 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntah	100 cc
	IWL	212 cc
	Total	- 461 cc/kg/BB/hari
5-11-2024	Intake	
	Makanan	360 cc / 24 jam
	Minuman	550 cc / 24 jam
	Infus	500 cc
	AM	41 cc
	Output	
	BAB dan urine	1425 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntah	-
	IWL	17 cc
	Total	+9 cc/kg/BB/hari
6-11-2024	Intake	
	Makanan	240 cc
	Minuman	600 cc / 24 jam
	Infus	350 cc
	AM	41 cc
	Output	
	BAB dan urine	800 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntah	-
	IWL	17 cc
	Total	+ 64 cc/kg/BB/hari

M. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	Data Subjektif : - Ayah klien mengatakan An. M BAB 10 kali dalam 24 jam - Ayah klien mengatakan An. M BAB cair dan berlendir - Ibu mengatakan terdapat ruam dan kemerahan pada sekitar perianal - Ibu mengatakan An. M susah minum Data Objektif : - Pasien BAB 10 kali dalam 24 jam - Konsistensi feses pada An. M tampak cair dan berlendir - N : 132 x/ menit - P: 29 x/ menit - S: 38°C	Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam	Diare (D.0020)
2	Ds : - Ayah klien mengatakan An. M BAB 10 x dalam 24 jam - Ayah klien mengatakan An. M lemah Do : - N: 128 x/menit - An. M terlihat lemah - P : 25 x/menit - S: 38 °C - Turgor kulit : <2 detik - membran mukosa kering - volume urine 5,5 cc - Hematokrit 35,7%	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia (D.0023)
	Ds : - Ayah klien mengatakan An. M terdapat ruam kemerahan dan lecet pada sekitar perianal Do : - Terdapat ruam kemerahan dan lecet di sekitar perianal. - An. M terlihat gelisah dan rewel. - Frekuensi nadi meningkat 128 x/menit	Kelembaban karena seringnya BAB	Gangguan integritas kulit (D.0129)

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020)
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban (D.0129)

III. RENCANA KEPERAWATAN

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Diare Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam (D.0020)	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam Diharapkan : Eliminasi Fekal Membaik Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Konsistensi feses membaik Frekuensi defekasi membaik Peristaltik usus membaik 	<p>Manajemen diare (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab diare Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja Monitor tanda dan gejala hypovolemia Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal Monitor jumlah pengeluaran diare <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan asupan cairan oral (larutan garam gula, oralit) Berikan cairan intravena (ringer asetat, ringer laktat), jika perlu . Berikan terapi baby massage. Ambil sampel darah untuk pemberian darah lengkap dan elektrolit. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemberian obat antimotilitas Pemberian obat anti spamoic/ soasmolitik. Pemberian obat penguas feses (atapulgit).
2	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	<p>Status Cairan (L.03028)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Denyut nadi radial membaik Tekanan arteri rata-rata membaik Membran mukosa 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipovolemia Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Hitung kebutuhan cairan Berikan posisi modified trendelenburg Berikan asupan cairan oral

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
		membaik d. Mata cekung membaik e. Turgor kulit membaik f. Volume urin membaik g. Hematokrit membaik	Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCL, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
3	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Integritas Kulit (L.14125) Tujuan: Setelah 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik, dengan kriteria hasil: a. Hidrasi meningkat b. Perfusi jaringan meningkat c. Kerusakan jaringan menurun d. Kemerahan menurun	Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi: Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik: 1. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 2. Bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare 3. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering Edukasi: 1. Anjurkan menggunakan pelembab (lotion, serum) 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

IV. IMPLEMENTASI

Hari / Tanggal : Senin, 4 November 2024

Implementasi : Hari Ke-1

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf								
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)									
4-11-2024 08.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. M dengan cara menanyakan kepada ibu An. M	1. Ibu An. M mengatakan penyebab diare pada An. M karena An. M diberikan susu formula	4 November 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ayah klien mengatakan An. M BAB 8 kali dalam 24 jam - Ayah klien mengatakan An. M BAB cair Objektif : - Pasien BAB masih 8 kali - Konsistensi feses pada An. M tampak cair - Bising usus = 27,5 x/mnt - N : 125 x/ menit - P: 26 x/ menit - S: 37,5 ° C Analisa: Eliminasi fekal (sedang)									
08.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. M berwarna kuning kehijauan, frekuensi 5 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair										
08.10 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : > 2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 9,2 sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,9 kg										
08.15 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. M tampak ada kemerahan										
08.20 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. M sudah aman ibu An. M mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. M										
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Aw</th> <th>Tj</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Konsistensi fekal</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Aw	Tj	1.	Konsistensi fekal	3	5	
No	Indikator	Aw	Tj										
1.	Konsistensi fekal	3	5										

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf		
			Formatif (Respon Hasil)		Sumatif (Respon Perkembangan)				
					2.	Frekuensi defekasi	3	5	
					3.	Peristaltik usus	3	5	
					Keterangan :				
					1. Memburuk				
					2. Cukup memburuk				
					3. Sedang				
					4. Cukup membaik				
					5. Membaik				
					Planning :				
					Intervensi SIKI Manajemen diare dilanjutkan dan lanjutkan baby massage				
08.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6.	An. M sudah diberikan air putih oleh ibu An. M					
08.30 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7.	An. M diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit					
08.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8.	Ibu An. M meberikan An. M makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap					
08.40 WIB		9. Menganjurkan ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9.	Ibu An. M mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. M					
08.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10.	Setelah An. M di berikan obat L bio An. M masih diare					
08.50 WIB		11. Memberikan obat penguas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11.	Setelah di berikan oralit dan zink, feses pada An. M konsistensi masih cair					
08.55 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai SOP	12.	An. M terlihat tenang					

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
17.00 WIB		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 10.55 WIB, warna tinja An. M berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi dalam bentuk cair		
17.05 WIB		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. M terlihat tenang		
09.00 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. M	1. Setelah dilakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 125 x/ menit, turgor kulit menurun CRT > 2 detik, membran mukosa masih kering pada An. M	29 Oktober 2024 Jam 18.10 WIB Subjektif : - Ayah klien mengatakan bahwa An. M sudah tidak muntah lagi - Ayah klien mengatakan An. M sudah membaik tetapi masih sedikit lemas Objektif : - N: 120 x/menit - An. M terlihat lemah - P : 25 x/menit - S: 37,8°C - Turgor kulit : <2 detik - Membran mukosa kering - volume urine 5 cc - Hematokrit 34,2% Analisa : Keseimbangan cairan (sedang) Planning : Intervensi SIKI Manajemen	
09.05 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. M	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. M mengatakan sudah aman dan nyaman		
09.10 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. M	3. An. M sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan		
09.15 WIB		4. Memberitahu ibu An. M untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. M mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. M		
09.20 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. M untuk tidak mengubah posisi An. M secara mendadak	5. Ibu An. M dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
09.25 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. M diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
				hipovolemia dilanjutkan	
09.30 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	29 Oktober 2024 Jam 18.20 WIB Subyektif: - Obyektif :	
09.40 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone	Ruam masih terlihat kemerahan	
16.40 WIB		Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	Analisa : Integritas kulti pada perianal belum teratasi Planning : Intervensi SIKI Manajamen integritas kulit dilanjutkan	
16.50 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		

Hari / Tanggal : Selasa, 5 November 2024

Implementasi : Hari Ke-2

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf		
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)			
5-11-2024 08.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. M dengan cara menanyakan kepada ibu An. M	1. Ibu An. M mengatakan penyebab diare pada An. M karena An. M diberikan susu formula	5 November 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ayah klien mengatakan An. M BAB sudah berkurang, 6 kali dalam sehari - Ayah klien mengatakan An. M BAB cair Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 5 kali dalam sehari - Konsistensi feses pada An. M tampak cair tetapi sudah sedikit lembek - Bising usus = 21,5 x/mnt - N : 130 x/ menit - P: 27x/ menit - S: 37,0 °C Analisa: Eliminasi fekal (membaik)			
08.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. M berwarna kuning kehijauan, frekuensi 4 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair				
08.10 WIB		9. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : > 2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 8,9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 9 kg				
08.15 WIB		10. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. M sudah membaik namun masih tampak kemerahan				
08.20 WIB		6. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. M sudah aman ibu An. M mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. M				
08.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. M sudah diberikan air putih oleh ibu An. M				
08.30 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. M diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit				
08.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan	8. Ibu An. M meberikan An. M			<table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>Indikator</td> <td>Aw</td> <td>Tj</td> </tr> </table>	No
No	Indikator	Aw	Tj				

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf		
			Formatif (Respon Hasil)		Sumatif (Respon Perkembangan)				
		porsi kecil tapi sering dan bertahap	makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap		1.	Konsistensi fekal	4	5	
08.40 WIB		9. Menganjurkan ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. M mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. M		2.	Frekuensi defekasi	4	5	
08.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. M di berikan obat L bio An. M masih diare		3.	Peristaltik usus	4	5	
08.50 WIB		11. Memberikan obat penguas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink feses pada An. M konsistensi masih cair		Keterangan : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik				
09.00 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai dengan SOP	12. An. AS terlihat tenang		Planning : Intervensi SIKI Manajemen diare dilanjutkan				
17.00		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 09.00 WIB, warna tinja An. M berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi sudah berserat						
17.05		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. M terlihat tenang						
09.30 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit , membran mukosa , lemah pada An. M	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 120 x/ menit, turgor kulit menurun CRT > 2 detik , membran mukosa masih kering pada An. M		5 November 2024 Jam 18.10 WIB Subjektif : - Ayah klien mengatakan An. M BAB sudah menurun 5 kali dalam 24 jam - Ayah klien mangatan bahwa				
09.35 WIB		2. Memberikan posisi trelendburg	2. Setelah dilakukan pemberian						

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		pada An. M	posisi trelandburg ibu An. M mengatakan sudah aman dan nyaman	An. M sudah tidak muntah lagi	
09.40 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. M	3. An. M sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan	- Ayah klien mengatakan An. M sudah membaik tetapi masih sedikit lemas	
09.45 WIB		4. Memberitahu ibu An. M untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. M mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. M	Objektif : - N: 120 x/menit - An. M teraba lemah - P : 25 x/menit	
09.50 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. M untuk tidak mengubah posisi An. M secara mendadak	5. Ibu An. M dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya	- S: 37°C - Turgor kulit :< 2 detik - Membran mukosa kering	
09.55 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. M diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit	- Volume urine 5 cc - Hematokrit 33%	
				Analisa : Keseimbangan cairan (sedang)	
				Planning : Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan dan lanjutan baby massage	
10.00 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	5 November 2024 Jam 18.15 WIB Subyektif: - Obyektif :	
10.10 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasonone	Ruam sudah tidak terlihat kemerahan	
16.00 WIB		Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	Analisa : Integritas kulit pada perianal teratasi	

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
				Planning : Intervensi SIKI Manajemen integritas kulit dihentikan	
16.10 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		



Hari / Tanggal : Rabu, 6 November 2024
Implementasi : Hari Ke-3

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
6-11-2024 10.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare:		6 November 2024 Jam 16.10 WIB Subjektif : - Ayah klien mengatakan An. M BAB sudah berkurang, 3 kali dalam sehari kondisi An. M sudah mulai membaik - Ayah klien mengatakan An. M BAB sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 3 kali dalam sehari kondisi An. M sudah mulai membaik - Konsistensi feses pada An. M sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat - Bising usus = 14,5 x/mnt - N : 115x/ menit - P: 25 x/ menit - S: 36,6 °C Analisa: Eliminasi fekal (normal)	
		1. Mengetahui penyebab diare pada An. M dengan cara menanyakan kepada ibu An. M	1. Ibu An. M mengatakan penyebab diare pada An. M karena An. M diberikan susu formula		
10.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. M berwarna kuning kehijauan, frekuensi sudah berkurang 4 kali dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair		
10.10 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : <2 detik, membran mukosa sudah mulai lembab, berat badan meningkat dari saat masuk 9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 9,1 kg		
10.15 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. M untuk warna nya sudah tidak tampak kemerahan		
10.20 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. M sudah aman ibu An. M mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. M		
10.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. M sudah diberikan air putih oleh ibu An. M		
10.30 WIB		7. Memberikan pasien cairan	7. An. M diberikan infus ringer		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf																
			Formatif (Respon Hasil)		Sumatif (Respon Perkembangan)																		
		infus melalui intravena	laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit		<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Aw</th> <th>Tj</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Konsistensi fekal</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Peristaltik usus</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		No	Indikator	Aw	Tj	1.	Konsistensi fekal	5	5	2.	Frekuensi defekasi	5	5	3.	Peristaltik usus	5	5	
No	Indikator	Aw	Tj																				
1.	Konsistensi fekal	5	5																				
2.	Frekuensi defekasi	5	5																				
3.	Peristaltik usus	5	5																				
10.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. M memberikan An. M makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap																				
10.40 WIB		9. Menganjurkan ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. M mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. M																				
10.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. M di berikan obat L bio An. M diare sudah berkurang		Keterangan : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik																		
10.50 WIB		11. Memberikan obat penguas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink, fese pada An. M sudah mulai membaik tampak lembek dan mulai ada potongan padat																				
10.55 WIB		12. Melakukan baby massage	12. Baby massage sesuai dengan SOP																				
15.30 WIB		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Warna tinja An. M berwarna kuning, frekuensi sudah berkurang 3 kali dalam sehari, konsistensi dalam bentuk padat		Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (ps boleh pulang)																		
11.00 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit , membran mukosa , lemah pada An. M	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 110x/ menit, turgor kulit membaik CRT <2 detik , membran mukosa sudah mulai lembab pada An. M		6 November 2024 Jam 12.10 WIB Subjektif : - Ayah klien mengatakan An. M BAB sudah menurun 3 kali dalam 24 jam																		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
11.10 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. M	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. M mengatakan sudah aman dan nyaman	<ul style="list-style-type: none"> - Ayah klien mangatan bahwa An. Msudah tidak muntah lagi - Ayah klien mengatakan An. M sudah membaik tetapi sudah tidak rewel lagi Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - N: 110 x/menit - An. M mulai membaik - P : 24 x/menit - S: 36,5°C - Turgor kulit : <2 detik - membran mukosa lembab - Hematokrit 38,5% Analisa : Keseimbangan cairan (cukup meningkat). Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (pasien boleh pulang)	
11.15 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. M	3. An. M sudah diberikan air putih oleh ibu An. M untuk menambah asupan cairan		
11.20 WIB		4. Memberitahu ibu An. M untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. M mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. M		
11.25 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. M untuk tidak mengubah posisi An. M secara mendadak	5. Ibu An. M dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
11.30 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. M diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		

