



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DIARE DI RUANG
ASTER RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh :

Erlin Rahayu

202303031

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

2024



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DIARE DI RUANG
ASTER RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
PURWOKERTO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Diajukan Oleh :

Erlin Rahayu

202303031

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2024

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 : Erlin Rahayu

NIM : 202303031

Tanggal : 27 September 2024

Tanda Tangan :



HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DIARE DI RUANG ASTER RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Untuk diujikan pada tanggal 5 September 2024

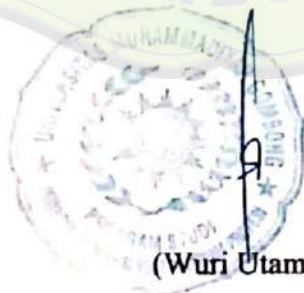
Pembimbing



(Nurlaila, M. Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi



(Wuri Utami, M.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Erlin Rahayu

NIM : 202303031

Program Studi : Profesi Ners Program Profesi

Judul KIA-N : Asuhan pada Anak dengan Diare di Ruang Aster RSUD Prof. Dr.
Margono Soekarjo Purwokerto

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

DEWAN PENGUJI

Penguji Satu

(Agustina Desy Putri S.Kep.,Ns)

Penguji Dua

(Nurlaila, M. Kep)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 12 Agustus 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas kelimpahan rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan judul ” **Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Diare di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto**” Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada Junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga penulis mendapat kemudahan dalam menyelesaikan proposal ini.

Sehubungan dengan itu, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Kedua orang tua saya Bapak dan Ibu yang sudah memberikan dukungan baik moril, materil, maupun spiritual. Serta semangat dan doa yang selalu diberikan setiap waktu sampai sekarang ini.
2. Dr. Hj. Herniyatun, M.Kep.,Sp.Mat selaku Ketua Universitas Muhammadiyah Gombong
3. Wuri Utami, M. Kep selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong
4. Ibu Nurlaila, M. Kep, selaku Pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahannya
5. Kepada seluruh keluarga besar saya yang juga selalu memberikan dukungan kepada saya sampai saat ini.
6. Sahabat – sahabat saya, dan teman – teman satu angkatan Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan motivasi dan semangat.
7. Seluruh pihak yang tidak bisa saya sebutkan.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapatkan balasan sesuai dengan amal pengabdian dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penyusunan proposal penelitian ini masih jauh dari sempurna dan banyak terdapat kekurangan, mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis mengharapkan masukan berupa kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak untuk

kesempurnaan proposal penelitian ini. Penulis berharap semoga proposal penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi ilmu pengetahuan pada umumnya, dan dibidang kesehatan pada khususnya.

Gombong, Agustus 2024

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Erlin Rahayu

NIM : 202303031

Program Studi : Profesi Ners

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 PADA ANAK DENGAN DIARE DI RUANG ASTER RSUD
PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

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 23 Agustus 2024

Yang menyatakan



Erlin Rahayu

Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Gombong

KIAN, Agustus 2024

Erlin Rahayu¹⁾, Nurlaila, M. Kep²⁾

Email :

ABSTRAK

ASUHAN PADA ANAK DENGAN DIARE DI RUANG ASTER RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Latar belakang Diare ialah penyakit dengan gejala dan tanda seperti perubahan pada tekstur feses hingga bentuk feses. Perubahan tersebut bisa cair, berlendir dan tentunya frekuensi keluarnya feses >3 kali sehari. Diare menimbulkan hilangnya cairan dan elektrolit dalam tubuh melalui tinja cair. Diare pun menurunkan nafsu makan dan berisiko berat badan tubuh menurun. Upaya dalam menangani diare yakni dengan metode rehidrasi guna mengganti cairan tubuh yang hilang akibat dehidrasi. Perawat yang berperan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya kasus anak dengan diare dapat memberikan perawatan berupa memantau asupan cairan yang dibutuhkan (intake output).

Tujuan umum Untuk menjelaskan asuhan keperawatan pada anak dengan diare di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Metode Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif pendekatan studi kasus. Melalui jenis penelitian ini, dimungkinkan untuk mengungkapkan gambaran yang mendalam dan terperinci mengenai suatu keadaan atau objek yang sedang diteliti.

Hasil asuhan keperawatan Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada kelima anak dengan diare didapatkan data awal BAB sehari 4-6 kali, tekstur feses ada yang cair hingga lembek. Hal tersebut ditandai dengan frekuensi BAB, turgor kulit, kulit pucat dan badan lemas. Setelah diberikan asuhan keperawatan dengan diagnosa diare dan implementasi manajemen diare, kelima anak mengalami perbaikan kondisi dan gejala diare ataupun hipovolemia berkurang.

Kesimpulan Asuhan keperawatan yang diberikan kepada anak dengan diagnosa diare pada mengalami perbaikan kondisi atau gejala diare berkurang.

Rekomendasi Diharapkan asuhan keperawatan khususnya untuk anak dengan diare dapat diterapkan dan diteruskan. Selain itu, bisa memberikan intervensi berupa inovasi lainnya untuk mengatasi masalah diare

Kata kunci Anak, Asuhan Keperawatan, Diare

¹⁾ **Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong**

²⁾ **Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong**

Nursing Study Program of Professional Education

Faculty of Health Science

University Muhammadiyah Gombong

KIAN, August 2024

Erlin Rahayu¹⁾, Nurlaila, M. Kep²⁾

Email :

ABSTRACT

NURSING CARE FOR CHILDREN WITH DIARRHEA IN ASTER ROOM AT PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO HOSPITAL

Background Diarrhea is a disease with symptoms and signs such as changes in stool texture to stool shape. These changes can be liquid, slimy and of course the frequency of stool >3 times a day. Diarrhea causes loss of fluids and electrolytes in the body through liquid stool. Diarrhea also reduces appetite and risks weight loss. Efforts to treat diarrhea are by rehydration methods to replace body fluids lost due to dehydration. Nurses who play a role in providing nursing care, especially in cases of children with diarrhea, can provide care in the form of monitoring the intake of fluids needed (intake output).

Objective To explain nursing care for children with diarrhea in Aster room at Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Hospital

Methods This research method utilizes a case study approach. Through this type of research, it is possible to provide a comprehensive and detailed description of a condition or object under investigation.

Nursing Care Outcomes Based on the case study conducted on five children with diarrhea, initial data showed that they defecated 4-6 times a day, with stool texture ranging from liquid to soft. This was indicated by the frequency of defecation, skin turgor, pale skin, and weak body. After being given nursing care with a diagnosis of diarrhea and implementation of diarrhea management, the five children experienced improvement in their condition and symptoms of diarrhea or hypovolemia decreased.

Conclusion Nursing care given to children diagnosed with diarrhea results in improved conditions or reduced diarrhea symptoms.

Recommendation It is expected that nursing care especially for children with diarrhea can be implemented and continued. In addition, it can provide interventions in the form of other innovations to overcome diarrhea problems.

Keywords *Children, Diarrhea, Nursing Care*

¹⁾ **Student of University Muhammadiyah Gombong**

²⁾ **Lecturer of University Muhammadiyah Gombong**

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Medis	5
B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Diare.....	12
C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori.....	13
D. Kerangka Konsep	18
BAB III METODE STUDI KASUS	19
A. Jenis Desain Karya Tulis Ilmiah	19
B. Subjek Studi Kasus	19
C. Fokus Studi Kasus.....	19
D. Definisi Operasional.....	20
E. Instrumen Studi Kasus	20
F. Metode Pengumpulan Data	21
G. Waktu dan Tempat Studi Kasus.....	22
H. Analisa dan Penyajian Data	22
I. Etika Studi Kasus	23

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	25
A. Profil Lahan Praktik	25
B. Ringkasan Asuhan Keperawatan Hasil Studi Kasus.....	25
C. Pembahasan.....	37
BAB V PENUTUP.....	42
A. Kesimpulan	42
B. Saran.....	42
DAFTAR PUSTAKA	44
LAMPIRAN.....	48



DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Tanda dan Gejala Diare.....	12
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan.....	15
Tabel 3. 1 Definisi Operasional	20
Tabel 4. 1 Hasil Evaluasi Tindakan Keperawatan	36



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway Diare	8
Gambar 2. 2 Kerangka Konsep	18



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diare ialah penyakit dengan gejala dan tanda seperti perubahan pada tekstus feses hingga bentuk feses. Perubahan tersebut bisa cair, berlendir dan tentunya frekuensi keluarnya feses >3 kali sehari. Diare yang disertai mual, muntah, serta feses berdarah menunjukkan diare dengan tingkat yang parah. Diare menjadi salah satu masalah dan penyebab kematian di dunia sebanyak 5-10 juta kematian/tahun. Tingkat morbiditas dan mortalitas tinggi penyakit diare berada di negara berkembang yakni nilai mortalitas 3,8 per 1000 per tahun dengan 3,2 pada anak usia <5 tahun (Rohmah, 2014).

Diare penyebab kematian utama anak-anak, sekitar 8 persen kematian anak-anak <5 tahun di seluruh dunia diakibatkan oleh diare pada wilayah di Asia Selatan dan Afrika sub-Sahara (UNICEF, 2018). Menurut data WHO di tahun 2017, sebanyak 1,7 juta kasus dan sebanyak 525.000 (30,8%) meninggal karena diare. Secara global, kematian anak usia <5 tahun sebanyak 15% disebabkan oleh diare dan diare menjadi peringkat kedua penyebab kematian anak (Kurniawati, 2020).

Riset Kesehatan RI menyatakan 2018, total prevalensi diare di tahun 2018 meningkat menjadi 8% dan diare pada balita meningkat sebesar 18,5%. Data yang didapatkan Riskesdas di tahun 2018, diare menjangkit pada bayi umur <1 tahun (9 %), umur 1-4 tahun (11,5 %), umur 5-14 tahun (6,2 %), dan 15-24 tahun (6,7 %) . Kelompok umur >75 tahun memiliki risiko terjadinya diare yakni 7,2% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019).

Berdasarkan data di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto dari tanggal Desember 2023 hingga Januari 2024 terdapat total 1125 pasien dan 263 (23,4%) diantaranya adalah anak dirawat dengan kasus diare (Data Primer Rekam Medis RSMS 2023-2024). Selain itu setiap hari selalu ada anak yang menjalani perawatan dengan kasus diare di Ruang Aster. Penatalaksanaan anak dengan diare di ruang aster masih dilakukan dengan

terapi farmakologi yaitu dengan rehidrasi, pemberian antibiotik jika diperlukan, dan pemantauan *balance cairan* agar tidak terjadi dehidrasi pada anak.

Diare disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya faktor karakteristik, perilaku pencegahan, serta lingkungan. Faktor karakteristik individu seperti usia <24 bulan, status gizi, dan tingkat pendidikan serta pengasuh balita. Faktor perilaku pencegahan seperti mencuci tangan, mencuci peralatan makan, mencuci bahan makanan, mencuci tangan setelah BAB dan BAK, hingga kebiasaan jajan anak diluar rumah. Faktor lingkungan meliputi kepadatan pemukiman, sarana air bersih, hingga kualitas air yang digunakan (Utami & Luthfiana, 2016).

Diare menimbulkan hilangnya cairan dan elektrolit dalam tubuh melalui (natrium, kalium dan bikarbonat) tinja cair. Dehidrasi terjadi karena hilang cairan dan elektrolit pada tubuh dan cairan yang diberikan tidak adekuat. Diare pun menurunkan nafsu makan dan berisiko berat badan tubuh menurun. Berdasarkan data yang dipaparkan diatas, akan muncul beberapa masalah keperawatan dengan pasien diare yaitu kekurangan volume cairan, gangguan integritas kulit, defisit nutrisi, risiko syok, dan ansietas (Nuraarif & Kusuma, 2015).

Upaya dalam menangani diare yakni dengan metode rehidrasi guna mengganti cairan tubuh yang hilang akibat dehidrasi. Diare yang berkelanjutan harus diatasi segera yakni memberikan obat-obatan simptomatik dan kausatif seperti menggunakan antibiotik (Fatmawati, dkk, 2020). Masyarakat tentunya mengenal beberapa obat diare yang tersedia pada apotek ataupun warung. Hal ini terjadi karena perkembangan pengetahuan masyarakat mengenai obat-obatan yang akan dikonsumsi dan mereka sangat berhati-hati dalam memilih atau menggunakan obat tersebut (Ariani, 2016).

Perawat yang berperan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya kasus anak dengan diare dapat memberikan perawatan berupa memantau asupan cairan yang dibutuhkan (*intake output*). Pemberian cairan melalui intravena pada anak memerlukan ketelitian untuk asupan cairan seperti

tetes cairan intravena dalam waktu tertentu dan penempatan jalur intravena harus dijaga, menganjurkan makan sedikit tapi sering dan mengecek tanda-tanda vital (PPNI, 2018).

Dari hasil penjabaran diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Diare di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dari penelitian ini yaitu : Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Diare di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menjelaskan analisis asuhan keperawatan pada anak dengan diare di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pada anak dengan diare
- b. Memaparkan hasil analisa data pada anak dengan diare
- c. Memaparkan hasil intervensi keperawatan pada anak dengan diare
- d. Memaparkan hasil implementasi keperawatan pada anak dengan diare
- e. Memaparkan hasil evaluasi keperawatan pada anak dengan diare

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Keilmuan

Dapat dijadikan referensi ilmiah bagi peneliti selanjutnya sebagai kontribusi ilmiah dan investasi dalam pengembangan keilmuan, khususnya dalam penatalaksanaan non farmakologis pada anak dengan diare.

2. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Penulis

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi wawasan tambahan bagi peneliti mengenai pemberian asuhan keperawatan pada anak dengan diare dengan penatalaksanaan nonfarmakologis.

b. Bagi Puskesmas atau Rumah Sakit

Sebagai dasar untuk memberikan dan meningkatkan mutu pemberian asuhan keperawatan serta memaksimalkan setiap tindakan keperawatan terutama penatalaksanaan non farmakologis pada anak dengan diare.

c. Bagi Masyarakat

Karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi tambahan wawasan dan dapat referensi untuk masyarakat luas sehingga dapat diterapkan kepada keluarga apabila terdapat anak dengan diare.



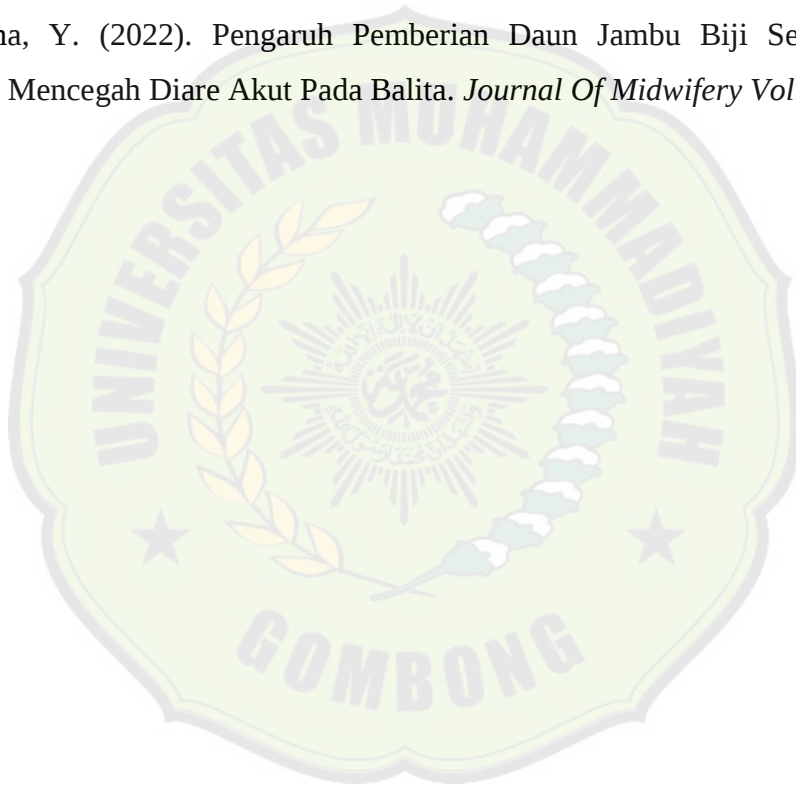
DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, Z. S., & Purnamawati, I. D. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 3(1), 115–132. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v3i1.64>
- Afiana, riza devi. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare Di Ruang Picu RS Jombang. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 6(November), 5–24.
- Aizah, S. (2022). Efektivitas Penggunaan Rebusan Tumbukan Daun Jambu Biji Untuk Menurunkan Frekuensi Diare Pada Anak . *Jurnal EDUNursing Vol 6 (1)*.
- Ajizah, A. (2019). Sensitivitas Salmonella typhimurium terhadap ekstrak daun Psidium guajava L. *Bioscientiae ;1(1):31-8*.
- Ariani. (2016). *Diare Pencegahan dan Pengobatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arikunto, S. (2016). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ajeng, F. A. (2023). *Gambaran Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare Di Rsd Krmt Wongsonegoro Semarang*. <http://repository.unissula.ac.id/29815/>
- Cairo, S. B. et al. (2020). Geospatial Mapping of Pediatric Surgical Capacity in North Kivu. *World Journal of Surgery*.
- Darmini, L. M. R. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare Akut Dehidrasi Ringan Sedang Dengan Defisien Volume Cairan Di Ruang Cilinaya RSD Mangusada*. SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI PROGRAM.
- Depatemen Kesehatan RI. (2011). *Buku Saku Kesehatan Lintas Diare Edisi 2011*. Jakarta: Depatemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2015). *Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare Pada Balita*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal.
- Dinarti dan Mulyanti. (2017). *Dokumentasi Keperawatan (1st ed.)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2023). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2022*. Jawa Tengah: Dinkes Jateng.
- DPP PPNI. (2017). *Standa Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- DPP PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indoensia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Dwienda, O. (2014). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi/Balita Dan Anak. Prasekolah*. Yogyakarta: Deepublish.
- Fatmawati, dkk. (2020). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diare Anak Usia 3-6 Tahun di TK Raudhatul Athfal Alauddin Makassar. *Jurnal Keperawatan Vol 2 (8)*.
- Hartati, S. &. (2019). Faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada balita di wilayah kerja puskesmas rejosari pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol 3 (2)*.
- John AOO, E. O. (2018). Antidiarrhoeal activity of Psidium guajava L. Linn. (Myrtaceae) leaf aqueous extract in rodents. *Journal Smooth Muscle Res;44(6):195-207*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kementerian kesehatan republik indonesia.
- Komala O, I. (2018). Daya antimikroba ekstrak tanaman obat terhadap bakteri Staphylococcus aureus. *Ekologia ;8(2):29-36*.
- Kurniawati, D. (2020). Poor Basic Sanitation Impact On Diarrhea Cases In Toddlers. *Jurnal Kesehatan Lingkungan. 2020;Vol. 13 No.1 (41-47)*.
- Kyle, T. &. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri Edisi 2*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Mardalena, I. (2018). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Mulyono. (2022). Penerapan Terapi Daun Jambu Biji Terhadap Diare Dan Menurunkan Tingkat Kecemasan Pada Anak. *Jurnal Ners Vol 4 (6)*.

- Musakkar, &. D. (2021). *Promosi Kesehatan: Penyebab Terjadinya Hipertensi* (H. Aulia (ed.)). Purwokerto: CV. Pena Persada.
- Nadifah, F. F. (2021). Pengaruh Infusa Daun Jambu Biji (*Psidium Guajava* Linn.) Terhadap Pertumbuhan Bakteri *Escherichia Coli* Secara In Vitro. *Journal of Health (JoH)*, Vol.2 No.2.
- Najah, H. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Diare Yang Di Rawat Di Rumah Sakit [POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN]. In *POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN* (Vol. 3, Issue 1).
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurjanah, P. A., Murniati, M., & Handayani, R. N. (2023). Asuhan Keperawatan Diare pada Anak dengan Gastroenteritis di Ruang Ar-Rahman. *Journal of Management Nursing*, 2(2), 201–206. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i2.92>
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam praktek keperawatan Profesional, Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi.4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Paramita, L. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diare Di Ruang 2 Ibu Dan Anak Rs Reksodiwiry Padang. *Jurnal Keperawatan*, 1–79.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1 Ce). PPNI.
- Rohmah, N. (2014). *Dasar-Dasar Keperawatan Anak Dilengkapi dengan Proses Keperawatan dan Evidence Based Nursing di Area Keperawatan Anak*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Saferi, A. (2013). *KMB 2 (Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Setiadi. (2014). *Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.

- Tannaz JB, B. S. (2020). Bactericidal effect of selected antidiarrhoeal medicinal plants on intracellular heat-stable enterotoxin-producing *Escherichia coli*. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences* ;76(3):229-35.
- UNICEF. (2018). United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'Levels & Trends in Child Mortality: Report 2018. *Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*, pp. 1–44.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Diarrhoea Disease*. Geneva: WHO
- Zulfiana, Y. (2022). Pengaruh Pemberian Daun Jambu Biji Sebagai Upaya Mencegah Diare Akut Pada Balita. *Journal Of Midwifery Vol. 10 No. 2*.



LAMPIRAN



Lampiran 1

JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN PENYUSUNAN PROPOSAL DAN HASIL KIA NERS TA 2022/2023

No	Jenis kegiatan	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul
1	Pengajuan Tema dan Judul											
2	Penyusunan proposal											
3	Ujian proposal											
4	Pengambilan data											
5	Penyusunan hasil											
6	Ujian hasil											

Lampiran 2

HASIL UJI PLAGIARISME

	UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG PERPUSTAKAAN Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412 Website : https://library.unimugo.ac.id/ E-mail : lib.unimugo@gmail.com
---	---

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 Dengan Diare Di Ruang Aster RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

Nama : Erlin Rahayu
 NIM : 202303031
 Program Studi : Profesi Ners Keperawatan
 Hasil Cek : 28%

Gombong, 27 Agustus 2024

Pustakawan


 (Aulia Rahmawati)

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


 (Sawiji, M.Sc)

Lampiran 3

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Erlin Rahayu dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Diare di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Gombong,2024

Saksi,

Yang Membuat Pernyataan

(.....)

(.....)

Lampiran 4

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

Kami adalah mahasiswa berasal dari Universitas Muhammadiyah Gombong dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Diare di Ruang Aster RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto”.

1. Tujuan dari studi kasus ini adalah melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan diare.
2. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Kemudian anak anda akan diberikan terapi rehidrasi cairan dengan monitoring dan evaluasi cairan intake dan output pasien. Saat pengambilan data bisa menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
3. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan dan tindakan yang diberikan dan nyeri yang anda rasakan dapat berkurang.
4. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.

Peneliti

Erlin Rahayu

Lampiran 5

LEMBAR OBSERVASI

No. Responden :

No	Tgl Pertemuan	BAB Ciar		Frekuensi BAB	Peristaltik usus		Ket
		Ya	Tidak		Meningkat	Normal	

Lampiran 7

Lampiran 7

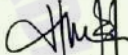
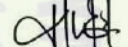
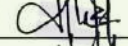
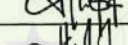
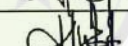
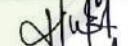
FORMAT KEGIATAN BIMBINGAN

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

Nama mahasiswa : Erlin Rahayu

NIM : 202303031

Pembimbing : Nurlaila, M. Kep

Tanggal Bimbingan	Topik /Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
10-November-2023	- Konsul Tema		
25-Januari-2024	- Konsul judul		
03-Februari - 2024	- Konsul BAB I		
16-Februari-2024	- Konsul revisi BAB I - Konsul BAB II		
28-Februari-204	- Konsul revisi BAB I,II - Konsul BAB III		
15-Maret-2024	- Konsul revisi BAB I, II, dan III		
22-Maret-2024	- Konsul Revisi BAB III		
30-Maret-2024	- ACC		

Mengetahui,

Ketua Program Pendidikan Profesi Ners


 (Wuri Utami, M. Kep)

Universitas Muhammadiyah Gombong

Lampiran 8

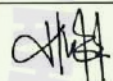
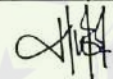
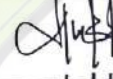
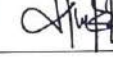
Lampiran 8

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

Nama mahasiswa : Erlin Rahayu

NIM : 202303031

Pembimbing : Nurlaila, M. Kep

Tanggal Bimbingan	Topik /Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
13 Agustus 2024	- Konsul BAB IV		
14 Agustus 2024	- Konsul revisi BAB IV		
15 Agustus 2024	- Konsul BAB V		
16 Agustus 2024	- Konsul revisi BAB V		
22 Agustus 2024	- ACC		

Mengetahui,

Ketua Program Pendidikan Profesi Ners



(Wuri Utami, M.Kep)

Universitas Muhammadiyah Gombong

Lampiran 9

ASUHAN KEPERAWATAN

Pasien Pertama

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK 		No. RM: 0227**** Nama Pasien : An.U Jenis Kelamin : P Tgl Lahir/Usia: 6 November 2016/ 8 tahun																					
Tanggal Masuk RS : 23 April 2024		Waktu Pemeriksaan : 23 April 2024																					
Ruangan: Aster																							
I. PENGKAJIAN KEPERAWATAN																							
A. KELUHAN UTAMA BAB lebih dari 5-6 kali dalam sehari tekstur cair Riwayat penyakit sekarang : (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini) Ibu klien mengatakan saat dirumah, anak mengalami mencret selama kurang lebih 2 hari, dalam satu hari lebih dari 6x cair. Pasien merupakan pasien rujukan dengan gangguan dehidrasi akibat diare yang dideritanya dan disarankan untuk di lakukan pemberian cairan serta dilakukan rawat inap. Saat di IGD pasien di berikan cairan RL dengan 32 tpm. Kondisi saat ini CRT <3detik, mata cekung dan badan lemas																							
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="4">ALERGI/ REAKSI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Tidak ada alergi : -</td> </tr> <tr> <td>Alergi Obat, sebutkan</td> <td>:</td> <td>-</td> <td>Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi makanan, sebutkan</td> <td>:</td> <td>-</td> <td>Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi lainnya, sebutkan</td> <td>:</td> <td>-</td> <td>Reaksi :-</td> </tr> </tbody> </table>				ALERGI/ REAKSI				Tidak ada alergi : -				Alergi Obat, sebutkan	:	-	Reaksi :-	Alergi makanan, sebutkan	:	-	Reaksi :-	Alergi lainnya, sebutkan	:	-	Reaksi :-
ALERGI/ REAKSI																							
Tidak ada alergi : -																							
Alergi Obat, sebutkan	:	-	Reaksi :-																				
Alergi makanan, sebutkan	:	-	Reaksi :-																				
Alergi lainnya, sebutkan	:	-	Reaksi :-																				

Tidak diketahui : -			
B. RIWAYAT KELAHIRAN			
Usia kelahiran : 36 minggu	Berat badan lahir : 2800 gr	Panjang badan lahir : 46 cm	
Persalinan : Spontan Menangis : Iya Riwayat kuning : Tidak			
C. RIWAYAT IMUNISASI DASAR			
No	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Reaksi setelah pemberian
D. RIWAYAT KELUARGA			
Ibu : Ny.E	Umur : 32 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Ayah : Tn.R	Umur : 38 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Anak anak lain : -			
E. RIWAYAT KESEHATAN			
1) Pernah dirawat : Tidak pernah 2) Kapan : - 3) Apakah terpasang alat implan : - 4) Apakah ada riwayat dalam keluarga : Hipertensi (nenek) 5) Mayor : -			
F. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG			
Bb : 29 kg TB : 100			

G. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Status Psikologi: Cemas

Status Sosial: Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik

Tempat Tinggal : Baturraden

Lingkungan tempat tinggal : Pedesaan

Rumah dekat dengan prasarana umum : -

Memiliki tetangga yang bahaya : Tidak memiliki

Pengasuh anak : Mengasuh sendiri

H. PEMRIKSAAN FISIK

Tekanan darah : -

Nadi : 110 kali/menit

Pernafasan : 24 kali/menit

Suhu : 37,8 °C

a. Neurologi

Kesadaran : Compos mentis

Gangguan neurologis : Tidak ada

b. Pernafasan

Irama : Reguler

Retraksi dada: Tidak ada

Bentuk dada : Normal

Pola nafas : Normal

Suara nafas : Normal

Nafas cuping: Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Alat bantu pernafasan : Spontan

c. Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada

Pucat : Ada

Intesistas nadi : Kuat

Irama nadi : Reguler

Edema : Tidak ada

Akral : Teraba Hangat

CRT : >3 detik

Clubbing finger : Tidak ada

d. Gastrointestinal

Labio : -

Muntah : tidak ada

Mual : tidak ada
 Nyeri ulu hati : Tidak ada
 Ascites : Tidak ada
 Lingkar perut :
 Lingkar kepala :
 Lingkar Lengan :

e. Eliminasi

1) Defekasi

Pengeluaran : Anus
 Frekuensi : 5-6 kali sehari
 Karakteristik fases : cair

2) Urine

Pengeluaran : 200 cc Spontan
 Kelainan : Tidak ada
 Deuresis : 3.4ml/kgBB/jam

f. Integumen

Warna kulit : Pucat
 Kelainan : Tidak ada
 Resiko Decubitus : Tidak ada
 Luka : Tidak Ada

g. Muskuloskeletal

Kelainan tulang : Tidak ada
 Gerak anak : Bebas

Genetalia

Normal : Ya

I. SKRINING NYERI

Adakah rasa nyeri : Tidak ada
 Sekor nyeri : -
 Tipe nyeri : -
 Karakteristik nyeri:
 Nyeri mempengaruhi:

J. SKRINING GIZI

No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang baik secara klinis?	Tidak (0)	Ya (1)
2.	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir?	Tidak (0)	Ya (1)
3.	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? (diare)	Tidak (0)	Ya (1)
4.	Apakah terdapat penyakit dasar atau kesadaran yang mengakibatkan pasien beresiko mengalami malnutrisi?	Tidak (1)	Ya (0)
Total		3 (resiko malnutrisi sedang)	

K. STATUS FUNGSIONAL

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	2
	3 – 7 tahun	3	
	7 – 13 tahun	2	
	>13 Tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	1
	Perubahan dalam oksigenisasi (Masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, sakit kepala, dll)	3	
	Kelainan psikis/perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	1
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	

	Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/anak	4	2
		Pasien menggunakan alat bantu atau box/mebel	3	
		Pasien berada di tempat tidur	2	
		Pasien diluar ruang rawat	1	
	Respon terhadap operasi/obat penenang/efek anasthesi	Dalam 24 jam	3	1
		Dalam 48 jam	2	
		>48 jam	1	
	Penggunaan obat	Penggunaan obat : sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturate, fenotialin, antidepresan, laksatif/diuretika, narkotik	3	1
		Salah satu dari perobatan diatas	2	
		Pengobatan lain	1	
	Total			(resiko jatuh rendah)
Skor: 7-11 Resiko jatuh rendah; ≥ 12 – Resiko Jatuh Tinggi				

POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan penyakit yang diderita anaknya hanya penyakit ringan, sehingga ibu klien berfikir akan sembuh sendiri.
 Selama perawatan : Ibu klien mengatakan mengetahui penyakit anaknya setelah anaknya dirawat.

2. Pola Nutrisi dan Metabolism

Sebelum sakit : Ibu klien hanya memberikan makanan yang dibuatkan untuk anaknya dan beberapa jajanan bila anaknya ingin membeli jajan
 Selama perawatan: Anak hanya memakan makanan yang berikan oleh rumah sakit, nafsu makan berkurang, mengalami penurunan sejak sakit menjadi 29kg dari 32kg. Konsumsi air putih juga jarang ada 230 cc.

3. Pola Eliminasi

Ibu klien mengatakan anaknya BAB 4x sehari konsistensi cair, berlendir dan berwarna kuning. Urin 200 cc selama 2 jam terakhir.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya aktif bergerak.

Selama perawatan : Ibu klien mengatakan anaknya hanya dapat berbaring dan tampak lemas.

5. Pola Istirahat Tidur

Ibu klien mengatakan anak kurang nyaman tidur selama di rumah sakit karena kondisi ruangan yang agak panas

6. Pola Kognitif – Perseotual Sensori

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Selama perawatan ibu klien mengatakan ingin anaknya segera pulang dan segera sembuh.

8. Pola Mekanisme Koping

Anak hanya tertidur dan menonton untuk mengurangi rasa bosan di rumah sakit

9. Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien berjenis kelamin perempuan.

10. Pola peran-hubungan dengan orang lain

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada Allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada Allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi rutin			
HGB	L 10.0	g/dL	10.7 - 14.7
RBC	3.85	$10^6/\mu\text{L}$	3.60 - 5.70
HCT	L 30.4	%	31.0 – 43.0
MCV	79.0	fL	72.0 – 102.0
MCH	26.0	Pg	23.0 – 31.0
MCHC	32.9	g/dL	26.0 – 34.0
RDW-SD	37.7	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	13.6	%	11.5 – 14.5
WBC	8.98	$10^3\mu\text{L}$	5.50 – 17.50
Hitungan jenis			
NEUT %	H 63.3	%	17.0 – 60.0
LYMPH %	27.2	%	20.0 – 70.0
BASO %	0.1	%	0.0 – 0.1
MONO %	9.0	%	1.0 – 11.0
EOS %	L 0.2	%	1.0 – 5.0
NEUT#	5.7	$10^3\mu\text{L}$	1.5 – 7.0
LYMPH#	2.4	$10^3\mu\text{L}$	1.0 – 3.7
BASO#	0.0	$10^3\mu\text{L}$	0.0 – 0.1
MONO#	H 0.8	$10^3\mu\text{L}$	0.0 – 0.7
EOS#	0.0	$10^3\mu\text{L}$	0.0 – 0.4
PLT	463	$10^3\mu\text{L}$	217 – 553
PDW	L 8.2	fL	9.0 – 17.0
MPV	L 8.8	fL	9.0 – 13.0

Pemeriksaan Feses Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Makroskopik			
Warna	Kuning		
Bau	Khas		
Konsistensi	Cair		
Lendir	Negatif		Negatif
Darah	Negatif		Negatif
Mikroskopik			
Leukosit	0-1	/LPB	Negatif
Eritrosit	Negatif	/LPB	Negatif
Epitel	Negatif	/LPB	Negatif
Lemak	(+) positif		2-7
Amoeba	Negatif		Negatif

Telur cacing	Negatif		Negatif
Sel ragi	Negatif		Negatif
Crystal	Negatif		Negatif
Lain-lain			

ANALISA DATA

DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
DS: - BAB lebih dari 5-6 kali dalam sehari tekstur cair DO: - BAB 5-6kali sehari - Tekstur cair dan berlendir - TTV: HR : 110 kali/menit RR : 24 kali/menit Suhu : 37,8 0C BB 29kg dari 32kg TB 100cm - Kulit pucat - Mata cekung	Diare	Inflamasi gastrointestinal
DS: - Ibu klien mengatakan anaknya jarang mengonsumsi air selama sakit dan badan lemas DO: - S : 37,8° C - Anak tampak lemas dan mata cekung - Turgor kulit kembali	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif.

lambat - BB 29k dari 32kg - Infus : 150ml - Makan : 150ml - Minum : 230ml Cairan Input Total : 530ml - BAB : 680cc - Urine : 200cc - IWL : 18.12cc Cairan Output Total : 898.12ml Balance Cairan : -368.12ml		
---	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	SLKI	SIKI												
Diare b.d inflamasi gastrointestinal	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare teratasi dengan kriteria hasil : Eliminasi Fekal (L.04033) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik	Kriteria	A	T	Konsistensi feses	1	5	Frekuensi defekasi	2	5	Peristaltik usus	2	4	Manajemen Diare (I.03101) Observasi - Identifikasi penyebab diare - Identifikasi riwayat pembeian makanan - Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja - Monitor tanda-tanda hipovolemia Terapeutik - Berikan asupan cairan oral - Pasang jalu intravena - Berikan cairan intravena - Berikan terapi untuk antimotilitas, bila perlu Edukasi - Edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering Kolaborasi - Kolaborasi pemberian terapi farmakologi, jika perlu
Kriteria	A	T												
Konsistensi feses	1	5												
Frekuensi defekasi	2	5												
Peristaltik usus	2	4												

Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif.	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil : Status cairan (L.07059) <table border="1" data-bbox="658 475 1272 651"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat 1.	Kriteria	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	2	5	Output urin	2	5	Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 3. Monitor <i>vital sign</i> berkala 4. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Terapeutik 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan cairan oral Edukasi 2. Anjurkan memperbanyak masukan cairan oral Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan IV
Kriteria	A	T												
Kekuatan nadi	2	5												
Turgor kulit	2	5												
Output urin	2	5												

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/Waktu	Diagnosa	Implementasi	Respon	Paraf
24 April 2024 Jam 10.00 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan dan penyebab diare - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi sakit - Memeriksa warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja - Memeriksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	DS : pasien mengatakan kalau tubuhnya masih lemas dan masih sering ke kamar mandi untuk BAB DO : HR 98x/menit, RR 24x/menit, Suhu 37,3C, Tekanan Darah 90/78 mmHg, frekuensi peristaltik usus 38x/menit. Frekuensi BAB 4 kali, tekstur agak cair, warna kuning, mata masih cekung, turgor kulit agak cepat	ERLin

	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Memeriksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (29kg = 1656cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : pasien mengatakan kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 300ml - Makan : 190ml - Minum : 250ml Cairan Input Total : 740ml - BAB : 590cc - Urine : 300cc - IWL : 18.12cc Cairan Output Total : 908.12ml Balance Cairan : -168.12ml Deuresis : 2.5cc/kgBB/jam	ERLin
25 April 2024 Jam 16.00 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan yang dialami - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi sakit - Memeriksa warna, volume,	DS : pasien mengatakan kalau sudah membaik dan masih sering ke kamar mandi untuk BAB tapi ga sesering kemarin DO :	ERLin

		frekuensi, dan konsistensi tinja - Memeriksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	HR 89x/menit, RR 24x/menit, Suhu 36,9 C, Tekanan Darah 101/86 mmHg, frekuensi peristaltik usus 34x/menit Frekuensi BAB 2 kali, tekstur lembek, warna kuning, cekung mata berkurang, turgor kulit kembali cepat.	
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Memeriksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (29kg = 1656cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : pasien mengatakan kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 250ml - Makan : 230ml - Minum : 290ml Cairan Input Total : 770ml - BAB : 490cc - Urine : 280cc - IWL : 18.12cc	ERLin

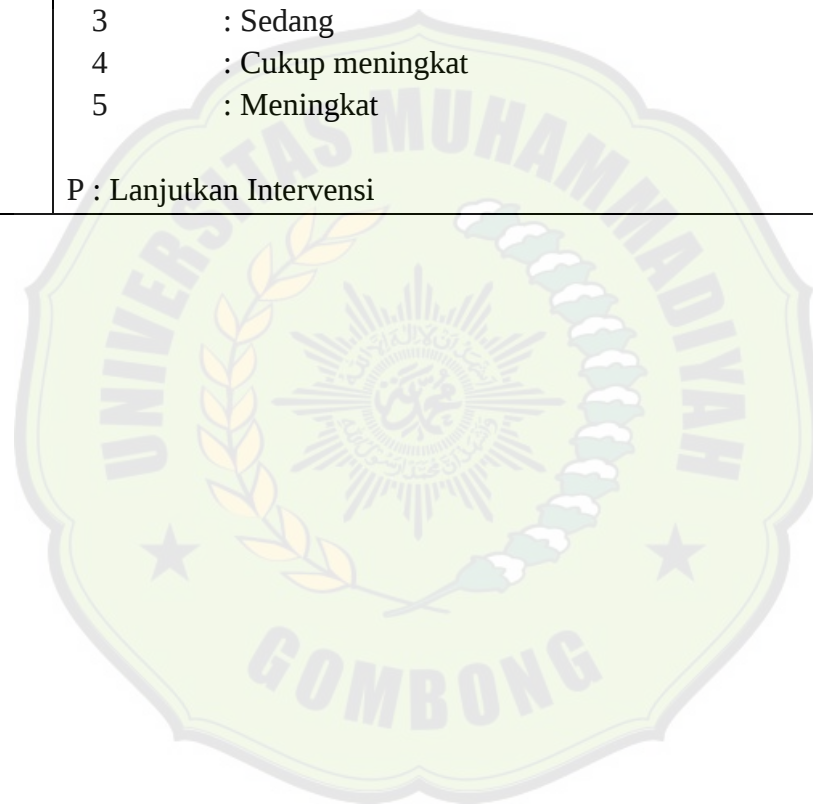
			Cairan Output Total : 788.12ml Balance Cairan : -18.12ml Deuresis : 2.41cc/kgBB/jam	
--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif	Paraf								
	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	S : Ibu klien mengatakan anak sudah jarang ke kamar mandi, sang anak sudah lebih aktif O : - Frekuensi BAB 2 kali - Warna feses coklat kekuningan dan tekstur lembek - Peristaltik 32x/menit - KU : Baik - TTV = Suhu : 36,3°C Nadi : 90 x/menit RR : 22 x/menit TD 99/84mmHg A : Masalah Eliminasi Fekal (L.04033) teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Konsistensi feses	1	5	4	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir								
Konsistensi feses	1	5	4								

		<table> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> </table> Keterangan : 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik P : Lanjutkan intervensi	Frekuensi defekasi	2	5	4	Peristaltik usus	2	4	3									
Frekuensi defekasi	2	5	4																
Peristaltik usus	2	4	3																
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	S : Ibu klien mengatakan anaknya jauh lebih aktif, tidak lemas, minum dan makan sudah lebih baik dari sebelumnya O : Nadi : kuat 90x/menit Turgor kulit kembali cepat Output urine 60cc/2jam A : Masalah kemampuan untuk Status cairan (L.07059) teratasi sebagian <table> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan :	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	5	Turgor kulit	2	5	5	Output urin	2	5	5	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	5																
Turgor kulit	2	5	5																
Output urin	2	5	5																

		1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan P : Lanjutkan Intervensi	
--	--	---	--



Pasien Kedua

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK 		No. RM: 0238**** Nama Pasien : An.R Jenis Kelamin : L Tgl Lahir/Usia: 14 Juni 2019/ 5 tahun																		
Tanggal Masuk RS : 25 April 2024	Waktu Pemeriksaan : 25 April 2024	Ruangan: Aster																		
II. PENGKAJIAN KEPERAWATAN																				
A. KELUHAN UTAMA BAB lebih dari 5 kali dalam sehari tekstur lembek Riwayat penyakit sekarang : (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini) Ibu klien mengatakan saat dirumah, anak sering BAB sehari bisa 6 kali selama kurang lebih 3 hari. Pasien dengan gangguan dehidrasi dan diberikan cairan serta dilakukan rawat inap. Pasien terpasang IVFD <i>metacarpal sinistra</i> dengan cairan RL 32tpm. Kondisi saat ini CRt <3detik, mata cekung, rewel, turgor kulit melambat dan badan lemas																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ALERGI/ REAKSI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Tidak ada alergi : -</td> </tr> <tr> <td>Alergi Obat, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi makanan, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi lainnya, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Tidak diketahui</td> <td>:</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			ALERGI/ REAKSI			Tidak ada alergi : -			Alergi Obat, sebutkan	:	- Reaksi :-	Alergi makanan, sebutkan	:	- Reaksi :-	Alergi lainnya, sebutkan	:	- Reaksi :-	Tidak diketahui	:	-
ALERGI/ REAKSI																				
Tidak ada alergi : -																				
Alergi Obat, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Alergi makanan, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Alergi lainnya, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Tidak diketahui	:	-																		

B. RIWAYAT KELAHIRAN			
Usia kelahiran : 38 minggu	Berat badan lahir : 3100 gr	Panjang badan lahir : 51 cm	
Persalinan : Spontan Menangis : Iya Riwayat kuning : Tidak			
C. RIWAYAT IMUNISASI DASAR			
No	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Reaksi setelah pemberian
D. RIWAYAT KELUARGA			
Ibu : Ny.S	Umur : 30 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Ayah : Tn.S	Umur : 32 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Anak anak lain : -			
E. RIWAYAT KESEHATAN			
6) Pernah dirawat : Tidak pernah			
7) Kapan : -			
8) Apakah terpasang alat implan : -			
9) Apakah ada riwayat dalam keluarga : DM (kakek)			
10) Mayor : -			
F. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG			
Bb : 22,8 kg			
TB : 90			
G. RIWAYAT PSIKOSOSIAL			
Status Psikologi: Cemas			
Status Sosial: Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik			
Tempat Tinggal : Sokaraja			
Lingkungan tempat tinggal : Pedesaan			

Rumah dekat dengan prasarana umum : -
 Memiliki tetangga yang bahaya : Tidak memiliki
 Pengasuh anak : Mengasuh sendiri

H. PEMRIKSAAN FISIK

Tekanan darah : -

Nadi : 114 kali/menit

Pernafasan : 25 kali/menit

Suhu : 38,1 °C

a. Neurologi

Kesadaran : Compos mentis

Gangguan neurologis : Tidak ada

b. Pernafasan

Irama : Reguler

Retraksi dada: Tidak ada

Bentuk dada : Normal

Pola nafas : Normal

Suara nafas : Normal

Nafas cuping: Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Alat bantu pernafasan : Spontan

c. Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada

Pucat : Ada

Intesistas nadi : Kuat

Irama nadi : Reguler

Edema : Tidak ada

Akral : Teraba Hangat

CRT : <3 detik

Clubbing finger : Tidak ada

d. Gastrointestinal

Labio : -

Muntah : tidak ada

Mual : tidak ada

Nyeri ulu hati : Tidak ada

Ascites : Tidak ada

Lingkar perut :

Lingkar kepala :

Lingkar Lengan :

e. Eliminasi

3) Defekasi

Pengeluaran : Anus

Frekuensi : 6 kali sehari

Karakteristik fases : cair

4) Urine

Pengeluaran : 90 cc Spontan

Kelainan : Tidak ada

Deuresis : 2.04ml/kgBB/jam

f. Integumen

Warna kulit : Pucat

Kelainan : Tidak ada

Resiko Decubitus : Tidak ada

Luka : Tidak Ada

g. Muskuloskeletal

Kelainan tulang : Tidak ada

Gerak anak : Bebas

Genetalia

Normal : Ya

I. SKRINING NYERI

Adakah rasa nyeri : Tidak ada

Sekor nyeri : -

Tipe nyeri : -

Karakteristik nyeri:

Nyeri mempengaruhi:

J. SKRINING GIZI

No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang baik secara klinis?	Tidak (0)	Ya (1)
2.	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir?	Tidak (0)	Ya (1)
3.	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? (diare)	Tidak (0)	Ya (1)
4.	Apakah terdapat penyakit dasar atau kesadaran yang mengakibatkan pasien beresiko mengalami malnutrisi?	Tidak (1)	Ya (0)
Total		3 (resiko malnutrisi sedang)	

K. STATUS FUNGSIONAL

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	2
	3 – 7 tahun	3	
	7 – 13 tahun	2	
	>13 Tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	1
	Perubahan dalam oksigenisasi (Masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, sakit kepala, dll)	3	
	Kelainan psikis/perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	1
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	

	Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/anak	4	2
		Pasien menggunakan alat bantu atau box/mebel	3	
		Pasien berada di tempat tidur	2	
		Pasien diluar ruang rawat	1	
	Respon terhadap operasi/obat penenang/efek anasthesi	Dalam 24 jam	3	1
		Dalam 48 jam	2	
		>48 jam	1	
	Penggunaan obat	Penggunaan obat : sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturate, fenotialin, antidepresan, laksatif/diuretika, narkotik	3	1
		Salah satu dari perobatan diatas	2	
		Pengobatan lain	1	
	Total			(resiko jatuh rendah)
Skor: 7-11 Resiko jatuh rendah; ≥ 12 – Resiko Jatuh Tinggi				

POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien sering ke klinik terdekat ketika anaknya sakit

Selama perawatan : Ibu klien mengatakan mengetahui penyakit anaknya setelah anaknya diperiksa dan langsung ke rumah sakit untuk perawatan lebih intens.

2. Pola Nutrisi dan Metabolism

Sebelum sakit : Klien memakan makanan yang dibuatkan sang ibu dengan baik

Selama perawatan: Anak hanya memakan makanan yang diberikan oleh rumah sakit, nafsu makan berkurang, berat badan menurun menjadi 22kg dari 25kg. Konsumsi air putih juga jarang ada

3. Pola Eliminasi

Ibu klien mengatakan anaknya BAB 4x sehari konsistensi cair, berlendir dan berwarna kuning. Urin 90 cc selama 2 jam terakhir.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya aktif bergerak.

Selama perawatan : Ibu klien mengatakan anaknya hanya dapat berbaring dan tampak lemas.

5. Pola Istirahat Tidur

Ibu klien mengatakan anak kurang nyaman tidur selama di rumah sakit karena kondisi ruangan yang agak panas dan merasa asing dengan lingkungan sekitar

6. Pola Kognitif – Perseptual Sensori

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Selama perawatan ibu klien mengatakan ingin anaknya segera pulang dan segera sembuh.

8. Pola Mekanisme Koping

Anak hanya tertidur dan menonton untuk mengurangi rasa bosan di rumah sakit

9. Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien berjenis kelamin laki-laki

10. Pola peran-hubungan dengan orang lain

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada Allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada Allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi rutin			
HGB	14.4	g/dL	10.7 - 14.7
RBC	5.42	$10^6/\mu\text{L}$	3.60 - 5.70
HCT	42.5	%	31.0 – 43.0
MCV	78.4	fL	72.0 – 102.0
MCH	26.6	Pg	23.0 – 31.0
MCHC	33.9	g/dL	26.0 – 34.0
RDW-CV	L 10.5	%	11.5 – 14.5
WBC	10.94	$10^3/\mu\text{L}$	5.50 – 17.50
Hitung jenis			
NEUT %	H 79.1	%	17.0 – 60.0
LYMPH %	L 11.8	%	20.0 – 70.0
BASO %	0.7	%	0.0 – 0.1
MONO %	H 8.4	%	1.0 – 11.0
EOS %	L 0.0	%	1.0 – 5.0
NEUT#	H 8.7	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 – 7.0
LYMPH#	1.3	$10^3/\mu\text{L}$	1.0 – 3.7
BASO#	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.1
MONO#	H 0.9	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.7
EOS#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.4
PLT	355	$10^3/\mu\text{L}$	217 – 553
PDW	H 17.4	fL	9.0 – 17.0
MPV	L 4.7	fL	9.0 – 13.0

Pemeriksaan Feses Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Makroskopik			
Warna	Coklat		
Bau	Khas		
Konsistensi	Seperti bubur		
Lendir	Positif		Negatif
Darah	Negatif		Negatif
Mikroskopik			
Leukosit	3-5	/LPB	Negatif
Eritrosit	2-4	/LPB	Negatif

Epitel	Normal	/LPB	Negatif
Lemak	Negatif		2-7
Amoeba	Kista amoeba (+)		Negatif
Telur cacing	Negatif		Negatif
Sel ragi	Positif		Negatif
Crystal	Negatif		Negatif
Lain-lain			

ANALISA DATA

DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
DS: - BAB lebih dari 6 kali dalam sehari tekstur cair DO: - BAB 6kali sehari - Tekstur cair berwarna coklat - TTV: HR 114 kali/menit RR 25 kali/menit Suhu : 38,1 °C BB 22kg dari 25kg TB 90cm - Kulit pucat - Mata cekung - Turgor kulit melambat	Diare	Inflamasi gastrointestinal
DS: - Ibu klien mengatakan anaknya jarang mengonsumsi air selama sakit, badan lemas dan pucat	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif.

DO: - S : 38,1° C - Anak tampak lemas dan mata cekung - Turgor kulit kembali lambat - BB 22k dari 25kg - Infus : 200ml - Makan : 100ml - Minum : 130ml Cairan Input Total : 430ml - BAB : 480cc - Urine : 90cc - IWL : 13.12cc Cairan Output Total : 583.75 Balance Cairan : -153.75ml		
--	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif..

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	SLKI	SIKI												
Diare b.d inflamasi gastrointestinal	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare teratasi dengan kriteria hasil : Eliminasi Fekal (L.04033) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik	Kriteria	A	T	Konsistensi feses	1	5	Frekuensi defekasi	2	5	Peristaltik usus	2	4	Manajemen Diare (I.03101) Observasi 1. Identifikasi penyebab diare 2. Identifikasi riwayat pembeian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Monitor tanda-tanda hipovolemia Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Pasang jalu intravena 3. Berikan cairan intravena 4. Berikan terapi untuk antimotilitas, bila perlu Edukasi 3. Edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering Kolaborasi - Kolaborasi pemberian terapi farmakologi, jika perlu
Kriteria	A	T												
Konsistensi feses	1	5												
Frekuensi defekasi	2	5												
Peristaltik usus	2	4												

Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif.	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil : Status cairan (L.07059) <table border="1" data-bbox="658 475 1272 651"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat 2.	Kriteria	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	2	5	Output urin	2	5	Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Monitor <i>vital sign</i> berkala 2. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan cairan oral Edukasi 3. Anjurkan memperbanyak masukan cairan oral Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan IV
Kriteria	A	T												
Kekuatan nadi	2	5												
Turgor kulit	2	5												
Output urin	2	5												

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/Waktu	Diagnosa	Implementasi	Respon	Paraf
25 April 2024 Jam 17.00 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan dan penyebab diare - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi sakit - Memeriksa warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja - Memeriksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	DS : pasien mengatakan kalau tubuhnya masih lemas dan masih sering ke kamar mandi untuk BAB DO : HR 101x/menit, RR 23x/menit, Suhu 37,2C, Tekanan Darah 93/77 mmHg, frekuensi peristaltik usus 37x/menit. Frekuensi BAB 4 kali, tekstur agak cair, warna coklat, mata masih cekung, turgor kulit agak lambat	ERLin