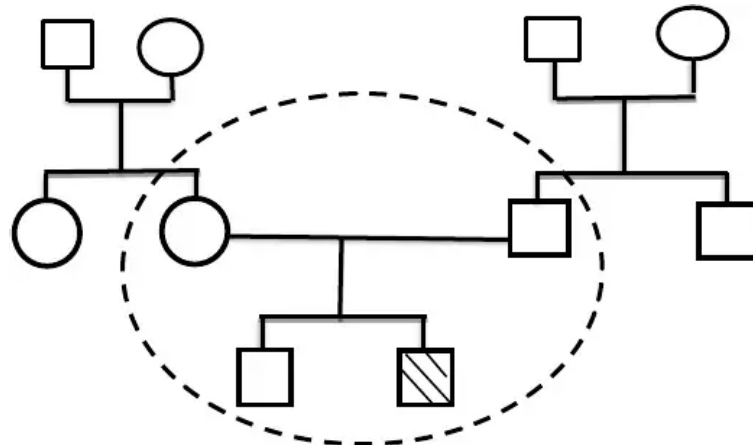
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. MA DENGAN DIARE DAN
PEMBERIAN BABY MASSAGE DI RSU AGHISNA MEDIKA CILACAP**

I. PENGKAJIAN





A. Identitas

Nama : An. MA
Tempat/Tgl Lahir : Cilacap, 15 Juni 2023 (1 tahun 6 bulan 19 hari)
Jenis Kelamin : Laki-laki
Nama Ibu : Ny. R
Umur : 32 tahun
Alamat : Desa Karangkemiri RT.04/02 Cilacap
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Nama Ayah : Tn. B
Umur : 34 tahun
Alamat : Desa Karangkemiri RT.04/02 Cilacap
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Tanggal pengkajian : Sabtu, 7 November 2024
Tanggal masuk RS : Sabtu, 7 November 2024

Genogram



Keterangan :

- laki-laki : 
- Perempuan : 
- Tinggal serumah : 
- Pasien : 

B. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan klien BAB dengan konsistensi cair >10 x/hari.

C. Riwayat Penyakit Sekarang

An. MA masuk ke IGD RSUD Aghisna Medika Kroya pada tanggal 6 November 2024 jam 21.30 WIB dengan keluhan utama diare 7 x dalam satu hari dengan keluhan buang air besar cair sejak 4 jam sebelum masuk rumah sakit. BAB > 5 kali dengan konsistensi cair, berlendir, warna kuning kehijauan, volume ± 80 cc, muntah >4 kali, volume ± 20 cc. Orang tua mengatakan An. MA juga mengalami demam (suhu: 38,2 °C) sejak satu hari sebelum masuk rumah sakit, anak rewel, gelisah, lesu mata cekung dan bibir pucat. Nafsu makan berkurang sejak 1 hari yang lalu dan tampak lemah.

D. Riwayat Penyakit Dahulu

1. Penyakit yang pernah diderita

Ibu klien mengatakan klien belum pernah mengalami diare.

2. Pengalaman di rawat dirumah sakit

Ibu klien mengatakan An. MA belum pernah dirawat di rumah sakit.

3. Riwayat operasi/pembedahan

Ibu klien mengatakan An. MA tidak ada riwayat operasi atau pembedahan

4. Riwayat kehamilan/persalinan ibu yang berhubungan dengan kondisi saat ini
Ibu klien mengatakan, dari kedua anaknya semua lahir dengan normal dan Ibu klien mengatakan An. MA tidak diberikan ASI secara eksklusif.

5. Riwayat alergi

Ibu klien mengatakan An. MA tidak memiliki alergi makanan ataupun obat.

E. Riwayat Penyakit Keluarga

Ibu klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit kronis.

F. Pengukuran Antropometri

1. Berat badan sebelum sakit : 10,1 kg
2. Berat badan sesudah sakit : 9,9 kg
3. Tinggi/Panjang Badan : 64,5 cm
4. Lingkar Kepala : 42,1 cm
5. Lingkar Dada : -
6. Lingkar Lengan Atas : -

G. Vital Sign

Diukur pada tanggal 7 November 2024

1. Suhu : 38,4°C
2. Frekuensi Nadi : 130 x/menit
3. Frekuensi Pernafasan : 28 x/menit

H. Riwayat Perkembangan

Ibu klien mengatakan, klien tidak memiliki gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan	Ya	Tidak
1	Letakkan pensil di telapak tangan bayi. Coba ambil pensil tersebut dengan perlahan-lahan. Apakah anda sulit mendapatkan pensil itu kembali?	Gerak Halus √	-
2	Taruh kacang di atas meja. Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai?	Gerak Halus √	-
3	Tanpa bantuan, apakah anak dapat mempertemukandua kubus kecil yang ia pegang?	Gerak Halus √	-
4	Sebut 2-3 kata yang dapat ditiru oleh anak (tidak perlu kata-kata yang lengkap). Apakah ia mencoba meniru menyebutkan kata-kata tadi ?	Bahasa dan Bicara √	-

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan	Ya	Tidak
5	Jika anda bersembunyi di belakang sesuatu/di pojok, kemudian muncul dan menghilang secara berulang-ulang di hadapan anak, apakah ia mencari anda atau mengharapkan anda muncul kembali?	√	-
6	Apakah anak dapat mengangkat badannya ke posisi berdiri tanpa bantuan anda?	√	-
7	Apakah anak dapat membedakan anda dengan orang yang belum ia kenal? Ia akan menunjukkan sikap malu-malu atau ragu-ragu pada saat permulaan bertemu dengan orang yang belum dikenalnya	√	-
8	Apakah anak dapat duduk sendiri tanpa bantuan?	√	-
9	Apakah anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya: "ma-ma", "da-da" atau "pa-pa". Jawab YA bila ia mengeluarkan salah satu suara tadi.	√	-
10	Apakah anak dapat berdiri selama 30 detik atau lebih dengan berpegangan pada kursi/meja?	√	-
TOTAL		10	0

I. Identitas Kebutuhan Dasar dan Pemeriksaan Fisik

1. Kepala: Normosefali, rambut hitam, terdistribusi merata, tidak mudah dicabut, UUB cekung (-)
2. Mata: Pupil bulat, isokor (+/+), reflex sensorik kornea (+/+), reflex cahaya langsung (+/+), reflex cahaya tidak langsung (+/+), konjungtiva anemis (-/-), sclera ikterik (-/-)
3. Kebutuhan oksigenasi
 - a. Hidung : Bentuk normotia, sekret (+/+), nafas cuping hidung (-/-)
 - b. Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pengembangan dada normal
 - c. Paru-paru:

Inspeksi : Hemithorax dextra sinistra simetris saat statis maupun dinamis, retraksi suprasternal, intercostal dan epigastrial (-)

Palpasi : Tidak dilakukan.

Perkusi : Tidak dilakukan

Auskultasi : Suara napas vesikuler (+/+), ronkhi (-/-), wheezing (-/-)

d. Jantung :

Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi iktus kordis

Palpasi : Iktus kordis teraba di ICS V 1 – 2 cm medial linea mid clavicularrisinistra

Perkusi : Tidak dilakukan

Auskultasi : Bunyi jantung I dan II reguler, murmur (-), gallop (-)

4. Kebutuhan nutrisi dan cairan

a. Mulut: membrane mukosa kering, gusi pink, tidak ada masalah dalam proses mengunyah atau menelan.

b. Abdomen:

Inspeksi : Dinding abdomen datar

Auskultasi : Bising usus (+) \pm 31,5 x/m

Perkusi : Timpani (+), seluruh lapang abdomen.

Palpasi : Supel, nyeri tekan (+), Hepar dan Lien tidak teraba, turgor kulit kembali agak lambar.

c. Pola Nutrisi dan Cairan

Tabel 1 Pola Nutrsi dan Cairan Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola nutrisi dan cairan		Sehat	Sakit
Jam makan	Pagi	07.30 WIB	07.30 WIB
	Siang	12.00 WIB	13.30 WIB
	Malam	18.30 WIB	19.00 WIB
Porsi makan		3 kali sehari terkadang lebih	2-3 kali sehari dalam porsi yang sedikit dan makanan tidak dihabiskan
Jenis makanan pokok		Susu	Susu
Jenis makanan selingan		Susu	Susu dan Bubur tim
Makanan kesukaan		-	-
Makanan yang tidak disukai		Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan untuk makan dan minum		-	-

d. Kebutuhan eliminasi

Tabel 2 Pola BAB Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air besar (BAB)	Sehat	Sakit
Frekuensi	1 kali sehari	> 10 kali/hari
Konsistensi	Lunak	Cair dan berlendir
Warna	Kekuningan	
Keluhan saat BAB	Tidak ada	Lemas
Istilah yang digunakan anak untuk BAB	-	-

Tabel 3 Pola BAK Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air kecil (BAK)	Sehat	Sakit
Frekuensi	3-4 kali sehari	2-3 kali sehari
Warna	Jernih	Kuning jernih
Volume	275 ml	140 ml
Keluhan saat BAK	Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan anak untuk BAK	-	-

6. Kebutuhan aktivitas dan istirahat

Tabel 4 Pola Aktivitas Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola Aktivitas		Sehat	Sakit
Bermain		Aktif bermain dengan keluarga	Tidak aktif, anak rewel
Tempramen anak		Tidak ada	Wajah lemas
Jam Tidur-Bangun	Malam	11 Jam	7 Jam
	Siang	3 jam	2 jam
Ritual sebelum tidur		Pemberian ASI	Pemberian ASI
Enuresis		Ada	Ada
Gangguan tidur		Tidak ada	Sering terbangun karena kaget dengan lingkungan sekitar

7. Kebutuhan Interaksi Sosial

- a. Anak - Orang tua : belum dapat berkomunikasi
- b. Anak - Teman : belum dapat berkomunikasi
- c. Anak-Keluarga : belum dapat berkomunikasi
- d. Anak-Orang lain : belum dapat berkomunikasi

8. Kebutuhan Personal Higiene

Saat sehat klien dimandikan oleh ibunya 2 kali dalam sehari (Pagi dan sore) di kamar mandi, saat sakit klien hanya di lap di tempat tidur oleh ibunya, berpakaian dibantu ibunya, kondisi kuku: pendek bersih.

9. Organ sesnsoris
- a. Mata
- 1) Penempatan dan kesejajaran : simetris
 - 2) Warna sklera : normal berwarna putih
 - 3) Warna iris : hitam
 - 4) Konjungtiva : anemis
 - 5) Ukuran pupil : simetris
 - 6) Refleks pupil : rangsang terhadap cahaya baik
 - 7) Refleks berkedip : berkedip saat ada sentuhan tangan dan cahaya (dalam batasnormal)
 - 8) Gerakan kelopak mata : baik dalam batas normal
- b. Telinga
- 1) Penempatan dan kesejajaran : sejajar
 - 2) Higene telinga : kanan dan kiri bersih
- c. Kulit
- 1) Warna kulit : sawo matang
 - 2) Tekstur : halus
 - 3) Kelembaban : lembab
 - 4) Turgor : kering
 - 5) Integritas kulit : utuh
 - 6) Edema : tidak ada
 - 7) Capillary refill : kurang dari 3 detik
5. Pengkajian Resiko Malnutrisi Nutrition Risk Score (NRS)

Tabel 5 Pengkajian Nutrition Risk Score (NRS)

NO	VARIABEL	SKOR	PENGERTIAN
1	Nafsu makan	0	Nafsu makan baik
		0	Intake berkurang, sisa makanan lebih dari ½ porsi
		0	Tidak ada nafsu makan lebih dari 24 jam
2	Kemampuan untuk makan	0	Tidak ada kesulitan makan
		1	Muntah
		1	Ada masalah makan, diare
		1	Butuh bantuan untuk makan dan atau diare 7-8 kali sehari
		1	Tidak dapat makan secara oral, diare >8 kali sehari
3	Faktor stress	0	Tidak ada
		0	Pembedahan ringan atau infeksi

NO	VARIABEL	SKOR	PENGERTIAN
		0	Penyakit kronik, bedah mayor, inflammatory bowel disease atau penyakit gastrointestinal
4	Persentil berat badan	0	BB/TB sesuai standar
			90-99% BB/TB
			80-89% BB/TB
			< 79% BB/TB
TOTAL		4	

Kategori risiko malnutrisi berdasarkan skor :

- a) 0-3: tidak ada risiko malnutrisi
- b) 4-5: berisiko sedang
- c) >7: risiko tinggi malnutrisi

Lembar Observasi Status Nausea Keller Index Of Nausea (KIN)

Perubahan Sikap dan Perilaku		Distress (Tekanan)		Perubahan Fisiologis	
Penurunan aktifitas	Ya	Gelisah	Ya	Peningkatan frekuensi Pernafasan	Ya
Meletakkan tangan di mulut	-	Menangis	Ya	Hilang nafsu atau selera Makan	Ya
Meletakkan tangan di atas perut	-	Ekspresi wajah mual	-	Muntah	Ya
Posisi mual	-	Sensitif	-	Muntah ringan	-
Menolak cairan lewat mulut				Keringat dingin	-
				Kulit terasa dingin saat disentuh	-
				Perubahan warna kulit atau kemerahan	-
	1			Air liur meningkat	-
				Sering menelan	-
				Ada gerakan lidah atau menekan atau membasahi bibir	-
TOTAL SKOR		1	2		3

Keterangan :

Jika indikator ditemukan pada anak, maka diberikan skor

11. Jika indikator tidak ditemukan saat pengamatan, maka diberikan skor 0.
12. Skor terendah adalah 0. Sedangkan skor tertinggi adalah 19.
13. Total skor yang tertinggi kemungkinan terbesar mengalami mual yang aktual (Keller & Keck, 2006)

J. Pemeriksaan Diagnostik

Laboratorium klinik:Tgl: 7 November 2024

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Haemoglobin	10,5	gr/dL	11-15
Hematokrit	32,2	%	35-47
Leukosit	12,1	/ μ L	3.6-11.0
Trombosit	370	10^3 / μ L	150-450
Basofil	0	%	0-4
Eosinofil	0	%	1-4
Neutrofil	52,6	%	40-75
Limfosit	20,5	%	20-45
Monosit	5	%	2-5

K. Terapi

Dextrose 1/4 500 ml (infus) (25 cc/jam)

Injeksi Ampicilin 4 x 200 mg

Zink (sirup) 1 x 10 mg-

Paracetamol Syrup 3x 3/4 Cth

Oralit (50 ml tiap BAB cair)

L. Bio (5 tpm)

L. Balance Cairan

Tanggal	Monitoring Balance Cairan	
29-10-2024	Intake	
	Makanan	250 cc
	Minuman	450 cc
	Infus	600 cc
	AM	41 cc
	Output	
	BAB dan urine	1550 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntah	85 cc
	IWL	212 cc
Total	- 506 cc/kg/BB/hari	
5-11-2024	Intake	
	Makanan	300 cc / 24 jam
	Minuman	400 cc / 24 jam
	Infus	700 cc
	AM	41 cc
	Output	
	BAB dan urine	1410 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntah	-
	IWL	17 cc
Total	-14 cc/kg/BB/hari	
6-11-2024	Intake	
	Makanan	350 cc
	Minuman	400 cc / 24 jam

Infus	-
AM	41 cc
Output	
BAB dan urine	750 cc / 24 jam
Drain	-
Muntah	-
IWL	17 cc
Total	+ 24 cc/kg/BB/hari

M. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. MA BAB 10 kali dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan An. MA BAB cair dan berlendir - Ibu mengatakan terdapat ruam dan kemerahan pada sekitar perianal - Ibu mengatakan An. MA susah minum <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien BAB 10 kali dalam 24 jam - Konsistensi feses pada An. MA tampak cair dan berlendir - N : 132 x/ menit - P: 29 x/ menit - S: 38°C 	Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam	Diare (D.0020)
2	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. MA BAB 10 x dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan An. MA lemah <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N: 128 x/menit - An. MA terlihat lemah - P : 25 x/menit - S: 38 °C - Turgor kulit : <2 detik - membran mukosa kering - volume urine 5,5 cc - Hematokrit 35,7% 	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia (D.0023)
	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. MA terdapat ruam kemerahan dan lecet pada sekitar perianal <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat ruam kemerahan dan lecet di sekitar perianal. - An. MA terlihat gelisah dan rewel. - Frekuensi nadi meningkat 128 x/menit 	Kelembaban karena seringnya BAB	Gangguan integritas kulit (D.0129)

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020)
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban (D.0129)

III. RENCANA KEPERAWATAN

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Diare Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam (D.0020)	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam Diharapkan : Eliminasi Fekal Membaik Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Konsistensi feses membaik b. Frekuensi defekasi membaik c. Peristaltik usus membaik 	<p>Manajemen diare (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab diare 2. Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja 3. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 4. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 5. Monitor jumlah pengeluaran diare <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral (larutan garam gula, oralit) 2. Berikan cairan intravena (ringer asetat, ringer laktat), jika perlu . 3. Berikan terapi baby massage. 4. Ambil sampel darah untuk pemberian darah lengkap dan elektrolit. 5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian obat antimotilitas 2. Pemberian obat anti spasmodic/ soasmolitik. 3. Pemberian obat pengeras feses (atapulgit).

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
2	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	<p>Status Cairan (L.03028)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Denyut nadi radial membaik Tekanan arteri rata-rata membaik Membran mukosa membaik Mata cekung membaik Turgor kulit membaik Volume urin membaik Hematokrit membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipovolemia Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Hitung kebutuhan cairan Berikan posisi modified trendelenburg Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCL, RL) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
3	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	<p>Integritas Kulit (L.14125)</p> <p>Tujuan: Setelah 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hidrasi meningkat Perfusi jaringan meningkat Kerusakan jaringan menurun Kemerahan menurun 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi:</p> <p>Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu Bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan menggunakan pelembab (lotion, serum)

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
			2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi



IV. IMPLEMENTASI

Hari / Tanggal : Sabtu, 7 November 2024

Implementasi : Hari Ke-1

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf				
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)					
7-11-2024 08.10 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. MA dengan cara menanyakan kepada ibu An. MA	1. Ibu An. MA mengatakan penyebab diare pada An. MA karena An. MA diberikan susu formula	7 November 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. MA BAB 10 kali dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan An. MA BAB cair Objektif : - Pasien BAB masih 5 kali - Konsistensi feses pada An. MA tampak cair - Bising usus = 25,5 x/mnt - N : 125 x/ menit - P: 26 x/ menit - S: 37,5 ° C Analisa: Eliminasi fekal (sedang)					
08.15 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. MA berwarna kuning kehijauan, frekuensi 7 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair						
08.20 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : > 2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 10,1 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 9,9 kg						
08.25 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. MA tampak ada kemerahan						
08.30 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. MA sudah aman ibu An. MA mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. MA						
			<table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>Indikator</td> <td>Aw</td> <td>Tj</td> </tr> </table>		No	Indikator	Aw	Tj	
No	Indikator	Aw	Tj						

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf											
			Formatif (Respon Hasil)		Sumatif (Respon Perkembangan)													
					<table border="1"> <tr> <td>1.</td> <td>Konsistensi fekal</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Peristaltik usus</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan : 6. Memburuk 7. Cukup memburuk 8. Sedang 9. Cukup membaik 10. Membaik</p> <p>Planning : Intervensi SIKI Manajemen diare dilanjutkan dan lanjutkan baby massage</p>	1.	Konsistensi fekal	3	5	2.	Frekuensi defekasi	3	5	3.	Peristaltik usus	3	5	
1.	Konsistensi fekal	3	5															
2.	Frekuensi defekasi	3	5															
3.	Peristaltik usus	3	5															
08.35 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. MA sudah diberikan air putih oleh ibu An. MA															
08.40 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. MA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit															
08.45 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. MA meberikan An. MA makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap															
08.50 WIB		9. Menganjurkan Ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. MA mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. MA															
08.55 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. MA di berikan obat L bio An. MA masih diare															
09.00 WIB		11. Memberikan obat pengeras feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink, feses pada An. MA konsistensi masih cair															

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
09.05 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. MA terlihat tenang		
17.10 WIB		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 10.55 WIB, warna tinja An. MA berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi dalam bentuk cair		
17.20 WIB		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. MA terlihat tenang		
09.10 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. MA	1. Setelah dilakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 125 x/ menit, turgor kulit menurun CRT > 2 detik, membran mukosa masih kering pada An. MA	29 Oktober 2024 Jam 18.10 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan bahwa An. MA sudah tidak muntah lagi - Ibu klien mengatakan An. MA sudah membaik tetapi masih sedikit lemas Objektif : - N: 120 x/menit - An. MA terlihat lemah - P : 25 x/menit - S: 37,8°C - Turgor kulit : <2 detik - Membran mukosa kering - volume urine 5 cc - Hematokrit 31% Analisa : Keseimbangan cairan (sedang)	
09.15 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. MA	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. MA mengatakan sudah aman dan nyaman		
09.20 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. MA	3. An. MA sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan		
09.25 WIB		4. Memberitahu ibu An. MA untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. MA mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. MA		
09.30 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. MA untuk tidak mengubah posisi An. MA secara mendadak	5. Ibu An. MA dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
09.35 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. MA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
				Planning : Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan	
09.40 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	29 Oktober 2024 Jam 18.20 WIB Subyektif: - Obyektif : Ruam masih terlihat kemerahan	
09.45 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		
16.45 WIB		Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	Analisa : Integritas kulti pada perianal belum teratasi Planning : Intervensi SIKI Manajemen integritas kulit dilanjutkan	
16.55 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		

Hari / Tanggal : Jumat, 8 November 2024

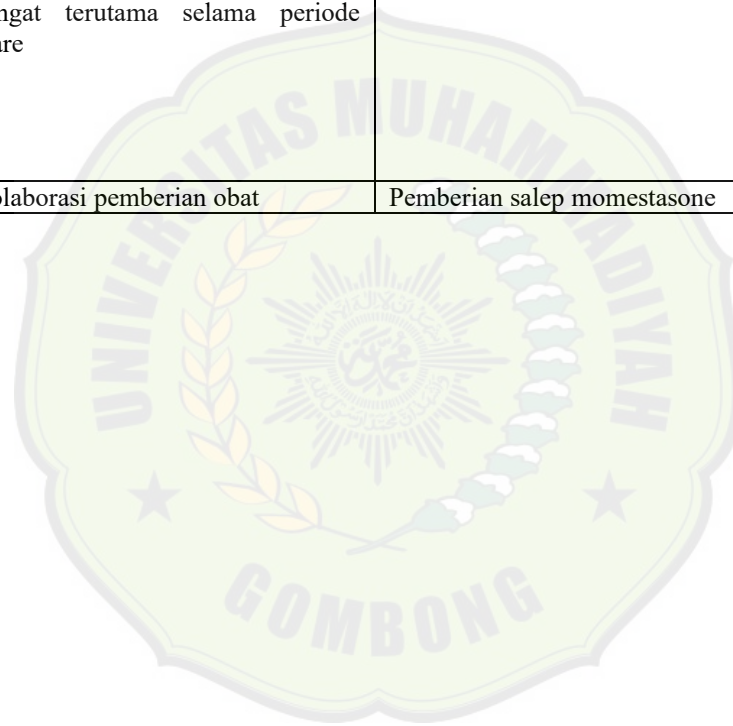
Implementasi : Hari Ke-2

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
8-11-2024 08.05 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. MA dengan cara menanyakan kepada ibu An. MA	1. Ibu An. MA mengatakan penyebab diare pada An. MA karena An. MA diberikan susu formula	8 November 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. MA BAB sudah berkurang, 3 kali dalam sehari - Ibu klien mengatakan An. MA BAB cair Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 3 kali dalam sehari - Konsistensi feses pada An. MA tampak cair tetapi sudah sedikit lembek - Bising usus = 18,4 x/mnt - N : 121 x/ menit - P: 24 x/ menit - S: 36,9 °C Analisa: Eliminasi fekal (membaik)	
08.15 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. MA berwarna kuning kehijauan, frekuensi 4 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair		
08.20 WIB		14. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : > 2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 9,9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 10 kg		
08.25 WIB		15. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. MA sudah membaik namun masih tampak kemerahan		
08.30 WIB		6. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. MA sudah aman ibu An. MA mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. MA		
08.35 WIB			6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih		6. An. MA sudah diberikan air putih oleh ibu An. MA