	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Memeriksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (22kg = 1488cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : pasien mengatakan kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 180ml - Makan : 200ml - Minum : 180ml Cairan Input Total : 560ml - BAB : 590cc - Urine : 100cc - IWL : 13.12cc Cairan Output Total : 708.12ml Balance Cairan : -148.12ml Deuresis : 1.5cc/kgBB/jam	ERLin
26 April 2024 Jam 18.30 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan yang dialami - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi saki t - Memeriksa warna, volume,	DS : ibu pasien mengatakan kalau sudah membaik dan bolak balik kamar mandi untuk BAB tapi ga sesering kemarin DO : HR 90x/menit, RR 22x/menit, Suhu	ERLin

		frekuensi, dan konsistensi tinja - Memeriksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	36,7 C, Tekanan Darah 105/82 mmHg, frekuensi peristaltik usus 35x/menit Frekuensi BAB 2 kali, tekstur lembek, warna coklat, cekung mata berkurang, turgor kulit kembali cepat.	
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Memeriksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (22kg = 1488cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : pasien mengatakan kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 200ml - Makan : 210ml - Minum : 200ml Cairan Input Total : 610ml - BAB : 450cc - Urine : 130cc - IWL : 13.12cc	ERLin

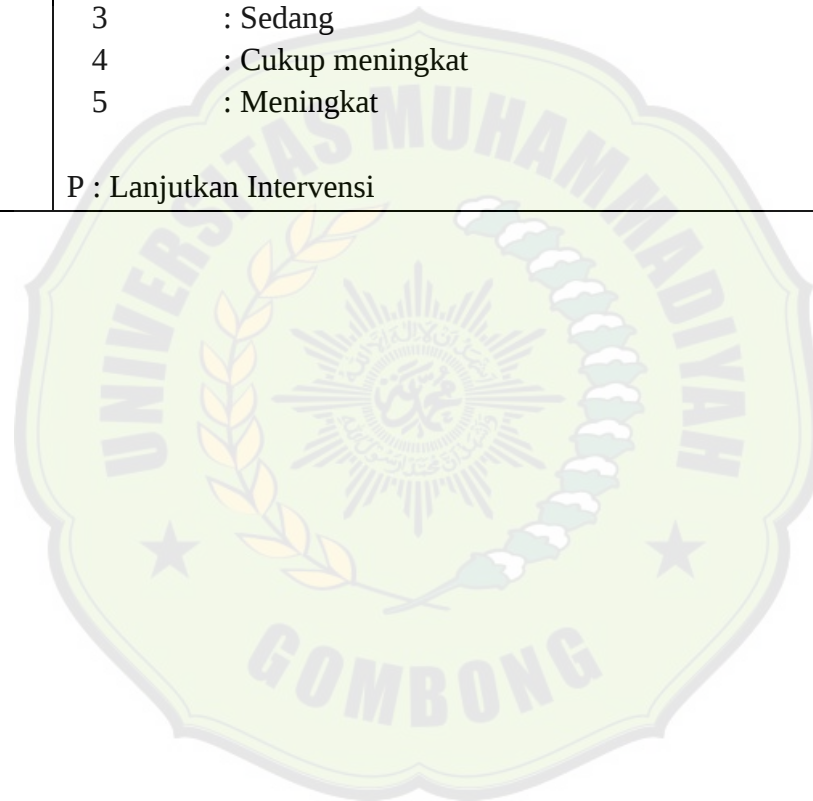
			Cairan Output Total : 593.12ml Balance Cairan : 16.88ml Deuresis : 1.5cc/kgBB/jam	
--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif	Paraf								
	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	S : Ibu klien mengatakan sang anak jarang ke kamar mandi, lebih aktif dan tidak lemas O : - Frekuensi BAB 1 kali - Warna feses coklat dan tekstur lembek - Peristaltik 30x/menit - KU : Baik - TTV = Suhu : 36,3°C Nadi : 83 x/menit RR : 22 x/menit TD 97/88mmHg A : Masalah Eliminasi Fekal (L.04033) teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Konsistensi feses	1	5	4	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir								
Konsistensi feses	1	5	4								

		<table> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> </table> Keterangan : 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik P : Lanjutkan intervensi	Frekuensi defekasi	2	5	4	Peristaltik usus	2	4	3									
Frekuensi defekasi	2	5	4																
Peristaltik usus	2	4	3																
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	S : Ibu klien mengatakan anaknya jauh lebih aktif, tidak lemas, minum dan makan sudah lebih baik dari sebelumnya O : Nadi : kuat 83x/menit Turgor kulit kembali cepat Output urine 56cc/2jam A : Masalah kemampuan untuk Status cairan (L.07059) teratasi sebagian <table> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan :	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	5	Turgor kulit	2	5	5	Output urin	2	5	5	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	5																
Turgor kulit	2	5	5																
Output urin	2	5	5																

		1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan P : Lanjutkan Intervensi	
--	--	---	--



Pasien Ketiga

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK 		No. RM: 0233**** Nama Pasien : An.H Jenis Kelamin : L Tgl Lahir/Usia: 01 Juni 2019/ 5 tahun																		
Tanggal Masuk RS : 28 April 2024	Waktu Pemeriksaan : 28 April 2024	Ruangan: Aster																		
III. PENGKAJIAN KEPERAWATAN																				
A. KELUHAN UTAMA BAB lebih dari 4 kali dalam sehari tekstur lembek Riwayat penyakit sekarang : (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini) Ibu klien mengatakan sang anak mengalami diare saat dirumah bisa 6 kali selama kurang lebih 3 hari. Pasien datang ke IGD dengan kondisi dehidrasi dan diberikan cairan. Pasien terpasang IVFD <i>metacarpal sinistra</i> dengan cairan RL 30tpm. Kondisi saat ini CRt <3detik, mata cekung, rewel, turgor kulit melambat dan badan lemas																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ALERGI/ REAKSI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Tidak ada alergi : -</td> </tr> <tr> <td>Alergi Obat, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi makanan, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi lainnya, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Tidak diketahui</td> <td>:</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			ALERGI/ REAKSI			Tidak ada alergi : -			Alergi Obat, sebutkan	:	- Reaksi :-	Alergi makanan, sebutkan	:	- Reaksi :-	Alergi lainnya, sebutkan	:	- Reaksi :-	Tidak diketahui	:	-
ALERGI/ REAKSI																				
Tidak ada alergi : -																				
Alergi Obat, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Alergi makanan, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Alergi lainnya, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Tidak diketahui	:	-																		

B. RIWAYAT KELAHIRAN			
Usia kelahiran : 37 minggu	Berat badan lahir : 3000 gr	Panjang badan lahir : 50 cm	
Persalinan : Spontan Menangis : Iya Riwayat kuning : Tidak			
C. RIWAYAT IMUNISASI DASAR			
No	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Reaksi setelah pemberian
D. RIWAYAT KELUARGA			
Ibu : Ny.A	Umur : 30 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Ayah : Tn.K	Umur : 33 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Anak anak lain : -			
E. RIWAYAT KESEHATAN			
11) Pernah dirawat : Tidak pernah			
12) Kapan : -			
13) Apakah terpasang alat implan : -			
14) Apakah ada riwayat dalam keluarga : DM (kakek)			
15) Mayor : -			
F. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG			
Bb : 15,8 kg			
TB : 110			
G. RIWAYAT PSIKOSOSIAL			
Status Psikologi: Cemas			
Status Sosial: Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik			
Tempat Tinggal : Sokaraja			
Lingkungan tempat tinggal : Pedesaan			

Rumah dekat dengan prasarana umum : -
 Memiliki tetangga yang bahaya : Tidak memiliki
 Pengasuh anak : Mengasuh sendiri

H. PEMRIKSAAN FISIK

Tekanan darah : -

Nadi : 100 kali/menit

Pernafasan : 25 kali/menit

Suhu : 37,1 °C

a. Neurologi

Kesadaran : Compos mentis

Gangguan neurologis : Tidak ada

b. Pernafasan

Irama : Reguler

Retraksi dada: Tidak ada

Bentuk dada : Normal

Pola nafas : Normal

Suara nafas : Normal

Nafas cuping: Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Alat bantu pernafasan : Spontan

c. Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada

Pucat : Ada

Intesistas nadi : Kuat

Irama nadi : Reguler

Edema : Tidak ada

Akral : Teraba Hangat

CRT : <3 detik

Clubbing finger : Tidak ada

d. Gastrointestinal

Labio : -

Muntah : tidak ada

Mual : tidak ada

Nyeri ulu hati : Tidak ada

Ascites : Tidak ada

Lingkar perut :

Lingkar kepala :

Lingkar Lengan :

e. Eliminasi

5) Defekasi

Pengeluaran : Anus

Frekuensi : 4 kali sehari

Karakteristik fases : cair

6) Urine

Pengeluaran : 40 cc Spontan

Kelainan : Tidak ada

Deuresis : 1.2ml/kgBB/jam

f. Integumen

Warna kulit : Pucat

Kelainan : Tidak ada

Resiko Decubitus : Tidak ada

Luka : Tidak Ada

g. Muskuloskeletal

Kelainan tulang : Tidak ada

Gerak anak : Bebas

Genetalia

Normal : Ya

I. SKRINING NYERI

Adakah rasa nyeri : Tidak ada

Sekor nyeri : -

Tipe nyeri : -

Karakteristik nyeri:

Nyeri mempengaruhi:

J. SKRINING GIZI

No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang baik secara klinis?	Tidak (0)	Ya (1)
2.	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir?	Tidak (0)	Ya (1)
3.	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? (diare)	Tidak (0)	Ya (1)
4.	Apakah terdapat penyakit dasar atau kesadaran yang mengakibatkan pasien beresiko mengalami malnutrisi?	Tidak (1)	Ya (0)
Total		3 (resiko malnutrisi sedang)	

K. STATUS FUNGSIONAL

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	3
	3 – 7 tahun	3	
	7 – 13 tahun	2	
	>13 Tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	1
	Perubahan dalam oksigenisasi (Masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, sakit kepala, dll)	3	
	Kelainan psikis/perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	1
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	

	Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/anak	4	2
		Pasien menggunakan alat bantu atau box/mebel	3	
		Pasien berada di tempat tidur	2	
		Pasien diluar ruang rawat	1	
	Respon terhadap operasi/obat penenang/efek anasthesi	Dalam 24 jam	3	1
		Dalam 48 jam	2	
		>48 jam	1	
	Penggunaan obat	Penggunaan obat : sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturate, fenotialin, antidepresan, laksatif/diuretika, narkotik	3	1
		Salah satu dari perobatan diatas	2	
		Pengobatan lain	1	
	Total			(resiko jatuh rendah)
Skor: 7-11 Resiko jatuh rendah; ≥ 12 – Resiko Jatuh Tinggi				

POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien sering ke klinik terdekat ketika anaknya sakit

Selama perawatan : Ibu klien mengatakan mengetahui penyakit anaknya setelah anaknya diperiksa dan langsung ke rumah sakit untuk perawatan lebih intens.

2. Pola Nutrisi dan Metabolism

Sebelum sakit : makan dan minum dengan baik

Selama perawatan: Anak hanya memakan makanan yang berikan oleh rumah sakit, nafsu makan berkurang, konsumsi air putih juga jarang ada. BB saat ini 15.8kg

3. Pola Eliminasi

Ibu klien mengatakan anaknya BAB 4x sehari konsistensi cair, berLendir dan berwarna kuning. Urin 40 cc selama 2 jam terakhir.

4. Pola Aktivitis dan Latihan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya aktif bergerak dan bermain
Selama perawatan : Ibu klien mengatakan anaknya hanya dapat berbaring dan tampak lemas.

5. Pola Istirahat Tidur

Ibu klien mengatakan anak kurang nyaman tidur selama di rumah sakit karena kondisi ruangan yang panas.

6. Pola Kognitif – Perseotual Sensori

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Selama perawatan ibu klien mengatakan ingin anaknya segera pulang dan segera sembuh.

8. Pola Mekanisme Koping

Anak menonton dan bermain handphone untuk mengurangi rasa bosan di rumah sakit

9. Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien berjenis kelamin laki-laki

10. Pola peran-hubungan dengn orang lain

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada Allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
HEMATOLOGI			
Hematologi rutin			
IGB	14.4	g/dL	10.7-14.7
RBC	5.42	$10^6/\mu\text{L}$	3.60 - 5.70
HCT	42.5	%	31.0 - 43.0
MCV	78.4	fL	72.0 - 102.0
MCH	26.6	pg	23.0 – 31.0
MCHC	33.9	g/dL	26.0 – 34.0
RDW-CV	L 10.5	%	11.5 - 14.5
WBC	10.94	$10^3/\mu\text{L}$	5.50 – 17.50
Hitung jenis			
NEUT%	H 79.1	%	25.0 – 60.0
LYMPH%	L 11.8	%	25.0 – 50.0
BASO%	0.7	%	0.0 – 1.0
MONO%	H 8.4	%	1.0 – 6.0
EOS%	L 0.0	%	2.0 – 4.0
NEUT#	H 8.7	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 – 7.0
LYMPH#	1.3	$10^3/\mu\text{L}$	1.0 – 3.7
BASO#	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.1
MONO#	H 0.9	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.7
EOS#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.4
PLT	355	$10^3/\mu\text{L}$	217-553
PDW	H 17.4	fL	9.0 – 17.0
MPV	L 4.7	fL	9.0 – 13.0
GLUKOSA DARAH			
Glukosa darah sewaktu	H 144	mg/Dl	52 – 98

Pemeriksaan Feses Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
-------------	-------	--------	---------------

Tinja			
Feses lengkap			
Makroskopik			
Warna	Coklat		
Bau	Khas		
Konsistensi	Seperti bubur		
Lendir	Positif		Negatif
Darah	Negatif		Negatif
Mikroskopik			
Leukosit	3-5	/LPB	Negatif
Eritrosit	2-4	/LPB	Negatif
Epitel	Normal	/LPB	Negatif
Lemak	Negatif	/LPB	2-7
Amoeba	Kista amoeba (+)		
Telur cacing	Negatif		Negatif
Sel ragi	Positif		
Crystal	Negatif		

ANALISA DATA

DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
DS: Ibu klien mengatakan anak BAB lebih dari 4 kali dalam sehari tekstur lembek DO: - BAB 4 kali sehari - Tekstur lembek berwarna coklat - TTV: - HR 100 kali/menit - RR 25 kali/menit - Suhu 37,1 °C - BB 15.8kg - TB 110cm	Diare	Inflamasi gastrointestinal

- Kulit pucat - Mata cekung - Turgor kulit melambat		
DS: - Ibu klien mengatakan anaknya lemas dan pucat DO: - S : 37,1 °C - Anak tampak lemas dan mata cekung - Turgor kulit kembali lambat - Infus : 150ml - Makan : 100ml - Minum : 120ml - Cairan Input Total : 370ml - BAB : 480ml - Urine : 40ml - IWL : 9.8ml - Cairan Output Total : 529.8ml - Balance Cairan : -159.8ml	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif..