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)				
08.40 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. MA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit					
08.45 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. MA memberikan An. MA makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap	No	Indikator	Aw	Tj	
08.50 WIB		9. Menganjurkan Ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. MA mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. MA	1.	Konsistensi fekal	4	5	
08.55 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. MA di berikan obat L bio An. MA masih diare	2.	Frekuensi defekasi	4	5	
09.00 WIB		11. Memberikan obat penguas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink feses pada An. MA konsistensi masih cair	3.	Peristaltik usus	4	5	
09.10 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai dengan SOP	12. An. AS terlihat tenang	Keterangan : 6. Memburuk 7. Cukup memburuk 8. Sedang 9. Cukup membaik 10. Membaik Planning : Intervensi SIKI Manajemen diare dilanjutkan				
17.10		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 09.00 WIB, warna tinja An. MA berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi sudah berserat					
17.20		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. MA terlihat tenang					
09.40 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. MA	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 120 x/ menit, turgor kulit menurun CRT > 2	8 November 2024 Jam 18.10 WIB Subjektif :				

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
			detik , membran mukosa masih kering pada An. MA	- Ibu klien mengatakan An. MA BAB sudah menurun 4 kali dalam 24 jam	
09.45 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. MA	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. MA mengatakan sudah aman dan nyaman	- Ibu klien mangatan bahwa An. MA sudah tidak muntah lagi - Ibu klien mengatakan An. MA sudah membaik tetapi masih sedikit lemas	
09.50 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. MA	3. An. MA sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan	Objektif :	
09.55 WIB		4. Memberitahu ibu An. MA untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. MA mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. MA	- N: 120 x/menit - An. MA teraba lemah - P : 25 x/menit	
10.00 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. MA untuk tidak mengubah posisi An. MA secara mendadak	5. Ibu An. MA dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya	- S: 37°C - Turgor kulit :< 2 detik - Membran mukosa kering	
10.05 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. MA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit	- Volume urine 5 cc - Hematokrit 33%	
				Analisa : Keseimbangan cairan (sedang)	
				Planning : Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan dan dilanjutkan baby massage	
10.10 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	8 November 2024 Jam 18.15 WIB Subyektif: - Obyektif :	

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
10.15 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone	Ruam sudah tidak terlihat kemerahan Analisa : Integritas kulit pada perianal teratasi Planning : Intervensi SIKI Manajamen integritas kulit dihentikan	
16.10 WIB		Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal		
16.20 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		



Hari / Tanggal : Sabtu, 9 November 2024

Implementasi : Hari Ke-3

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
9-11-2024 08.20 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. MA dengan cara menanyakan kepada ibu An. MA	1. Ibu An. MA mengatakan penyebab diare pada An. MA karena An. MA diberikan susu formula	9 November 2024 Jam 17.00 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. MA BAB sudah berkurang, 2 kali dalam sehari kondisi An. MA sudah mulai membaik - Ibu klien mengatakan An. MA BAB sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 2 kali dalam sehari kondisi An. MA sudah mulai membaik - Konsistensi feses pada An. MA sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat - Bising usus = 13,5 x/mnt - N : 115 x/ menit - P: 24 x/ menit - S: 36,6 °C Analisa: Eliminasi fekal (normal)	
08.25 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. MA berwarna kuning kehijauan, frekuensi sudah berkurang 4 kali dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair		
08.30 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : <2 detik, membran mukosa sudah mulai lembab, berat badan meningkat dari saat masuk 10 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 10,1 kg		
08.35 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. MA untuk warna nya sudah tidak tampak kemerahan		
08.40 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. MA sudah aman ibu An. MA mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. MA		
08.45 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. MA sudah diberikan air putih oleh ibu An. MA		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf														
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)																	
08.50 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. MA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Aw</th> <th>Tj</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Konsistensi fekal</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Peristaltik usus</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memburuk Cukup memburuk Sedang Cukup membaik Membaik <p>Planning :</p> <p>Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (ps boleh pulang)</p>	No	Indikator	Aw	Tj	1.	Konsistensi fekal	5	5	2.	Frekuensi defekasi	5	5	3.	Peristaltik usus	5	5	
No	Indikator	Aw	Tj																		
1.	Konsistensi fekal	5	5																		
2.	Frekuensi defekasi	5	5																		
3.	Peristaltik usus	5	5																		
08.55 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. MA memberikan An. MA makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap																		
09.00 WIB		9. Menganjurkan Ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. MA mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. MA																		
09.05 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. MA di berikan obat L bio An. MA diare sudah berkurang																		
09.10 WIB		11. Memberikan obat penguas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink, fese pada An. MA sudah mulai membaik tampak lembek dan mulai ada potongan padat																		
09.15 WIB		12. Melakukan baby massage	12. Baby massage sesuai dengan SOP																		
16.40 WIB		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Warna tinja An. MA berwarna kuning, frekuensi sudah berkurang 2 kali dalam sehari, konsistensi sudah tampak lembek dan mulai ada potongan pada																		
11.10 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. MA	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 110x/ menit, turgor kulit membaik CRT <2 detik, membran mukosa sudah mulai lembab pada An. MA	9 November 2024 Jam 12.10 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. MA BAB sudah menurun 2 kali dalam 24 jam																	
11.20 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. MA	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. MA																		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
			mengatakan sudah aman dan nyaman	- Ibu klien mangatan bahwa An. MA sudah tidak muntah lagi	
11.25 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. MA	3. An. MA sudah diberikan air putih oleh ibu An. MA untuk menambah asupan cairan	- Ibu klien mengatakan An. MA sudah membaik tetapi masih sedikit lemas	
11.30 WIB		4. Memberitahu ibu An. MA untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. MA mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. MA	Objektif :	
11.35 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. MA untuk tidak mengubah posisi An. MA secara mendadak	5. Ibu An. MA dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya	- N: 110 x/menit - An. MA mulai membaik - P : 24 x/menit - S: 36,5°C	
11.40 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. MA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit	- Turgor kulit : <2 detik - membran mukosa kering - Hematokrit 39,2%	
				Analisa : Keseimbangan cairan (cukup meningkat). Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (pasien boleh pulang)	

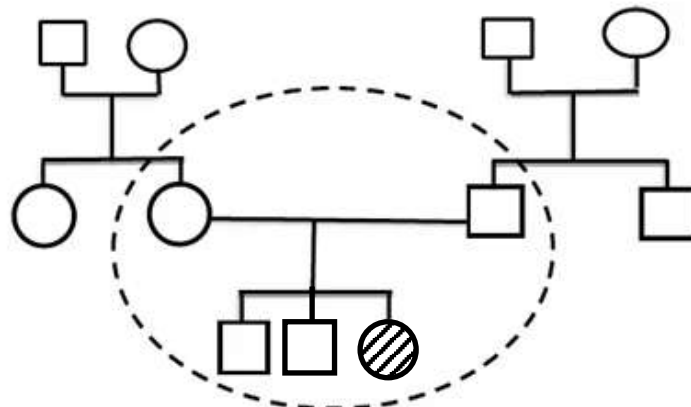
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. QA DENGAN DIARE DAN
PEMBERIAN BABY MASSAGE DI RSU AGHISNA MEDIKA CILACAP**

I. PENGKAJIAN

A. Identitas

Nama : An. QA
Tempat/Tgl Lahir : Cilacap, 8 Oktober 2023 (1 tahun 11 bulan 8 hari)
Jenis Kelamin : Perempuan
Nama Ibu : Ny. N
Alamat : Sikampung RT.30/03
Pekerjaan : IRT
Umur : 36 tahun
Pendidikan : SMP
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Nama Ayah : Tn. D
Umur : 40 tahun
Alamat : Sikampung RT.30/03
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Petani
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Tanggal pengkajian : Rabu, 13 November 2024
Tanggal masuk RS : Rabu, 13 November 2024

Genogram



Keterangan :

- laki-laki :
- Perempuan :
- Tinggal serumah :
- Pasien :

B. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan klien BAB dengan konsistensi cair 7-8 x/hari.

C. Riwayat Penyakit Sekarang

An. QA masuk ke IGD RSUD Aghisna Medika Kroya pada tanggal 13 November 2024 jam 01.28 WIB dengan keluhan utama: Ibu klien mengatakan saat dirumah, anak mengalami mencret kurang lebih 2 hari, dalam satu hari lebih dari 7-8 x cair. Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 November 2023 pukul 08.00 WIB. Pasien masih daire terpasang infus Kondisi saat di kaji Nadi 129 x/menit, RR 27 x/menit, Suhu 37,6 °C, pemberian sufor dengan frekuensi minum tiap 2 jam kurang lebih 10 – 30 ml. Saat di IGD pasien di berikan cairan RL dengan 32 tpm. Kondisi saat ini CRT < 3detik, mata cekung dan badan lemas.

D. Riwayat Penyakit Dahulu

1. Penyakit yang pernah diderita
Ibu klien mengatakan klien belum pernah mengalami diare.
2. Pengalaman di rawat dirumah sakit
Ibu klien mengatakan An. QA belum pernah dirawat di rumah sakit.
3. Riwayat operasi/pembedahan
Ibu klien mengatakan An. QA tidak ada riwayat operasi atau pembedahan
4. Riwayat kehamilan/persalinan ibu yang berhubungan dengan kondisi saat ini
Ibu klien mengatakan, dari kedua anaknya semua lahir dengan normal dan Ibu klien mengatakan An. QA tidak diberikan ASI secara eksklusif.
5. Riwayat alergi
Ibu klien mengatakan An. QA tidak memiliki alergi makanan ataupun obat.

E. Riwayat Penyakit Keluarga

Ibu klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit kronis.

F. Pengukuran Antropometri

1. Berat badan sebelum sakit : 8,9 kg
2. Berat badan sesudah sakit : 8,6 kg
3. Tinggi/Panjang Badan : 65,5 cm
4. Lingkar Kepala : 38,1 cm
5. Lingkar Dada : -
6. Lingkar Lengan Atas : -

G. Vital Sign

Diukur pada tanggal 13 November 2024

1. Suhu : 37,6°C
2. Frekuensi Nadi : 129 x/ menit
3. Frekuensi Pernafasan : 27 x/menit

H. Riwayat Perkembangan

Ibu klien mengatakan, klien tidak memiliki gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan		Ya	Tidak
1	Letakkan pensil di telapak tangan bayi. Coba ambil pensil tersebut dengan perlahan-lahan. Apakah anda sulit mendapatkan pensil itu kembali?	Gerak Halus	√	-
2	Taruh kacang di atas meja. Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai?	Gerak Halus	√	-
3	Tanpa bantuan, apakah anak dapat mempertemukandua kubus kecil yang ia pegang?	Gerak Halus	√	-
4	Sebut 2-3 kata yang dapat ditiru oleh anak (tidak perlu kata-kata yang lengkap). Apakah ia mencoba meniru menyebutkan kata-kata tadi ?	Bahasa dan Bicara	√	-
5	Jika anda bersembunyi di belakang sesuatu/di pojok, kemudian muncul dan menghilang secara berulangulng di hadapan anak, apakah ia mencari anda atau mengharapkan anda muncul kembali?	Sosialisasi dan kemandirian	√	-
6	Apakah anak dapat mengangkat badannya ke posisi berdiri tanpa bantuan anda?	Gerak kasar	√	-

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan	Ya	Tidak
7	Apakah anak dapat membedakan anda dengan orang yang belum ia kenal? Ia akan menunjukkan sikap malu-malu atau ragu-ragu pada saat permulaan bertemu dengan orang yang belum dikenalnya	√	-
8	Apakah anak dapat duduk sendiri tanpa bantuan?	√	-
9	Apakah anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya: "ma-ma", "da-da" atau "pa-pa". Jawab YA bila ia mengeluarkan salah satu suara tadi.	√	-
10	Apakah anak dapat berdiri selama 30 detik atau lebih dengan berpegangan pada kursi/meja?	√	-
TOTAL		10	0

I. Identitas Kebutuhan Dasar dan Pemeriksaan Fisik

1. Kepala: Normosefali, rambut hitam, terdistribusi merata, tidak mudah dicabut, UUB cekung (-)
2. Mata: Pupil bulat, isokor (+/+), reflex sensorik kornea (+/+), reflex cahaya langsung (+/+), reflex cahaya tidak langsung (+/+), konjungtiva anemis (-/-), sclera ikterik (-/-)
3. Kebutuhan oksigenasi
 - a. Hidung : Bentuk normotia, sekret (+/+), nafas cuping hidung (-/-)
 - b. Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pengembangan dada normal
 - c. Paru-paru:
 - Inspeksi : Hemithorax dextra sinistra simetris saat statis maupun dinamis, retraksi suprasternal, intercostal dan epigastrial (-)
 - Palpasi : Tidak dilakukan.
 - Perkusi : Tidak dilakukan
 - Auskultasi : Suara napas vesikuler (+/+), ronchi (-/-), wheezing (-/-)
 - d. Jantung :
 - Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi iktus kordis
 - Palpasi : Iktus kordis teraba di ICS V 1 – 2 cm medial linea mid clavicularrisinistra

Perkusi : Tidak dilakukan
 Auskultasi : Bunyi jantung I dan II reguler, murmur (-), gallop (-)

4. Kebutuhan nutrisi dan cairan

a. Mulut: membrane mukosa kering, gusi pink, tidak ada masalah dalam proses mengunyah atau menelan.

b. Abdomen:

Inspeksi : Dinding abdomen datar

Auskultasi : Bising usus (+) \pm 32,5 x/m

Perkusi : Timpani (+), seluruh lapang abdomen.