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	SLKI	SIKI												
Diare b.d inflamasi gastrointestinal	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare teratasi dengan kriteria hasil : Eliminasi Fekal (L.04033) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik	Kriteria	A	T	Konsistensi feses	1	5	Frekuensi defekasi	2	5	Peristaltik usus	2	4	Manajemen Diare (I.03101) Observasi 1. Identifikasi penyebab diare 2. Identifikasi riwayat pembeian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Monitor tanda-tanda hipovolemia Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Pasang jalu intravena 3. Berikan cairan intravena 4. Berikan terapi untuk antimotilitas, bila perlu Edukasi 1. Edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering Kolaborasi Kolaborasi pemberian terapi farmakologi, jika perlu
Kriteria	A	T												
Konsistensi feses	1	5												
Frekuensi defekasi	2	5												
Peristaltik usus	2	4												

Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif.	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil : Status cairan (L.07059) <table border="1" data-bbox="658 475 1272 651"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat 3.	Kriteria	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	2	5	Output urin	2	5	Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Monitor <i>vital sign</i> berkala 2. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan cairan oral Edukasi Anjurkan memperbanyak masukan cairan oral Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan IV
Kriteria	A	T												
Kekuatan nadi	2	5												
Turgor kulit	2	5												
Output urin	2	5												

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/Waktu	Diagnosa	Implementasi	Respon	Paraf
28 April 2024 Jam 11.00 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan dan penyebab diare - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi sakit - Memeriksa warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja - Memeriksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	DS : pasien mengatakan kalau tubuhnya masih lemas dan masih sering ke kamar mandi untuk BAB DO : HR 96x/menit, RR 22x/menit, Suhu 37,2C, Tekanan Darah 109/97 mmHg, frekuensi peristaltik usus 37x/menit. Frekuensi BAB 4 kali, tekstur agak lembek, warna coklat, mata masih cekung, turgor kulit agak lambat	ERLin

	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Memeriksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (15.8kg = 1459.2cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : ibu pasien mengatakan anak kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 200ml - Makan : 100ml - Minum : 100ml Cairan Input Total : 400ml - BAB : 480ml - Urine : 40ml - IWL : 9.8ml Cairan Output Total : 529.8ml Balance Cairan : -129.8ml Deuresis : 1.2ml/kgBB/jam	ERLin
29 April 2024 Jam 18.30 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan yang dialami - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi saki t - Memeriksa warna, volume,	DS : ibu pasien mengatakan kalau sudah membaik dan bolak balik kamar mandi untuk BAB tapi ga sesering kemarin DO : HR 91x/menit, RR 22x/menit, Suhu	ERLin

		frekuensi, dan konsistensi tinja - Memeriksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	36,5 C, Tekanan Darah 98/82 mmHg, frekuensi peristaltik usus 35x/menit Frekuensi BAB 2 kali, tekstur lembek, warna coklat, cekung mata berkurang, turgor kulit kembali cepat.	
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Memeriksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (15.8kg = 1459.2cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : pasien mengatakan kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 200ml - Makan : 210ml - Minum : 200ml Cairan Input Total : 610ml - BAB : 450ml - Urine : 130ml - IWL : 9.8ml	ERLin

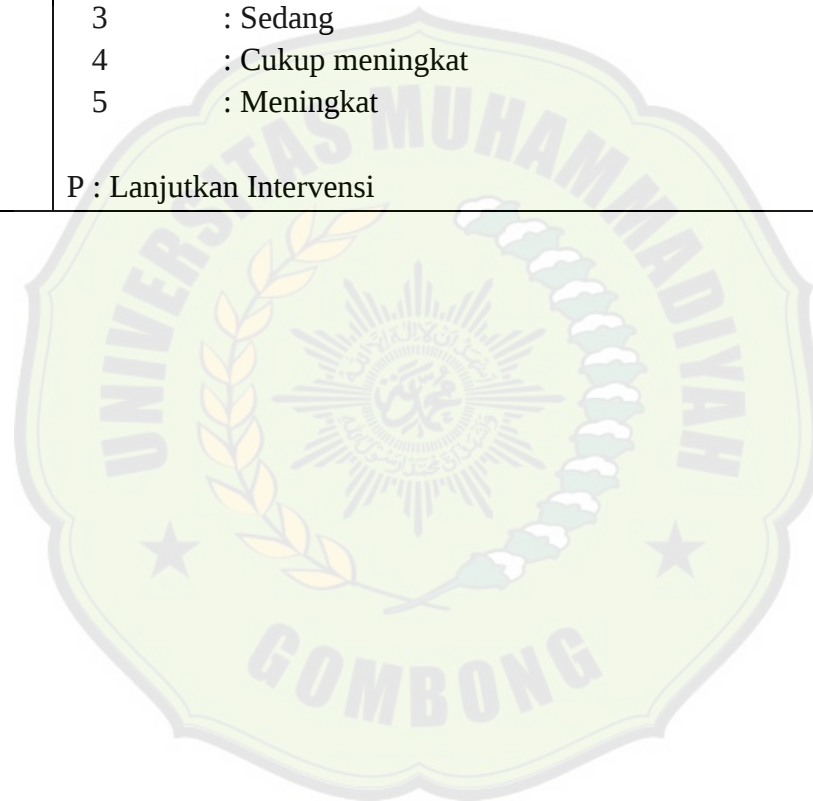
			Cairan Output Total : 589.9ml Balance Cairan : 20.2ml Deuresis : 2.7cc/kgBB/jam	
--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif	Paraf								
	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	S : Ibu klien mengatakan anak sudah jarang ke kamar mandi, sang anak sudah lebih aktif O : - Frekuensi BAB 2 kali - Warna feses coklat dan tekstur lembek - Peristaltik 30x/menit - KU : Baik - TTV = Suhu : 36,3°C Nadi : 91 x/menit RR : 22 x/menit TD 109/87mmHg A : Masalah Eliminasi Fekal (L.04033) teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Konsistensi feses	1	5	4	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir								
Konsistensi feses	1	5	4								

		<table> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> </table> Keterangan : 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik P : Lanjutkan intervensi	Frekuensi defekasi	2	5	4	Peristaltik usus	2	4	3									
Frekuensi defekasi	2	5	4																
Peristaltik usus	2	4	3																
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	S : Ibu klien mengatakan anaknya jauh lebih aktif, tidak lemas, minum dan makan sudah lebih baik dari sebelumnya O : Nadi : kuat 89x/menit Turgor kulit kembali cepat Output urine 40cc/2jam A : Masalah kemampuan untuk Status cairan (L.07059) teratasi sebagian <table> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan :	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	5	Turgor kulit	2	5	5	Output urin	2	5	5	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	5																
Turgor kulit	2	5	5																
Output urin	2	5	5																

		1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan P : Lanjutkan Intervensi	
--	--	--	--



Pasien Keempat

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK 		No. RM: 0243**** Nama Pasien : An.K Jenis Kelamin : P Tgl Lahir/Usia: 18 Juni 2018/6 tahun																		
Tanggal Masuk RS : 26 April 2024	Waktu Pemeriksaan : 26 April 2024	Ruangan: Aster																		
IV. PENGKAJIAN KEPERAWATAN																				
A. KELUHAN UTAMA BAB lebih dari 4 kali dalam sehari tekstur cair berLendir dan badan lemas Riwayat penyakit sekarang : (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini) Ibu klien mengatakan sang anak BAB lebih dari 4 kali selama dirumah sejak 4 hari. Pasien datang ke IGD dengan kondisi pucat, lemas, mata cekung sehingga diberikan terapi cairan. Pasien terpasang IVFD <i>metacarpal dextra</i> dengan cairan RL 30tpm. Kondisi saat ini CRT <3detik, mata cekung, rewel, turgor kulit melambat dan badan lemas																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ALERGI/ REAKSI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Tidak ada alergi : -</td> </tr> <tr> <td>Alergi Obat, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi makanan, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi lainnya, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Tidak diketahui</td> <td>:</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			ALERGI/ REAKSI			Tidak ada alergi : -			Alergi Obat, sebutkan	:	- Reaksi :-	Alergi makanan, sebutkan	:	- Reaksi :-	Alergi lainnya, sebutkan	:	- Reaksi :-	Tidak diketahui	:	-
ALERGI/ REAKSI																				
Tidak ada alergi : -																				
Alergi Obat, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Alergi makanan, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Alergi lainnya, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Tidak diketahui	:	-																		

B. RIWAYAT KELAHIRAN			
Usia kelahiran : 37 minggu	Berat badan lahir : 3200 gr	Panjang badan lahir : 50 cm	
Persalinan : Spontan Menangis : Iya Riwayat kuning : Tidak			
C. RIWAYAT IMUNISASI DASAR			
No	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Reaksi setelah pemberian
D. RIWAYAT KELUARGA			
Ibu : Ny.T	Umur : 35 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Ayah : Tn.K	Umur : 37 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Anak anak lain : -			
E. RIWAYAT KESEHATAN			
16) Pernah dirawat : Tidak pernah			
17) Kapan : -			
18) Apakah terpasang alat implan : -			
19) Apakah ada riwayat dalam keluarga : DM (kakek)			
20) Mayor : -			
F. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG			
Bb : 22 kg			
TB : 110 cm			
G. RIWAYAT PSIKOSOSIAL			
Status Psikologi: Cemas			
Status Sosial: Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik			

Tempat Tinggal : Purwokerto Timur
 Lingkungan tempat tinggal : Pedesaan
 Rumah dekat dengan prasarana umum : -
 Memiliki tetangga yang bahaya : Tidak memiliki
 Pengasuh anak : Mengasuh sendiri

H. PEMRIKSAAN FISIK

Tekanan darah : -

Nadi : 93 kali/menit

Pernafasan : 22 kali/menit

Suhu : 37,4 °C

a. Neurologi

Kesadaran : Compos mentis

Gangguan neurologis : Tidak ada

b. Pernafasan

Irama : Reguler

Retraksi dada: Tidak ada

Bentuk dada : Normal

Pola nafas : Normal

Suara nafas : Normal

Nafas cuping: Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Alat bantu pernafasan : Spontan

c. Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada

Pucat : Ada

Intesistas nadi : Kuat

Irama nadi : Reguler

Edema : Tidak ada

Akral : Teraba Hangat

CRT : <3 detik

Clubbing finger : Tidak ada

d. Gastrointestinal

Labio : -

Muntah : tidak ada

Mual : tidak ada

Nyeri ulu hati : Tidak ada

Ascites : Tidak ada

Lingkar perut :
 Lingkar kepala :
 Lingkar Lengan :

e. Eliminasi

7) Defekasi

Pengeluaran : Anus
 Frekuensi : 4 kali sehari
 Karakteristik fases : cair

8) Urine

Pengeluaran : 90 cc Spontan
 Kelainan : Tidak ada
 Deuresis : 2.04ml/kgBB/jam

f. Integumen

Warna kulit : Pucat
 Kelainan : Tidak ada
 Resiko Decubitus : Tidak ada
 Luka : Tidak Ada

g. Muskuloskeletal

Kelainan tulang : Tidak ada
 Gerak anak : Bebas

Genetalia

Normal : Ya

I. SKRINING NYERI

Adakah rasa nyeri : Tidak ada
 Sekor nyeri : -
 Tipe nyeri : -
 Karakteristik nyeri:
 Nyeri mempengaruhi:

J. SKRINING GIZI

No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang baik secara klinis?	Tidak (0)	Ya (1)
2.	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir?	Tidak (0)	Ya (1)
3.	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? (diare)	Tidak (0)	Ya (1)
4.	Apakah terdapat penyakit dasar atau kesadaran yang mengakibatkan pasien beresiko mengalami malnutrisi?	Tidak (1)	Ya (0)
Total		3 (resiko malnutrisi sedang)	

K. STATUS FUNGSIONAL

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	3
	3 – 7 tahun	3	
	7 – 13 tahun	2	
	>13 Tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	1
	Perubahan dalam oksigenisasi (Masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, sakit kepala, dll)	3	
	Kelainan psikis/perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	1
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	

	Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/anak	4	2
		Pasien menggunakan alat bantu atau box/mebel	3	
		Pasien berada di tempat tidur	2	
		Pasien diluar ruang rawat	1	
	Respon terhadap operasi/obat penenang/efek anasthesi	Dalam 24 jam	3	1
		Dalam 48 jam	2	
		>48 jam	1	
	Penggunaan obat	Penggunaan obat : sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturate, fenotialin, antidepresan, laksatif/diuretika, narkotik	3	1
		Salah satu dari perobatan diatas	2	
		Pengobatan lain	1	
	Total			(resiko jatuh rendah)
Skor: 7-11 Resiko jatuh rendah; ≥ 12 – Resiko Jatuh Tinggi				

POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien sering ke klinik terdekat ketika anaknya sakit

Selama perawatan : Ibu klien mengatakan mengetahui penyakit anaknya setelah anaknya diperiksa dan langsung ke rumah sakit untuk perawatan lebih intens.