Palpasi : Supel, nyeri tekan (+), Hepar dan Lien tidak teraba, turgor kulit kembali agak lambat CRT < 3 detik.

c. Pola Nutrisi dan Cairan

Tabel 1 Pola Nutrisi dan Cairan Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola nutrisi dan cairan		Sehat	Sakit
Jam makan	Pagi	07.00 WIB	08.30 WIB
	Siang	11.00 WIB	12.30 WIB
	Malam	17.30 WIB	18.00 WIB
Porsi makan		3 kali sehari terkadang lebih	2-3 kali sehari dalam porsi yang sedikit dan makanan tidak dihabiskan
Jenis makanan pokok		Susu	Susu
Jenis makanan selingan		Susu	Susu dan Bubur tim
Makanan kesukaan		-	-
Makanan yang tidak disukai		Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan untuk makan dan minum		-	-

d. Kebutuhan eliminasi

Tabel 2 Pola BAB Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air besar (BAB)	Sehat	Sakit
Frekuensi	1 kali sehari	> 7 kali/hari
Konsistensi	Lunak	Cair dan berlendir
Warna	Kekuningan	
Keluhan saat BAB	Tidak ada	Lemas
Istilah yang digunakan anak untuk BAB	-	-

Tabel 3 Pola BAK Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air kecil (BAK)	Sehat	Sakit
Frekuensi	3-4 kali sehari	2-3 kali sehari
Warna	Jernih	Kuning jernih
Volume	275 ml	135 ml
Keluhan saat BAK	Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan anak untuk BAK	-	-

6. Kebutuhan aktivitas dan istirahat

Tabel 4 Pola Aktivitas Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola Aktivitas		Sehat	Sakit
Bermain		Aktif bermain dengan keluarga	Tidak aktif, anak rewel
Tempramen anak		Tidak ada	Wajah lemas
Jam Tidur-Bangun	Malam	11 Jam	7 Jam
	Siang	3 jam	2 jam
Ritual sebelum tidur		Pemberian ASI	Pemberian ASI
Enuresis		Ada	Ada
Gangguan tidur		Tidak ada	Sering terbangun karena kaget dengan lingkungan sekitar

7. Kebutuhan Interaksi Sosial

- a. Anak - Orang tua : belum dapat berkomunikasi
- b. Anak - Teman : belum dapat berkomunikasi
- c. Anak-Keluarga : belum dapat berkomunikasi
- d. Anak-Orang lain : belum dapat berkomunikasi

8. Kebutuhan Personal Higiene

Saat sehat klien dimandikan oleh ibunya 2 kali dalam sehari (Pagi dan sore) di kamar mandi, saat sakit klien hanya di lap di tempat tidur oleh ibunya, berpakaian dibantu ibunya, kondisi kuku: pendek bersih.

9. Organ sesnsoris

- a. Mata
 - 1) Penempatan dan kesejajaran : simetris
 - 2) Warna sklera : normal berwarna putih
 - 3) Warna iris : hitam
 - 4) Konjungtiva : anemis
 - 5) Ukuran pupil : simetris

- 6) Refleksi pupil : rangsang terhadap cahaya baik
 - 7) Refleksi berkedip : berkedip saat ada sentuhan tangan dan cahaya (dalam batasnormal)
 - 8) Gerakan kelopak mata : baik dalam batas normal
- b. Telinga
- 1) Penempatan dan kesejajaran : sejajar
 - 2) Higene telinga : kanan dan kiri bersih
- c. Kulit
- 1) Warna kulit : sawo matang
 - 2) Tekstur : halus
 - 3) Kelembaban : lembab
 - 4) Turgor : kering
 - 5) Integritas kulit : utuh
 - 6) Edema : tidak ada
 - 7) Capillary refill : kurang dari 3 detik
5. Pengkajian Resiko Malnutrisi Nutrition Risk Score (NRS)

Tabel 5 Pengkajian Nutrition Risk Score (NRS)

NO	VARIABEL	SKOR	PENGERTIAN
1	Nafsu makan	0	Nafsu makan baik
		0	Intake berkurang, sisa makanan lebih dari ½ porsi
		0	Tidak ada nafsu makan lebih dari 24 jam
2	Kemampuan untuk makan	0	Tidak ada kesulitan makan
		1	Muntah
		1	Ada masalah makan, diare
		1	Butuh bantuan untuk makan dan atau diare 7-8 kali sehari
		1	Tidak dapat makan secara oral, diare >8 kali sehari
3	Faktor stress	0	Tidak ada
		0	Pembedahan ringan atau infeksi
		0	Penyakit kronik, bedah mayor, inflammatory bowel disease atau penyakit gastrointestinal
4	Persentil berat badan	0	BB/TB sesuai standar
			90-99% BB/TB
			80-89% BB/TB
			< 79% BB/TB
TOTAL		4	

Kategori risiko malnutrisi berdasarkan skor :

- a) 0-3: tidak ada risiko malnutrisi
- b) 4-5: berisiko sedang
- c) >7: risiko tinggi malnutris

Lembar Observasi Status Nausea Keller Index Of Nausea (KIN)

Perubahan Sikap dan Perilaku		Distress (Tekanan)		Perubahan Fisiologis	
Penurunan aktifitas	Ya	Gelisah	Ya	Peningkatan frekuensi Pernafasan	Ya
Meletakkan tangan di mulut	-	Menangis	Ya	Hilang nafsu atau selera Makan	Ya
Meletakkan tangan di atas perut	-	Ekspresi wajah mual	-	Muntah	Ya
Posisi mual	-	Sensitif	-	Muntah ringan	-
Menolak cairan lewat mulut				Keringat dingin	-
				Kulit terasa dingin saat disentuh	-
				Perubahan warna kulit atau kemerahan	-
	1			Air liur meningkat	-
				Sering menelan	-
				Ada gerakan lidah atau menekan atau membasahi bibir	-
TOTAL SKOR	1		2		3

Keterangan :

Jika indikator ditemukan pada anak, maka diberikan skor

16. Jika indikator tidak ditemukan saat pengamatan, maka diberikan skor 0.

17. Skor terendah adalah 0. Sedangkan skor tertinggi adalah 19.

18. Total skor yang tertinggi kemungkinan terbesar mengalami mual yang aktual (Keller & Keck, 2006)

J. Pemeriksaan Diagnostik

Laboratorium klinik:Tgl: 13 November 2024

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Haemoglobin	12,8	gr/dL	11-15
Hematokrit	32,7	%	35-47
Leukosit	8,9	/ μ L	3.6-11.0
Trombosit	320	10^3 / μ L	150-450
Basofil	2	%	0-4
Eosinofil	2	%	1-4
Neutrofil	42,1	%	40-75
Limfosit	25,9	%	20-45
Monosit	3	%	2-5

K. Terapi

Dextrose 1/4 500 ml (infus) (25 cc/jam)

Infus Pct 3 x 80 mg

Zink (sirup) 1 x 10 mg

Oralit (50 ml tiap BAB cair)

L. Bio (5 tpm)

L. Balance Cairan

Tanggal	Monitoring Balance Cairan	
13-11-2024	Intake	
	Makanan	200 cc
	Minuman	180 cc
	Infus	500 cc
	Output	
	BAB dan urine	750 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntah	100 cc
	IWL	13,12 cc
	Total	+ 16,88 cc/kg/BB/hari
14-11-2024	Intake	
	Makanan	250 cc / 24 jam
	Minuman	200 cc / 24 jam
	Infus	300 cc
	Output	
	BAB dan urine	650 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntah	-
	IWL	13,12 cc
	Total	+86,88 cc/kg/BB/hari
15-11-2024	Intake	
	Makanan	250 cc
	Minuman	250 cc / 24 jam
	Infus	200 cc
	Output	
	BAB dan urine	550 cc / 24 jam
	Drain	-

Muntah	-
IWL	13,12 cc
Total	+ 64 cc/kg/BB/hari

M. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. QA BAB 8 kali dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan An. QA BAB cair dan berlendir - Ibu mengatakan terdapat ruam dan kemerahan pada sekitar perianal - Ibu mengatakan An. QA susah minum Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien BAB 8 kali dalam 24 jam - Konsistensi feses pada An. QA tampak cair dan berlendir - N : 129 x/ menit - P: 27 x/ menit - S: 37,6°C 	Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam	Diare (D.0020)
2	Ds : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. QA BAB 10 x dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan An. QA lemah Do : <ul style="list-style-type: none"> - N: 129 x/ menit - An. QA terlihat lemah - P : 27 x/menit - Turgor kulit : < 3 detik - membran mukosa kering - Hematokrit 32,7% 	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia (D.0023)
	Ds : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. QA terdapat ruam kemerahan dan lecet pada sekitar perianal Do : <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat ruam kemerahan dan lecet di sekitar perianal. - An. QA terlihat gelisah dan rewel. - Frekuensi nadi meningkat 129 x/ menit 	Kelembaban akibat seringnya BAB	Gangguan integritas kulit (D.0129)

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020)
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban akibat seringnya BAB (D.0129)

III. RENCANA KEPERAWATAN

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Diare Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam (D.0020)	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam Diharapkan : Eliminasi Fekal Membaik Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Konsistensi feses membaik Frekuensi defekasi membaik Peristaltik usus membaik 	<p>Manajemen diare (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab diare Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja Monitor tanda dan gejala hypovolemia Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal Monitor jumlah pengeluaran diare <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan asupan cairan oral (larutan garam gula, oralit) Berikan cairan intravena (ringer asetat, ringer laktat), jika perlu . Berikan terapi baby massage. Ambil sampel darah untuk pemberian darah lengkap dan elektrolit. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemberian obat antimotilitas Pemberian obat anti spamoic/ soasmolitik. Pemberian obat penguas feses (atapulgit).
2	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	<p>Status Cairan (L.03028)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Denyut nadi radial membaik Tekanan arteri rata-rata membaik Membran mukosa 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipovolemia Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Hitung kebutuhan cairan Berikan posisi modified trendelenburg Berikan asupan cairan oral

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
		membaik d. Mata cekung membaik e. Turgor kulit membaik f. Volume urin membaik g. Hematokrit membaik	Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCL, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
3	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Integritas Kulit (L.14125) Tujuan: Setelah 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik, dengan kriteria hasil: a. Hidrasi meningkat b. Perfusi jaringan meningkat c. Kerusakan jaringan menurun d. Kemerahan menurun	Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi: Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik: 1. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 2. Bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare 3. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering Edukasi: 1. Anjurkan menggunakan pelembab (lotion, serum) 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

IV. IMPLEMENTASI

Hari / Tanggal : Rabu, 13 November 2024

Implementasi : Hari Ke-1

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)		
13-11-2024 08.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. QA dengan cara menanyakan kepada ibu An. QA	1. Ibu An. QA mengatakan penyebab diare pada An. QA karena An. QA diberikan susu formula	13 November 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. QA BAB 10 kali dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan An. QA BAB cair dan berlendir Objektif : - Pasien BAB masih 8 kali - Konsistensi feses pada An. QA tampak cair dan berlendir - Bising usus = 26,5 x/mnt - N : 129 x/ menit - P: 27 x/ menit - S: 37,6 °C Analisa: Eliminasi fekal (sedang)		
08.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. QA berwarna kuning kehijauan, frekuensi 5 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair			
08.10 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : > 2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 9,2 sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,9 kg			
08.15 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. QA tampak ada kemerahan			
08.20 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. QA sudah aman ibu An. QA mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. QA			
			No	Indikator	Aw	Tj

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf											
			Formatif (Respon Hasil)		Sumatif (Respon Perkembangan)													
					<table border="1"> <tr> <td>1.</td> <td>Konsistensi fekal</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Peristaltik usus</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan : 11. Memburuk 12. Cukup memburuk 13. Sedang 14. Cukup membaik 15. Membaik</p> <p>Planning : Intervensi SIKI Manajemen diare dilanjutkan dan lanjutkan baby massage</p>	1.	Konsistensi fekal	3	5	2.	Frekuensi defekasi	3	5	3.	Peristaltik usus	3	5	
1.	Konsistensi fekal	3	5															
2.	Frekuensi defekasi	3	5															
3.	Peristaltik usus	3	5															
08.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6.	An. QA sudah diberikan air putih oleh ibu An. QA														
08.30 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7.	An. QA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit														
08.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8.	Ibu An. QA memberikan An. QA makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap														
08.40 WIB		9. Menganjurkan Ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9.	Ibu An. QA mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. QA														
08.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10.	Setelah An. QA di berikan obat L bio An. QA masih diare														
08.50 WIB		11. Memberikan obat pengeras feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11.	Setelah di berikan oralit dan zink, feses pada An. QA konsistensi masih cair														