2. Pola Nutrisi dan Metabolism

Sebelum sakit : makan dan minum dengan baik

Selama perawatan: Anak hanya memakan makanan yang berikan oleh rumah sakit, nafsu makan berkurang, konsumsi air putih juga jarang ada.

BB saat ini 22kg

3. Pola Eliminasi

Ibu klien mengatakan anaknya BAB 4x sehari konsistensi cair, berLendir dan berwarna kuning. Urin 90 cc selama 2 jam terakhir.

4. Pola Aktivitis dan Latihan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya aktif bergerak dan bermain

Selama perawatan : Ibu klien mengatakan anaknya hanya dapat berbaring dan tampak lemas.

5. Pola Istirahat Tidur

Ibu klien mengatakan anak kurang nyaman tidur selama di rumah sakit karena kondisi ruangan yang panas.

6. Pola Kognitif – Perseotual Sensori

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Selama perawatan ibu klien mengatakan ingin anaknya segera pulang dan segera sembuh.

8. Pola Mekanisme Koping

Anak menonton dan bermain handphone untuk mengurangi rasa bosan di rumah sakit

9. Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien berjenis kelamin perempuan

10. Pola peran-hubungan dengn orang lain

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada Allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan	hasil	Satuan	Nilai rujukan
HEMATOLOGI			
Hematologi rutin			
HGB	12.8	g/dL	9.6 - 13.1
RBC	H 5.82	$10^6/\mu\text{L}$	3.10 - 5.20
HnCT	39.9	%	31.0 - 44.0
MCV	L 68.6	fL	73.0 - 113.0
MCH	22.1	pg	21.0 – 36.0
MCHC	32.2	g/dL	26.0 – 34.0
RDW-CV	L 10.8	%	11.5 - 14.5
WBC	12.89	$10^3/\mu\text{L}$	6.00 – 17.50
Hitung jenis			
NEUT%	40.1	%	17.0 – 60.0
LYMPH%	44.9	%	20.0 – 70.0
BASO%	H 1.8	%	0.0 – 1.0
MONO%	H 12.8	%	1.0 – 11.0
EOS%	L 0.4	%	1.0 – 5.0
NEUT#	5.2	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 – 7.0
LYMPH#	H 5.8	$10^3/\mu\text{L}$	1.0 – 3.7
BASO#	H 0.2	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.1
MONO#	H 1.7	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.7
EOS#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.4
PLT	377	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
PDW	H 17.9	fL	9.0 – 17.0
MPV	L 5.3	fL	9.0 – 13.0

Pemeriksaan Feses Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Tinja			
Feses lengkap			
Makroskopik			
Warna	Coklat		
Bau	Khas		
Konsistensi	encer		
Lendir	Positif		Negatif
Darah	Negatif		Negatif
Mikroskopik			
Leukosit	2-3	/LPB	Negatif
Eritrosit	NEG	/LPB	Negatif
Epitel	Negatif	/LPB	Negatif
Lemak	Negatif	/LPB	2-7
Amoeba	negatif		
Telur cacing	Negatif		
Sel ragi	Negatif		Negatif
Crystal	Negatif		
Lain-lain	Negatif		

ANALISA DATA

DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
DS: Ibu klien mengatakan anak BAB lebih dari 4 kali dalam sehari tekstur cair dan berLendir DO: - BAB 4 kali sehari - Tekstur cair berwarna coklat - TTV: HR 93 kali/menit RR 22 kali/menit	Diare	Inflamasi gastrointestinal

Suhu 37,4 0C BB 22kg TB 110cm - Kulit pucat - Mata cekung - Turgor kulit melambat		
DS: - Ibu klien mengatakan anaknya lemas dan pucat. Nafsu makan dan minum berkurang DO: - S : 37,4 °C - Anak tampak lemas dan mata cekung - Turgor kulit kembali lambat - Infus : 200ml - Makan : 100ml - Minum : 130ml Cairan Input Total : 430ml - BAB : 480cc - Urine : 90cc - IWL : 13.12cc Cairan Output Total : 583.75 Balance Cairan : -153.75ml	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif..

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	SLKI	SIKI												
Diare b.d inflamasi gastrointestinal	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare teratasi dengan kriteria hasil : Eliminasi Fekal (L.04033) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik	Kriteria	A	T	Konsistensi feses	1	5	Frekuensi defekasi	2	5	Peristaltik usus	2	4	Manajemen Diare (I.03101) Observasi 1. Identifikasi penyebab diare 2. Identifikasi riwayat pembeian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Monitor tanda-tanda hipovolemia Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Pasang jalu intravena 3. Berikan cairan intravena 4. Berikan terapi untuk antimotilitas, bila perlu Edukasi Edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering Kolaborasi Kolaborasi pemberian terapi farmakologi, jika perlu
Kriteria	A	T												
Konsistensi feses	1	5												
Frekuensi defekasi	2	5												
Peristaltik usus	2	4												

Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif.	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil : Status cairan (L.07059) <table border="1" data-bbox="658 475 1272 651"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat 4.	Kriteria	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	2	5	Output urin	2	5	Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Monitor <i>vital sign</i> berkala 2. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan cairan oral Edukasi Anjurkan memperbanyak masukan cairan oral Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan IV
Kriteria	A	T												
Kekuatan nadi	2	5												
Turgor kulit	2	5												
Output urin	2	5												

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/Waktu	Diagnosa	Implementasi	Respon	Paraf
26 April 2024 Jam 17.00 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan dan penyebab diare - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi sakit - Memeriksa warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja - Memeriksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	DS : pasien mengatakan kalau tubuhnya masih lemas dan masih sering ke kamar mandi untuk BAB DO : HR 87x/menit, RR 22x/menit, Suhu 37,2C, Tekanan Darah 99/97 mmHg, frekuensi peristaltik usus 37x/menit. Frekuensi BAB 4 kali, tekstur agak cair, warna coklat, mata masih cekung, turgor kulit agak lambat	ERLin

	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Memeriksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (22kg = 1488cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : ibu pasien mengatakan anak kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 180ml - Makan : 200ml - Minum : 180ml Cairan Input Total : 560ml - BAB : 590cc - Urine : 100cc - IWL : 13.12cc Cairan Output Total : 708.12ml Balance Cairan : -148.12ml Deuresis : 1.5cc/kgBB/jam	ERLin
27 April 2024 Jam 12.30 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan yang dialami - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi sakit - Memeriksa warna, volume,	DS : ibu pasien mengatakan kalau sudah membaik dan bolak balik kamar mandi untuk BAB tapi ga sesering kemarin DO : HR 85x/menit, RR 22x/menit, Suhu	ERLin

		frekuensi, dan konsistensi tinja - Periksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	36,5 C, Tekanan Darah 98/84 mmHg, frekuensi peristaltik usus 34x/menit Frekuensi BAB 2 kali, tekstur lembek, warna coklat, cekung mata berkurang, turgor kulit kembali cepat.	
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Periksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (22kg = 1488cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : pasien mengatakan kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 100ml - Makan : 210ml - Minum : 200ml Cairan Input Total : 510ml - BAB : 350cc - Urine : 130cc - IWL : 13.12cc	ERLin

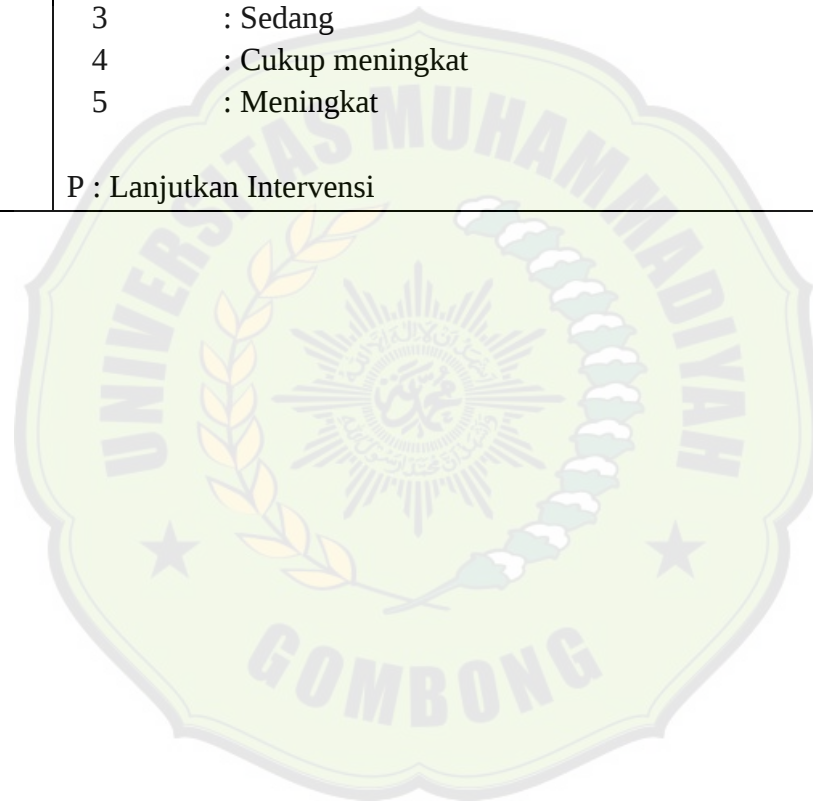
			Cairan Output Total : 493.12ml Balance Cairan : 16.88ml Deuresis : 1.5cc/kgBB/jam	
--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif	Paraf								
	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	S : Ibu klien mengatakan anak sudah jarang ke kamar mandi, sang anak sudah lebih aktif O : - Frekuensi BAB 2 kali - Warna feses coklat dan tekstur lembek - Peristaltik 35x/menit - KU : Baik - TTV = Suhu : 36,3°C Nadi : 91 x/menit RR : 21 x/menit TD 102/87mmHg A : Masalah Eliminasi Fekal (L.04033) teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Konsistensi feses	1	5	4	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir								
Konsistensi feses	1	5	4								

		<table> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> </table> Keterangan : 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik P : Lanjutkan intervensi	Frekuensi defekasi	2	5	4	Peristaltik usus	2	4	3									
Frekuensi defekasi	2	5	4																
Peristaltik usus	2	4	3																
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	S : Ibu klien mengatakan anaknya jauh lebih aktif, tidak lemas, minum dan makan sudah lebih baik dari sebelumnya O : Nadi : kuat 91x/menit Turgor kulit kembali cepat Output urine 40cc/2jam A : Masalah kemampuan untuk Status cairan (L.07059) teratasi sebagian <table> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan :	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	5	Turgor kulit	2	5	5	Output urin	2	5	5	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	5																
Turgor kulit	2	5	5																
Output urin	2	5	5																

		1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat P : Lanjutkan Intervensi	
--	--	---	--



Pasien Kelima

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP ANAK 		No. RM: 0213**** Nama Pasien : An.K Jenis Kelamin : L Tgl Lahir/Usia: 18 Juni 2019/ 5 tahun																		
Tanggal Masuk RS : 29 April 2024	Waktu Pemeriksaan : 29 April 2024	Ruangan: Aster																		
V. PENGKAJIAN KEPERAWATAN																				
A. KELUHAN UTAMA BAB lebih dari 4 kali dalam sehari tekstur lembek Riwayat penyakit sekarang : (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini) Ibu klien mengatakan sang anak mengalami diare saat dirumah bisa 6 kali sjak 2 hari lalu. Pasien datang ke IGD dengan kondisi dehidrasi dan diberiankan cairan. Pasien terpasang IVFD <i>metacarpal sinistra</i> dengan cairan RL 30tpm. Kondisi saat ini CRt <3detik, mata cekung, rewel, turgor kulit melambat dan badan lemas																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ALERGI/ REAKSI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Tidak ada alergi : -</td> </tr> <tr> <td>Alergi Obat, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi makanan, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Alergi lainnya, sebutkan</td> <td>:</td> <td>- Reaksi :-</td> </tr> <tr> <td>Tidak diketahui</td> <td>:</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			ALERGI/ REAKSI			Tidak ada alergi : -			Alergi Obat, sebutkan	:	- Reaksi :-	Alergi makanan, sebutkan	:	- Reaksi :-	Alergi lainnya, sebutkan	:	- Reaksi :-	Tidak diketahui	:	-
ALERGI/ REAKSI																				
Tidak ada alergi : -																				
Alergi Obat, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Alergi makanan, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Alergi lainnya, sebutkan	:	- Reaksi :-																		
Tidak diketahui	:	-																		

B. RIWAYAT KELAHIRAN			
Usia kelahiran : 37 minggu	Berat badan lahir : 3000 gr	Panjang badan lahir : 50 cm	
Persalinan : Spontan Menangis : Iya Riwayat kuning : Tidak			
C. RIWAYAT IMUNISASI DASAR			
No	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Reaksi setelah pemberian
D. RIWAYAT KELUARGA			
Ibu : Ny.A	Umur : 30 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Ayah : Tn.K	Umur : 33 tahun	Bangsa : Indonesia	Kesehatan : tidak memiliki riwayat/penyakit turunan
Anak anak lain : -			
E. RIWAYAT KESEHATAN			
21) Pernah dirawat : Tidak pernah			
22) Kapan : -			
23) Apakah terpasang alat implan : -			
24) Apakah ada riwayat dalam keluarga : DM (kakek)			
25) Mayor : -			
F. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG			
Bb : 15,8 kg			
TB : 110			
G. RIWAYAT PSIKOSOSIAL			
Status Psikologi: Cemas			
Status Sosial: Hubungan pasien dengan anggota keluarga baik			
Tempat Tinggal : Sokaraja			
Lingkungan tempat tinggal : Pedesaan			

Rumah dekat dengan prasarana umum : -
 Memiliki tetangga yang bahaya : Tidak memiliki
 Pengasuh anak : Mengasuh sendiri

H. PEMRIKSAAN FISIK

Tekanan darah : -

Nadi : 93 kali/menit

Pernafasan : 23 kali/menit

Suhu : 36,8 °C

a. Neurologi

Kesadaran : Compos mentis

Gangguan neurologis : Tidak ada

b. Pernafasan

Irama : Reguler

Retraksi dada: Tidak ada

Bentuk dada : Normal

Pola nafas : Normal

Suara nafas : Normal

Nafas cuping: Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Alat bantu pernafasan : Spontan

c. Sirkulasi

Sianosis : Tidak ada

Pucat : Ada

Intesistas nadi : Kuat

Irama nadi : Reguler

Edema : Tidak ada

Akral : Teraba Hangat

CRT : <3 detik

Clubbing finger : Tidak ada

d. Gastrointestinal

Labio : -

Muntah : tidak ada

Mual : tidak ada

Nyeri ulu hati : Tidak ada

Ascites : Tidak ada

Lingkar perut :

Lingkar kepala :

Lingkar Lengan :

e. Eliminasi

9) Defekasi

Pengeluaran : Anus

Frekuensi : 4 kali sehari

Karakteristik fases : cair

10) Urine

Pengeluaran : 40 cc Spontan

Kelainan : Tidak ada

Deuresis : 1.2ml/kgBB/jam

f. Integumen

Warna kulit : Pucat

Kelainan : Tidak ada

Resiko Decubitus : Tidak ada

Luka : Tidak Ada

g. Muskuloskeletal

Kelainan tulang : Tidak ada

Gerak anak : Bebas

Genetalia

Normal : Ya

I. SKRINING NYERI

Adakah rasa nyeri : Tidak ada

Sekor nyeri : -

Tipe nyeri : -

Karakteristik nyeri:

Nyeri mempengaruhi:

J. SKRINING GIZI

No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Apakah pasien memiliki status nutrisi kurang baik secara klinis?	Tidak (0)	Ya (1)
2.	Apakah terdapat penurunan berat badan selama 1 bulan terakhir?	Tidak (0)	Ya (1)
3.	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? (diare)	Tidak (0)	Ya (1)
4.	Apakah terdapat penyakit dasar atau kesadaran yang mengakibatkan pasien beresiko mengalami malnutrisi?	Tidak (1)	Ya (0)
Total		3 (resiko malnutrisi sedang)	

K. STATUS FUNGSIONAL

Parameter	Kriteria	Skor	Nilai Skor
Umur	Dibawah 3 tahun	4	3
	3 – 7 tahun	3	
	7 – 13 tahun	2	
	>13 Tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki laki	2	2
	Perempuan	1	
Diagnosis	Gangguan Neurologis	4	1
	Perubahan dalam oksigenisasi (Masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anorexia, sinkop, sakit kepala, dll)	3	
	Kelainan psikis/perilaku	2	
	Diagnosis lain	1	
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan	3	1
	Lupa keterbatasan	2	
	Mengetahui kemampuan diri	1	

	Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi/anak	4	2
		Pasien menggunakan alat bantu atau box/mebel	3	
		Pasien berada di tempat tidur	2	
		Pasien diluar ruang rawat	1	
	Respon terhadap operasi/obat penenang/efek anasthesi	Dalam 24 jam	3	1
		Dalam 48 jam	2	
		>48 jam	1	
	Penggunaan obat	Penggunaan obat : sedative (kecuali pasien ICU, yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturate, fenotialin, antidepresan, laksatif/diuretika, narkotik	3	1
		Salah satu dari perobatan diatas	2	
		Pengobatan lain	1	
	Total			(resiko jatuh rendah)
Skor: 7-11 Resiko jatuh rendah; ≥ 12 – Resiko Jatuh Tinggi				

POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit : Ibu klien sering ke klinik terdekat ketika anaknya sakit

Selama perawatan : Ibu klien mengatakan mengetahui penyakit anaknya setelah anaknya diperiksa dan langsung ke rumah sakit untuk perawatan lebih intens.

2. Pola Nutrisi dan Metabolism

Sebelum sakit : makan dan minum dengan baik

Selama perawatan: Anak hanya memakan makanan yang diberikan oleh rumah sakit, nafsu makan berkurang, konsumsi air putih juga jarang ada.

BB saat ini 15.8kg

3. Pola Eliminasi

Ibu klien mengatakan anaknya BAB 4x sehari konsistensi cair, berLendir dan berwarna kuning. Urin 40 cc selama 2 jam terakhir.

4. Pola Aktivitis dan Latihan

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya aktif bergerak dan bermain

Selama perawatan : Ibu klien mengatakan anaknya hanya dapat berbaring dan tampak lemas.

5. Pola Istirahat Tidur

Ibu klien mengatakan anak kurang nyaman tidur selama di rumah sakit karena kondisi ruangan yang panas.

6. Pola Kognitif – Perseotual Sensori

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Selama perawatan ibu klien mengatakan ingin anaknya segera pulang dan segera sembuh.

8. Pola Mekanisme Koping

Anak menonton dan bermain handphone untuk mengurangi rasa bosan di rumah sakit

9. Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien berjenis kelamin laki-laki

10. Pola peran-hubungan dengn orang lain

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada Allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Selama perawatan ibu klien mengatakan selalu berdoa kepada allah agar anaknya cepat diberi kesembuhan.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
HEMATOLOGI			
Hematologi rutin			
IGB	14.4	g/dL	10.7-14.7
RBC	5.42	$10^6/\mu\text{L}$	3.60 - 5.70
HCT	42.5	%	31.0 - 43.0
MCV	78.4	fL	72.0 - 102.0
MCH	26.6	pg	23.0 – 31.0
MCHC	33.9	g/dL	26.0 – 34.0
RDW-CV	L 10.5	%	11.5 - 14.5
WBC	10.94	$10^3/\mu\text{L}$	5.50 – 17.50
Hitung jenis			
NEUT%	H 79.1	%	25.0 – 60.0
LYMPH%	L 11.8	%	25.0 – 50.0
BASO%	0.7	%	0.0 – 1.0
MONO%	H 8.4	%	1.0 – 6.0
EOS%	L 0.0	%	2.0 – 4.0
NEUT#	H 8.7	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 – 7.0
LYMPH#	1.3	$10^3/\mu\text{L}$	1.0 – 3.7
BASO#	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.1
MONO#	H 0.9	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.7
EOS#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 – 0.4
PLT	355	$10^3/\mu\text{L}$	217-553
PDW	H 17.4	fL	9.0 – 17.0
MPV	L 4.7	fL	9.0 – 13.0
GLUKOSA DARAH			
Glukosa darah sewaktu	H 144	mg/Dl	52 – 98

Pemeriksaan Feses Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
-------------	-------	--------	---------------

Tinja			
Feses lengkap			
Makroskopik			
Warna	Coklat		
Bau	Khas		
Konsistensi	Seperti bubur		
Lendir	Positif		Negatif
Darah	Negatif		Negatif
Mikroskopik			
Leukosit	3-5	/LPB	Negatif
Eritrosit	2-4	/LPB	Negatif
Epitel	Normal	/LPB	Negatif
Lemak	Negatif	/LPB	2-7
Amoeba	Kista amoeba (+)		
Telur cacing	Negatif		Negatif
Sel ragi	Positif		
Crystal	Negatif		

ANALISA DATA

DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
DS: Ibu klien mengatakan anak BAB lebih dari 4 kali dalam sehari tekstur lembek DO: - BAB 4 kali sehari - Tekstur lembek berwarna coklat - TTV: - HR 93 kali/menit - RR 23 kali/menit - Suhu 36,8 °C - BB 15.8kg - TB 110cm	Diare	Inflamasi gastrointestinal

- Kulit pucat - Mata cekung - Turgor kulit melambat		
DS: - Ibu klien mengatakan anaknya lemas dan pucat DO: - S : 37,1 °C - Anak tampak lemas dan mata cekung - Turgor kulit kembali lambat - Infus : 150ml - Makan : 100ml - Minum : 120ml - Cairan Input Total : 370ml - BAB : 480ml - Urine : 40ml - IWL : 9.8ml - Cairan Output Total : 529.8ml - Balance Cairan : -159.8ml	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif..

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	SLKI	SIKI												
Diare b.d inflamasi gastrointestinal	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan diare teratasi dengan kriteria hasil : Eliminasi Fekal (L.04033) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik	Kriteria	A	T	Konsistensi feses	1	5	Frekuensi defekasi	2	5	Peristaltik usus	2	4	Manajemen Diare (I.03101) Observasi 1. Identifikasi penyebab diare 2. Identifikasi riwayat pembeian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Monitor tanda-tanda hipovolemia Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Pasang jalu intravena 3. Berikan cairan intravena 4. Berikan terapi untuk antimotilitas, bila perlu Edukasi Edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering Kolaborasi Kolaborasi pemberian terapi farmakologi, jika perlu
Kriteria	A	T												
Konsistensi feses	1	5												
Frekuensi defekasi	2	5												
Peristaltik usus	2	4												

Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif.	Dalam 2x24 jam diharapkan masalah keperawatan kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil : Status cairan (L.07059) <table border="1" data-bbox="658 475 1272 651"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>A</th><th>T</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> Keterangan : A : Awal T : Tujuan 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat 5.	Kriteria	A	T	Kekuatan nadi	2	5	Turgor kulit	2	5	Output urin	2	5	Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Monitor <i>vital sign</i> berkala 2. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan cairan oral Edukasi Anjurkan memperbanyak masukan cairan oral Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan IV
Kriteria	A	T												
Kekuatan nadi	2	5												
Turgor kulit	2	5												
Output urin	2	5												

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/Waktu	Diagnosa	Implementasi	Respon	Paraf
29 April 2024 Jam 11.00 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan dan penyebab diare - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi sakit - Memeriksa warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja - Memeriksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	DS : pasien mengatakan kalau tubuhnya masih lemas dan masih sering ke kamar mandi untuk BAB DO : HR 96x/menit, RR 22x/menit, Suhu 37,2C, Tekanan Darah 89/77 mmHg, frekuensi peristaltik usus 37x/menit. Frekuensi BAB 4 kali, tekstur agak lembek, warna coklat, mata masih cekung, turgor kulit agak lambat	ERLin

	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Memeriksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (15.8kg = 1459.2cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : ibu pasien mengatakan anak kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 180ml - Makan : 200ml - Minum : 180ml Cairan Input Total : 560ml - BAB : 590cc - Urine : 100cc - IWL : 9.8ml Cairan Output Total : 699.8ml Balance Cairan : -139.8ml Deuresis : 2.1ml/kgBB/jam	ERLin
30 April 2024 Jam 18.30 WIB	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	- Menanyakan keluhan yang dialami - Menanyakan riwayat pembeian makanan sebelum sakit hingga kondisi saki t - Memeriksa warna, volume,	DS : ibu pasien mengatakan kalau sudah membaik dan bolak balik kamar mandi untuk BAB tapi ga sesering kemarin DO : HR 91x/menit, RR 22x/menit, Suhu	ERLin

		frekuensi, dan konsistensi tinja - Memeriksa tanda-tanda vital - Memberikan asupan cairan oral - Memberikan cairan intravena - Memberikan terapi farmakologis dan non-farmakologi - Memberikan edukasi pemberian makanan sedikit tapi sering	36,5 C, Tekanan Darah 100/82 mmHg, frekuensi peristaltik usus 34x/menit Frekuensi BAB 2 kali, tekstur lembek, warna coklat, cekung mata berkurang, turgor kulit kembali cepat.	
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	- Memeriksa vital sign berkala - Menghitung intake dan output cairan - Menghitung kebutuhan cairan (15.8kg = 1459.2cc/24jam) - Memberikan cairan oral - Menganjurkan memperbanyak masukan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500cc/12jam	DS : pasien mengatakan kurang nafsu untuk makan dan minum, badan masih dan terasa lemas DO : - Infus : 100ml - Makan : 210ml - Minum : 200ml Cairan Input Total : 510ml - BAB : 350cc - Urine : 130cc - IWL : 9.8ml	ERLin

			Cairan Output Total : 489.9ml Balance Cairan : -20.2ml Deuresis : 2.7cc/kgBB/jam	
--	--	--	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi Sumatif	Paraf								
	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	S : Ibu klien mengatakan anak sudah jarang ke kamar mandi, sang anak sudah lebih aktif O : - Frekuensi BAB 2 kali - Warna feses coklat dan tekstur lembek - Peristaltik 30x/menit - KU : Baik - TTV = Suhu : 36,3°C Nadi : 81 x/menit RR : 22 x/menit TD 101/87mmHg A : Masalah Eliminasi Fekal (L.04033) teratasi sebagian <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Konsistensi feses</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Konsistensi feses	1	5	4	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir								
Konsistensi feses	1	5	4								

		<table> <tr> <td>Frekuensi defekasi</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Peristaltik usus</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td></tr> </table> Keterangan : 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik P : Lanjutkan intervensi	Frekuensi defekasi	2	5	4	Peristaltik usus	2	4	3									
Frekuensi defekasi	2	5	4																
Peristaltik usus	2	4	3																
	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	S : Ibu klien mengatakan anaknya jauh lebih aktif, tidak lemas, minum dan makan sudah lebih baik dari sebelumnya O : Nadi : kuat 81x/menit Turgor kulit kembali cepat Output urine 40cc/2jam A : Masalah kemampuan untuk Status cairan (L.07059) teratasi sebagian <table> <tr> <th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Kekuatan nadi</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Output urin</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan :	Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir	Kekuatan nadi	2	5	5	Turgor kulit	2	5	5	Output urin	2	5	5	ERLin
Kriteria	Awal	Tujuan	Akhir																
Kekuatan nadi	2	5	5																
Turgor kulit	2	5	5																
Output urin	2	5	5																

		1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkatkan P : Lanjutkan Intervensi	
--	--	---	--