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
08.55 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. QA terlihat tenang		
17.00 WIB		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 10.55 WIB, warna tinja An. QA berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi dalam bentuk cair		
17.05 WIB		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. QA terlihat tenang		
09.00 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. QA	1. Setelah dilakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 129 x/ menit, turgor kulit menurun CRT > 2 detik, membran mukosa masih kering pada An. QA	29 Oktober 2024 Jam 18.10 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan bahwa An. QA sudah tidak muntah lagi - Ibu klien mengatakan An. QA sudah membaik tetapi masih sedikit lemas Objektif : - N: 120 x/menit - An. QA terlihat lemah - P : 25 x/menit - S: 37,8°C - Turgor kulit : <2 detik - Membran mukosa kering - volume urine 5 cc - Hematokrit 32,7% Analisa : Keseimbangan cairan (sedang) Planning :	
09.05 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. QA	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. QA mengatakan sudah aman dan nyaman		
09.10 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. QA	3. An. QA sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan		
09.15 WIB		4. Memberitahu ibu An. QA untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. QA mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. QA		
09.20 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. QA untuk tidak mengubah posisi An. QA secara mendadak	5. Ibu An. QA dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
09.25 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. QA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
				Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan	
09.30 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	29 Oktober 2024 Jam 18.20 WIB Subyektif: - Obyektif:	
09.40 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone	Ruam masih terlihat kemerahan	
16.40 WIB		Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	Analisa : Integritas kulti pada perianal belum teratasi Planning : Intervensi SIKI Manajemen integritas kulit dilanjutkan	
16.50 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		

Hari / Tanggal : Kamis, 14 November 2024

Implementasi : Hari Ke-2

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf								
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)									
14-11-2024 08.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. QA dengan cara menanyakan kepada ibu An. QA	1. Ibu An. QA mengatakan penyebab diare pada An. QA karena An. QA diberikan susu formula	14 November 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. QA BAB sudah berkurang, 6 kali dalam sehari - Ibu klien mengatakan An. QA BAB cair Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 5 kali dalam sehari - Konsistensi feses pada An. QA tampak cair tetapi sudah sedikit lembek - Bising usus = 19,5 x/mnt - N : 130 x/ menit - P: 26 x/ menit - S: 37,4 °C Analisa: Eliminasi fekal (membaik)									
08.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. QA berwarna kuning kehijauan, frekuensi 4 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair										
08.10 WIB		19. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : < 3 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 8,9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,6 kg										
08.15 WIB		20. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. QA sudah membaik namun masih tampak kemerahan										
08.20 WIB		6. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. QA sudah aman ibu An. QA mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. QA										
08.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. QA sudah diberikan air putih oleh ibu An. QA										
08.30 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. QA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit										
08.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan	8. Ibu An. QA meberikan An.										
					<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Aw</th> <th>Tj</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Konsistensi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Aw	Tj	1.	Konsistensi	4	5
No	Indikator	Aw	Tj										
1.	Konsistensi	4	5										

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)				
		porsi kecil tapi sering dan bertahap	QA makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap		fekal			
08.40 WIB		9. Mengajukan Ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. QA mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. QA	2.	Frekuensi defekasi	4	5	
08.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. QA di berikan obat L bio An. QA masih diare	3.	Peristaltik usus	4	5	
08.50 WIB		11. Memberikan obat pegas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink feses pada An. QA konsistensi masih cair	Keterangan : 11. Memburuk 12. Cukup memburuk 13. Sedang 14. Cukup membaik 15. Membaik				
09.00 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai dengan SOP	12. An. AS terlihat tenang	Planning : Intervensi SIKI Manajemen diare dilanjutkan				
17.00		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 09.00 WIB, warna tinja An. QA berwarna kekuningan, frekuensi 4 kali, konsistensi masih cair namun berserat					
17.05		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. QA terlihat tenang					
09.30 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. QA	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 120 x/ menit, turgor kulit menurun CRT < 3 detik, membran mukosa terlihat basah pada An. QA	14 November 2024 Jam 18.10 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. QA BAB sudah menurun 5 kali dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan bahwa An. QA sudah tidak muntah lagi				
09.35 WIB		2. Memberikan posisi trelendburg pada An. QA	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelendburg ibu An. QA mengatakan sudah aman dan					

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
				nyaman	
09.40 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. QA	3. An. QA sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. QA sudah membaik tetapi masih sedikit lemas Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - N: 130 x/menit - An. QA teraba lemah - P : 26 x/menit - S: 37,4°C - Turgor kulit :< 2 detik - Membran mukosa kering - Volume urine 5 cc - Hematokrit 35% Analisa : Keseimbangan cairan (sedang) Planning : Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan dan lanjutan baby massage	
09.45 WIB		4. Memberitahu ibu An. QA untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. QA mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. QA		
09.50 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. QA untuk tidak mengubah posisi An. QA secara mendadak	5. Ibu An. QA dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
09.55 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. QA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		
10.00 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	14 November 2024 Jam 18.15 WIB Subyektif: - Obyektif : Ruam dan kemerahan menurun Analisa : Integritas kulit pada perianal teratasi Planning : Intervensi SIKI Manajemen integritas kulit dihentikan	
10.10 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		
16.00 WIB		Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal		
16.10 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		

Hari / Tanggal : Jumat, 15 November 2024
Implementasi : Hari Ke-3

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
15-11-2024 08.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare:		15 November 2024 Jam 16.30 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. QA BAB sudah berkurang, 3 kali dalam sehari kondisi An. QA sudah mulai membaik - Ibu klien mengatakan An. QA BAB sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 3 kali dalam sehari kondisi An. QA sudah mulai membaik - Konsistensi feses pada An. QA sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat - Bising usus = 14 x/mnt - N : 110 x/ menit - P: 25 x/ menit - S: 36,8 °C	
		1. Mengetahui penyebab diare pada An. QA dengan cara menanyakan kepada ibu An. QA	1. Ibu An. QA mengatakan penyebab diare pada An. QA karena An. QA diberikan susu formula		
08.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. QA berwarna kuning kehijauan, frekuensi sudah berkurang 4 kali dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair		
08.10 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : <2 detik, membran mukosa sudah mulai lembab, berat badan meningkat dari saat masuk 8,6 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,8 kg		
08.15 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. QA untuk warna nya sudah tidak tampak kemerahan		
08.20 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. QA sudah aman ibu An. QA mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. QA		
08.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. QA sudah diberikan air putih oleh ibu An. QA		
08.30 WIB	7. Memberikan pasien cairan	7. An. QA diberikan infus ringer	Analisa:		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)				
		infus melalui intravena	laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit	Eliminasi fekal (normal)				
08.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. QA meberikan An. QA makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap	No	Indikator	Aw	Tj	
08.40 WIB		9. Menganjurkan Ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. QA mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. QA	1.	Konsistensi fekal	5	5	
08.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. QA di berikan obat L bio An. QA diare sudah berkurang	2.	Frekuensi defekasi	5	5	
08.50 WIB		11. Memberikan obat pegas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink, fese pada An. QA sudah mulai membaik tampak lembek dan mulai ada potongan padat	3.	Peristaltik usus	5	5	
08.55 WIB		12. Melakukan baby massage	12. Baby massage sesuai dengan SOP	Keterangan : 6. Memburuk 7. Cukup memburuk 8. Sedang 9. Cukup membaik 10. Membaik				
16.00		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 08.55 WIB, warna tinja An. QA berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi sudah berserat dan tampak ada potongan	Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (ps boleh pulang)				
11.00 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit , membran mukosa , lemah pada An. QA	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 110 x/ menit, turgor kulit membaik CRT <2 detik , membran mukosa sudah mulai lembab pada An. QA	15 November 2024 Jam 12.10 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. QA BAB sudah menurun 3 kali dalam 24 jam - Ibu klien mangatan bahwa An. QAsudah tidak muntah				
11.10 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. QA	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. QA					

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)		
				mengatakan sudah aman dan nyaman	lagi	
11.15 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. QA	3.	An. QA sudah diberikan air putih oleh ibu An. QA untuk menambah asupan cairan	- Ibu klien mengatakan An. QA sudah membaik tetapi masih sedikit lemas	
11.20 WIB		4. Memberitahu ibu An. QA untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4.	Ibu An. QA mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. QA	Objektif : - N: 110 x/menit - An. QA mulai membaik	
11.25 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. QA untuk tidak mengubah posisi An. QA secara mendadak	5.	Ibu An. QA dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya	- P : 25 x/menit - S: 36,8°C - Turgor kulit : <2 detik	
11.30 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6.	An. QA diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit	- Membran mukosa basah - Hematokrit 38,9%	
					Analisa : Keseimbangan cairan (cukup meningkat). Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (pasien boleh pulang)	

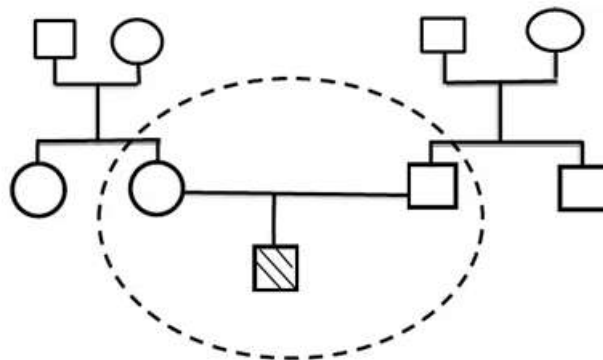
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. ZP DENGAN DIARE DAN
PEMBERIAN BABY MASSAGE DI RSU AGHISNA MEDIKA CILACAP**

I. PENGKAJIAN

A. Identitas

Nama : An. ZP
Tempat/Tgl Lahir : Cilacap, 15 Juni 2023 (1 tahun 6 bulan 19 hari)
Jenis Kelamin : Laki-laki
Nama Ibu : Ny. H
Umur : 24 tahun
Alamat : Desa Binangun RT.01/06 Cilacap
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Nama Ayah : Tn. S
Umur : 28 tahun
Alamat : Desa Binangun RT.01/06 Cilacap
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Tanggal pengkajian : Selasa, 26 November 2024
Tanggal masuk RS : Selasa, 26 November 2024

Genogram



Keterangan :

- laki-laki :
- Perempuan :
- Tinggal serumah :
- Pasien :

B. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan klien BAB dengan konsistensi cair >9 x/hari.

C. Riwayat Penyakit Sekarang

An. ZP masuk ke IGD RSUD Aghisna Medika Kroya pada tanggal 6 November 2024 jam 21.30 WIB dengan keluhan utama, ibu klien mengatakan anaknya diare 9 x dalam satu hari sebelum masuk rumah sakit. BAB dengan konsistensi cair, berlendir, warna kuning, volume ± 100 cc, muntah 2 kali, volume ± 10 cc. Orang tua mengatakan An. ZP juga mengalami demam (suhu: 38,1 °C) sejak satu hari sebelum masuk rumah sakit, anak rewel, gelisah, lesu mata cekung dan bibir pucat. Nafsu makan berkurang sejak 1 hari yang lalu dan tampak lemah.

D. Riwayat Penyakit Dahulu

1. Penyakit yang pernah diderita
Ibu klien mengatakan klien belum pernah mengalami diare.
2. Pengalaman di rawat dirumah sakit
Ibu klien mengatakan An. ZP belum pernah dirawat di rumah sakit.
3. Riwayat operasi/pembedahan
Ibu klien mengatakan An. ZP tidak ada riwayat operasi atau pembedahan
4. Riwayat kehamilan/persalinan ibu yang berhubungan dengan kondisi saat ini
Ibu klien mengatakan, dari kedua anaknya semua lahir dengan normal dan Ibu klien mengatakan An. ZP tidak diberikan ASI secara eksklusif.
5. Riwayat alergi
Ibu klien mengatakan An. ZP tidak memiliki alergi makanan ataupun obat.

E. Riwayat Penyakit Keluarga

Ibu klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit kronis.

F. Pengukuran Antropometri

1. Berat badan sebelum sakit : 10,1 kg
2. Berat badan sesudah sakit : 9,9 kg
3. Tinggi/Panjang Badan : 64,5 cm
4. Lingkar Kepala : 42,1 cm
5. Lingkar Dada : -
6. Lingkar Lengan Atas : -

G. Vital Sign

Diukur pada tanggal 26 November 2024

1. Suhu : 38,4°C
2. Frekuensi Nadi : 130 x/menit
3. Frekuensi Pernafasan : 28 x/menit

H. Riwayat Perkembangan

Ibu klien mengatakan, klien tidak memiliki gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan		Ya	Tidak
1	Letakkan pensil di telapak tangan bayi. Coba ambil pensil tersebut dengan perlahan-lahan. Apakah anda sulit mendapatkan pensil itu kembali?	Gerak Halus	√	-
2	Taruh kacang di atas meja. Dapatkah bayi memungut dengan tangannya benda-benda kecil seperti kismis, kacang-kacangan, potongan biskuit, dengan gerakan miring atau menggerapai?	Gerak Halus	√	-
3	Tanpa bantuan, apakah anak dapat mempertemukandua kubus kecil yang ia pegang?	Gerak Halus	√	-
4	Sebut 2-3 kata yang dapat ditiru oleh anak (tidak perlu kata-kata yang lengkap). Apakah ia mencoba meniru menyebutkan kata-kata tadi ?	Bahasa dan Bicara	√	-
5	Jika anda bersembunyi di belakang sesuatu/di pojok, kemudian muncul dan menghilang secara berulangulng di hadapan anak, apakah ia mencari anda atau mengharapkan anda muncul kembali?	Sosialisasi dan kemandirian	√	-
6	Apakah anak dapat mengangkat badannya ke posisi berdiri tanpa bantuan anda?	Gerak kasar	√	-

No	KPSP Pada Anak Usia 12 Bulan	Ya	Tidak
7	Apakah anak dapat membedakan anda dengan orang yang belum ia kenal? Ia akan menunjukkan sikap malu-malu atau ragu-ragu pada saat permulaan bertemu dengan orang yang belum dikenalnya	√	-
8	Apakah anak dapat duduk sendiri tanpa bantuan?	√	-
9	Apakah anak dapat mengatakan 2 suku kata yang sama, misalnya: "ma-ma", "da-da" atau "pa-pa". Jawab YA bila ia mengeluarkan salah satu suara tadi.	√	-
10	Apakah anak dapat berdiri selama 30 detik atau lebih dengan berpegangan pada kursi/meja?	√	-
TOTAL		10	0

I. Identitas Kebutuhan Dasar dan Pemeriksaan Fisik

1. Kepala: Normosefali, rambut hitam, terdistribusi merata, tidak mudah dicabut, UUB cekung (-)
2. Mata: Pupil bulat, isokor (+/+), reflex sensorik kornea (+/+), reflex cahaya langsung (+/+), reflex cahaya tidak langsung (+/+), konjungtiva anemis (-/-), sclera ikterik (-/-)
3. Kebutuhan oksigenasi
 - a. Hidung : Bentuk normotia, sekret (+/+), nafas cuping hidung (-/-)
 - b. Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pengembangan dada normal
 - c. Paru-paru:
 - Inspeksi : Hemithorax dextra sinistra simetris saat statis maupun dinamis, retraksi suprasternal, intercostal dan epigastrial (-)
 - Palpasi : Tidak dilakukan.
 - Perkusi : Tidak dilakukan
 - Auskultasi : Suara napas vesikuler (+/+), ronchi (-/-), wheezing (-/-)
 - d. Jantung :
 - Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi iktus kordis
 - Palpasi : Iktus kordis teraba di ICS V 1 – 2 cm medial linea mid clavicularrisinistra

Perkusi : Tidak dilakukan
 Auskultasi : Bunyi jantung I dan II reguler, murmur (-), gallop (-)

4. Kebutuhan nutrisi dan cairan

a. Mulut: membrane mukosa kering, gusi pink, tidak ada masalah dalam proses mengunyah atau menelan.

b. Abdomen:

Inspeksi : Dinding abdomen datar

Auskultasi : Bising usus (+) \pm 31,5 x/m

Perkusi : Timpani (+), seluruh lapang abdomen.

Palpasi : Supel, nyeri tekan (+), Hepar dan Lien tidak teraba, turgor kulit kembali agak lambar.

c. Pola Nutrisi dan Cairan

Tabel 1 Pola Nutrsi dan Cairan Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola nutrisi dan cairan		Sehat	Sakit
Jam makan	Pagi	07.30 WIB	07.30 WIB
	Siang	12.00 WIB	13.30 WIB
	Malam	18.30 WIB	19.00 WIB
Porsi makan		3 kali sehari terkadang lebih	2-3 kali sehari dalam porsi yang sedikit dan makanan tidak dihabiskan
Jenis makanan pokok		Susu	Susu
Jenis makanan selingan		Susu	Susu dan Bubur tim
Makanan kesukaan		-	-
Makanan yang tidak disukai		Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan untuk makan dan minum		-	-

d. Kebutuhan eliminasi

Tabel 2 Pola BAB Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air besar (BAB)	Sehat	Sakit
Frekuensi	1 kali sehari	> 10 kali/hari
Konsistensi	Lunak	Cair dan berlendir
Warna	Kekuningan	
Keluhan saat BAB	Tidak ada	Lemas
Istilah yang digunakan anak untuk BAB	-	-

Tabel 3 Pola BAK Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air kecil (BAK)	Sehat	Sakit
Frekuensi	3-4 kali sehari	2-3 kali sehari
Warna	Jernih	Kuning jernih
Volume	275 ml	140 ml
Keluhan saat BAK	Tidak ada	Tidak ada
Istilah yang di gunakan anak untuk BAK	-	-

6. Kebutuhan aktivitas dan istirahat

Tabel 4 Pola Aktivitas Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola Aktivitas		Sehat	Sakit
Bermain		Aktif bermain dengan keluarga	Tidak aktif, anak rewel
Tempramen anak		Tidak ada	Wajah lemas
Jam Tidur-Bangun	Malam	11 Jam	7 Jam
	Siang	3 jam	2 jam
Ritual sebelum tidur		Pemberian ASI	Pemberian ASI
Enuresis		Ada	Ada
Gangguan tidur		Tidak ada	Sering terbangun karena kaget dengan lingkungan sekitar

7. Kebutuhan Interaksi Sosial

- a. Anak - Orang tua : belum dapat berkomunikasi
- b. Anak - Teman : belum dapat berkomunikasi
- c. Anak-Keluarga : belum dapat berkomunikasi
- d. Anak-Orang lain : belum dapat berkomunikasi

8. Kebutuhan Personal Higiene

Saat sehat klien dimandikan oleh ibunya 2 kali dalam sehari (Pagi dan sore) di kamar mandi, saat sakit klien hanya di lap di tempat tidur oleh ibunya, berpakaian dibantu ibunya, kondisi kuku: pendek bersih.

9. Organ sesnsoris

a. Mata

- 1) Penempatan dan kesejajaran : simetris
- 2) Warna sklera : normal berwarna putih
- 3) Warna iris : hitam
- 4) Konjungtiva : anemis
- 5) Ukuran pupil : simetris
- 6) Refleks pupil : rangsang terhadap cahaya baik
- 7) Refleks berkedip : berkedip saat ada sentuhan tangan dan cahaya (dalam batasnormal)
- 8) Gerakan kelopak mata : baik dalam batas normal

b. Telinga

- 1) Penempatan dan kesejajaran : sejajar
- 2) Higene telinga : kanan dan kiri bersih

c. Kulit

- 1) Warna kulit : sawo matang
- 2) Tekstur : halus
- 3) Kelembaban : lembab
- 4) Turgor : kering
- 5) Integritas kulit : utuh
- 6) Edema : tidak ada
- 7) Capillary refill : kurang dari 3 detik

5. Pengkajian Resiko Malnutrisi Nutrition Risk Score (NRS)

Tabel 5 Pengkajian Nutrition Risk Score (NRS)

NO	VARIABEL	SKOR	PENGERTIAN
1	Nafsu makan	0	Nafsu makan baik
		0	Intake berkurang, sisa makanan lebih dari ½ porsi
		0	Tidak ada nafsu makan lebih dari 24 jam
2	Kemampuan untuk makan	0	Tidak ada kesulitan makan
		1	Muntah
		1	Ada masalah makan, diare
		1	Butuh bantuan untuk makan dan atau diare 7-8 kali sehari
		1	Tidak dapat makan secara oral, diare >8 kali sehari
3	Faktor stress	0	Tidak ada
		0	Pembedahan ringan atau infeksi

NO	VARIABEL	SKOR	PENGERTIAN
		0	Penyakit kronik, bedah mayor, inflammatory bowel disease atau penyakit gastrointestinal
4	Persentil berat badan	0	BB/TB sesuai standar
			90-99% BB/TB
			80-89% BB/TB
			< 79% BB/TB
TOTAL		4	

Kategori risiko malnutrisi berdasarkan skor :

- a) 0-3: tidak ada risiko malnutrisi
- b) 4-5: berisiko sedang
- c) >7: risiko tinggi malnutrisi

Lembar Observasi Status Nausea Keller Index Of Nausea (KIN)

Perubahan Sikap dan Perilaku		Distress (Tekanan)		Perubahan Fisiologis	
Penurunan aktifitas	Ya	Gelisah	Ya	Peningkatan frekuensi Pernafasan	Ya
Meletakkan tangan di mulut	-	Menangis	Ya	Hilang nafsu atau selera Makan	Ya
Meletakkan tangan di atas perut	-	Ekspresi wajah mual	-	Muntah	Ya
Posisi mual	-	Sensitif	-	Muntah ringan	-
Menolak cairan lewat mulut				Keringat dingin	-
				Kulit terasa dingin saat disentuh	-
				Perubahan warna kulit atau kemerahan	-
	1			Air liur meningkat	-
				Sering menelan	-
				Ada gerakan lidah atau menekan atau membasahi bibir	-
TOTAL SKOR		1	2		3

Keterangan :

Jika indikator ditemukan pada anak, maka diberikan skor

21. Jika indikator tidak ditemukan saat pengamatan, maka diberikan skor 0.
22. Skor terendah adalah 0. Sedangkan skor tertinggi adalah 19.
23. Total skor yang tertinggi kemungkinan terbesar mengalami mual yang aktual (Keller & Keck, 2006)

J. Pemeriksaan Diagnostik

Laboratorium klinik:Tgl: 26 November 2024

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Haemoglobin	10,5	gr/dL	11-15
Hematokrit	32,2	%	35-47
Leukosit	12,1	/ μ L	3.6-11.0
Trombosit	370	10^3 / μ L	150-450
Basofil	0	%	0-4
Eosinofil	0	%	1-4
Neutrofil	52,6	%	40-75
Limfosit	20,5	%	20-45
Monosit	5	%	2-5

K. Terapi

Dextrose 1/4 500 ml (infus) (25 cc/jam)

Injeksi Ampicilin 4 x 200 mg

Zink (sirup) 1 x 10 mg-

Paracetamol Syrup 3x 3/4 Cth

Oralit (50 ml tiap BAB cair)

L. Bio (5 tpm)

L. Balance Cairan

Tanggal	Monitoring Balance Cairan	
29-10-2024	Intake	
	Makanan	150 cc
	Minuman	200 cc
	Infus	600 cc
	Output	
	BAB dan urine	700 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntah	20 cc
	IWL	212 cc
	Total	18 cc/kg/BB/hari
5-11-2024	Intake	
	Makanan	200 cc / 24 jam
	Minuman	300 cc / 24 jam
	Infus	400 cc
	Output	
	BAB dan urine	600 cc / 24 jam
	Drain	-
	Muntah	-
	IWL	212 cc
	Total	88 cc/kg/BB/hari
6-11-2024	Intake	
	Makanan	300 cc
	Minuman	400 cc / 24 jam
	Infus	-
	Output	
	BAB dan urine	300 cc / 24 jam

Drain	-
Muntah	-
IWL	212 cc
Total	+ 188 cc/kg/BB/hari

M. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB 10 kali dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB cair dan berlendir - Ibu mengatakan terdapat ruam dan kemerahan pada sekitar perianal - Ibu mengatakan An. ZP susah minum <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien BAB 10 kali dalam 24 jam - Konsistensi feses pada An. ZP tampak cair dan berlendir - N : 132 x/ menit - P: 29 x/ menit - S: 38°C 	Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam	Diare (D.0020)
2	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB 10 x dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan An. ZP lemah <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N: 128 x/menit - An. ZP terlihat lemah - P : 25 x/menit - S: 38 °C - Turgor kulit : <2 detik - membran mukosa kering - volume urine 5,5 cc - Hematokrit 35,7% 	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia (D.0023)
	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. ZP terdapat ruam kemerahan dan lecet pada sekitar perianal <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat ruam kemerahan dan lecet di sekitar perianal. - An. ZP terlihat gelisah dan rewel. - Frekuensi nadi meningkat 128 x/menit 	Kelembaban karena seringnya BAB	Gangguan integritas kulit (D.0129)

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020)
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban (D.0129)

III. RENCANA KEPERAWATAN

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Diare Inflamasi gastrointestinal d.d. defekasi lebih dari 4x dalam 24 jam (D.0020)	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan : Eliminasi Fekal Membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Konsistensi feses membaik</p> <p>b. Frekuensi defekasi membaik</p> <p>c. Peristaltik usus membaik</p>	<p>Manajemen diare (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab diare 2. Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja 3. Monitor tanda dan gejala hypovolemia 4. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 5. Monitor jumlah pengeluaran diare <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral (larutan garam gula, oralit) 2. Berikan cairan intravena (ringer asetat, ringer laktat), jika perlu . 3. Berikan terapi baby massage. 4. Ambil sampel darah untuk pemberian darah lengkap dan elektrolit. 5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian obat antimotilitas 2. Pemberian obat anti spasmolik/ soasmolitik. 3. Pemberian obat penguas feses (atapulgit).
2	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	<p>Status Cairan (L.03028)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Denyut nadi radial</p>	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p>

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
		membaik b. Tekanan arteri rata-rata membaik c. Membran mukosa membaik d. Mata cekung membaik e. Turgor kulit membaik f. Volume urin membaik g. Hematokrit membaik	1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCL, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
3	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Integritas Kulit (L.14125) Tujuan: Setelah 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik, dengan kriteria hasil: a. Hidrasi meningkat b. Perfusi jaringan meningkat c. Kerusakan jaringan menurun d. Kemerahan menurun	Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi: Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik: 1. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 2. Bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare 3. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering Edukasi: 1. Anjurkan menggunakan pelembab (lotion, serum) 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

IV. IMPLEMENTASI

Hari / Tanggal : Selasa, 26 November 2024

Implementasi : Hari Ke-1

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf								
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)									
26-11-2024 08.10 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. ZP dengan cara menanyakan kepada ibu An. ZP	1. Ibu An. ZP mengatakan penyebab diare pada An. ZP karena An. ZP diberikan susu formula	26 November 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB 10 kali dalam 24 jam - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB cair Objektif : - Pasien BAB masih 5 kali - Konsistensi feses pada An. ZP tampak cair - Bising usus = 25,5 x/mnt - N : 125 x/ menit - P: 26 x/ menit - S: 37,5 ° C Analisa: Eliminasi fekal (sedang)									
08.15 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. ZP berwarna kuning kehijauan, frekuensi 7 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair										
08.20 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : > 2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 10,1 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 9,9 kg										
08.25 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. ZP tampak ada kemerahan										
08.30 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. ZP sudah aman ibu An. ZP mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. ZP										
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Aw</th> <th>Tj</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Konsistensi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Aw	Tj	1.	Konsistensi	3	5	
No	Indikator	Aw	Tj										
1.	Konsistensi	3	5										

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf											
			Formatif (Respon Hasil)		Sumatif (Respon Perkembangan)													
					<table border="1"> <tr> <td></td> <td>fekal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi defekasi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Peristaltik usus</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Keterangan : 16. Memburuk 17. Cukup memburuk 18. Sedang 19. Cukup membaik 20. Membaik</p> <p>Planning : Intervensi SIKI Manajemen diare dilanjutkan dan lanjutkan baby massage</p>		fekal			2.	Frekuensi defekasi	3	5	3.	Peristaltik usus	3	5	
	fekal																	
2.	Frekuensi defekasi	3	5															
3.	Peristaltik usus	3	5															
08.35 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6.	An. ZP sudah diberikan air putih oleh ibu An. ZP														
08.40 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7.	An. ZP diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit														
08.45 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8.	Ibu An. ZP meberikan An. ZP makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap														
08.50 WIB		9. Menganjurkan Ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9.	Ibu An. ZP mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. ZP														
08.55 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10.	Setelah An. ZP di berikan obat L bio An. ZP masih diare														
09.00 WIB		11. Memberikan obat penguas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11.	Setelah di berikan oralit dan zink, feses pada An. ZP konsistensi masih cair														

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
09.05 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. ZP terlihat tenang		
17.10 WIB		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 10.55 WIB, warna tinja An. ZP berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi dalam bentuk cair		
17.20 WIB		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. ZP terlihat tenang		
09.10 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. ZP	1. Setelah dilakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 125 x/ menit, turgor kulit menurun CRT > 2 detik, membran mukosa masih kering pada An. ZP	29 Oktober 2024 Jam 18.10 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan bahwa An. ZP sudah tidak muntah lagi - Ibu klien mengatakan An. ZP sudah membaik tetapi masih sedikit lemas Objektif : - N: 120 x/menit - An. ZP terlihat lemah - P : 25 x/menit - S: 37,8°C - Turgor kulit : <2 detik - Membran mukosa kering - volume urine 5 cc - Hematokrit 31% Analisa : Keseimbangan cairan (sedang)	
09.15 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. ZP	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. ZP mengatakan sudah aman dan nyaman		
09.20 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. ZP	3. An. ZP sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan		
09.25 WIB		4. Memberitahu ibu An. ZP untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. ZP mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. ZP		
09.30 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. ZP untuk tidak mengubah posisi An. ZP secara mendadak	5. Ibu An. ZP dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
09.35 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. ZP diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
				Planning : Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan	
09.40 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	29 Oktober 2024 Jam 18.20 WIB Subyektif: - Obyektif :	
09.45 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone	Ruam masih terlihat kemerahan	
16.45 WIB		Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	Analisa : Integritas kulti pada perianal belum teratasi Planning : Intervensi SIKI Manajemen integritas kulit dilanjutkan	
16.55 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone		

Hari / Tanggal : Rabu, 27 November 2024

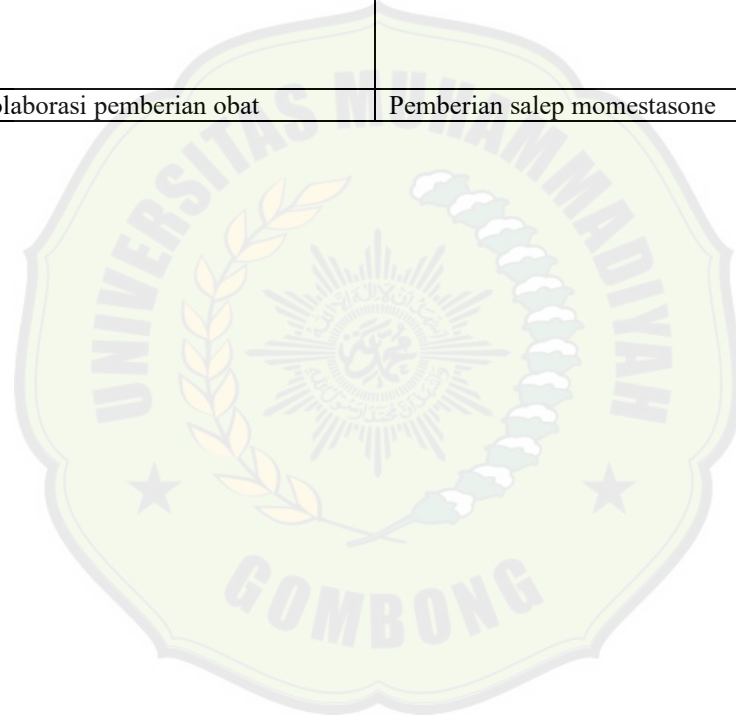
Implementasi : Hari Ke-2

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf				
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)					
27-11-2024 08.05 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. ZP dengan cara menanyakan kepada ibu An. ZP	1. Ibu An. ZP mengatakan penyebab diare pada An. ZP karena An. ZP diberikan susu formula	27 November 2024 Jam 18.00 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB sudah berkurang, 3 kali dalam sehari - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB cair Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 3 kali dalam sehari - Konsistensi feses pada An. ZP tampak cair tetapi sudah sedikit lembek - Bising usus = 18,4 x/mnt - N : 121 x/ menit - P: 24 x/ menit - S: 36,9 °C Analisa: Eliminasi fekal (membaik)					
08.15 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. ZP berwarna kuning kehijauan, frekuensi 4 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair						
08.20 WIB		24. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : > 2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 9,9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 10 kg						
08.25 WIB		25. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. ZP sudah membaik namun masih tampak kemerahan						
08.30 WIB		6. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. ZP sudah aman ibu An. ZP mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. ZP						
08.35 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. ZP sudah diberikan air putih oleh ibu An. ZP						
08.40 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. ZP diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit						
						<table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>Indikator</td> <td>Aw</td> <td>Tj</td> </tr> </table>	No	Indikator	Aw
No	Indikator	Aw	Tj						

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)			
08.45 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. ZP memberikan An. ZP makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap	1. Konsistensi fekal	4	5	
08.50 WIB		9. Menganjurkan Ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. ZP mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. ZP	2. Frekuensi defekasi	4	5	
08.55 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. ZP di berikan obat L bio An. ZP masih diare	3. Peristaltik usus	4	5	
09.00 WIB		11. Memberikan obat penguas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink feses pada An. ZP konsistensi masih cair	Keterangan : 16. Memburuk 17. Cukup memburuk 18. Sedang 19. Cukup membaik 20. Membaik			
09.10 WIB		12. Melakukan baby massage sesuai dengan SOP	12. An. AS terlihat tenang	Planning : Intervensi SIKI Manajemen diare dilanjutkan			
17.10		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Setelah pemijatan jam 09.00 WIB, warna tinja An. ZP berwarna kekuningan, frekuensi 2 kali, konsistensi sudah berserat				
17.20		14. Melakukan baby massage sesuai SOP	12. An. ZP terlihat tenang				
09.40 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit , membran mukosa , lemah pada An. ZP	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 120 x/ menit, turgor kulit menurun CRT > 2 detik , membran mukosa masih kering pada An. ZP	8 November 2024 Jam 18.10 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB sudah menurun 4 kali dalam 24 jam - Ibu klien mangatan bahwa			
09.45 WIB		2. Memberikan posisi trelendburg	2. Setelah dilakukan pemberian				

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		pada An. ZP	posisi trelandburg ibu An. ZP mengatakan sudah aman dan nyaman	An. ZP sudah tidak muntah lagi	
09.50 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. ZP	3. An. ZP sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan	- Ibu klien mengatakan An. ZP sudah membaik tetapi masih sedikit lemas	
09.55 WIB		4. Memberitahu ibu An. ZP untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. ZP mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. ZP	Objektif : - N: 120 x/menit - An. ZP teraba lemah - P : 25 x/menit	
10.00 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. ZP untuk tidak mengubah posisi An. ZP secara mendadak	5. Ibu An. ZP dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya	- S: 37°C - Turgor kulit :< 2 detik - Membran mukosa kering	
10.05 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. ZP diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit	- Volume urine 5 cc - Hematokrit 33%	
				Analisa : Keseimbangan cairan (sedang)	
				Planning : Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan dan lanjutan baby massage	
10.10 WIB	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan (D.0129)	Membersihkan perianal dengan air hangat terutama selama periode diare	Menyeka area perianal	8 November 2024 Jam 18.15 WIB Subyektif: - Obyektif :	
10.15 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestasone	Ruam sudah tidak terlihat kemerahan	
16.10 WIB		Membersihkan perianal dengan air	Menyeka area perianal	Analisa :	

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		hangat terutama selama periode diare		Integritas kulit pada perianal teratasi Planning : Intervensi SIKI Manajemen integritas kulit dihentikan	
16.20 WIB		Kolaborasi pemberian obat	Pemberian salep momestason		



Hari / Tanggal : Kamis, 28 November 2024
Implementasi : Hari Ke-3

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
28-11-2024 08.20 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare:		28 November 2024 Jam 16.00 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB sudah berkurang, 2 kali dalam sehari kondisi An. ZP sudah mulai membaik - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat Objektif : - Pasien BAB sudah berkurang 2 kali dalam sehari kondisi An. ZP sudah mulai membaik - Konsistensi feses pada An. ZP sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat - Bising usus = 13,5 x/mnt - N : 115 x/ menit - P: 24 x/ menit - S: 36,6 °C	
		1. Mengetahui penyebab diare pada An. ZP dengan cara menanyakan kepada ibu An. ZP	1. Ibu An. ZP mengatakan penyebab diare pada An. ZP karena An. ZP diberikan susu formula		
08.25 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. ZP berwarna kuning kehijauan, frekuensi sudah berkurang 4 kali dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair		
08.30 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : <2 detik, membran mukosa sudah mulai lembab, berat badan meningkat dari saat masuk 10 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 10,1 kg		
08.35 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. ZP untuk warna nya sudah tidak tampak kemerahan		
08.40 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. ZP sudah aman ibu An. ZP mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. ZP		
08.45 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. ZP sudah diberikan air putih oleh ibu An. ZP		
08.50 WIB	7. Memberikan pasien cairan	7. An. ZP diberikan infus ringer	Analisa:		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon				Paraf	
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)				
		infus melalui intravena	laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit	Eliminasi fekal (normal)				
08.55 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. ZP meberikan An. ZP makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap	No	Indikator	Aw	Tj	
09.00 WIB		9. Menganjurkan Ibu klien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. ZP mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. ZP	1.	Konsistensi fekal	5	5	
09.05 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. ZP di berikan obat L bio An. ZP diare sudah berkurang	2.	Frekuensi defekasi	5	5	
09.10 WIB		11. Memberikan obat pegas feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink, fese pada An. ZP sudah mulai membaik tampak lembek dan mulai ada potongan padat	3.	Peristaltik usus	5	5	
09.15 WIB		12. Melakukan baby massage	12. Baby massage sesuai dengan SOP	Keterangan :				
15.30 WIB		13. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	13. Warna tinja An. ZP berwarna kuning, frekuensi sudah berkurang 2 kali dalam sehari, konsistensi mulai ada yang padat	11. Memburuk 12. Cukup memburuk 13. Sedang 14. Cukup membaik 15. Membaik				
11.10 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit , membran mukosa , lemah pada An. ZP	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 110x/ menit, turgor kulit membaik CRT <2 detik , membran mukosa sudah mulai lembab pada An. ZP	Planning :				
11.20 WIB		2. Memberikan posisi trelandburg pada An. ZP	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelandburg ibu An. ZP mengatakan sudah aman dan	Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (ps boleh pulang)				
				9 November 2024 Jam 12.10 WIB Subjektif : - Ibu klien mengatakan An. ZP BAB sudah menurun 2 kali dalam 24 jam - Ibu klien mangatan bahwa An. ZP sudah tidak muntah lagi				

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
			nyaman		
11.25 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. ZP	3. An. ZP sudah diberikan air putih oleh ibu An. ZP untuk menambah asupan cairan	<ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An. ZP sudah membaik tetapi masih sedikit lemas Objektiv : <ul style="list-style-type: none"> - N: 110 x/menit - An. ZP mulai membaik - P : 24 x/menit - S: 36,5°C - Turgor kulit : <2 detik - membran mukosa kering - Hematokrit 39,2% Analisa : Keseimbangan cairan (cukup meningkat). Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (pasien boleh pulang)	
11.30 WIB		4. Memberitahu ibu An. ZP untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. ZP mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. ZP		
11.35 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. ZP untuk tidak mengubah posisi An. ZP secara mendadak	5. Ibu An. ZP dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
11.40 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. ZP diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/menit		