

Lampiran-2

PERMOHONAN MENJADI PASIEN KELOLAAN

Dalam rangka menyelesaikan Karya Ilmiah sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners di Universitas Al-Irsyad Cilacap maka yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : UMBUL GUNAWAN
NIM : 41121232064
Alamat : Jl. Sutomo RT.5 RW.13 Kel. Sidanegara
Kabupaten Cilacap
No. HP : 0856-4781-4090
Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Masalah Keperawatan Diare dan Penerapan Tindakan Pijat Diare di RSU Santa Maria Cilacap

Bermaksud akan melakukan kegiatan penelitian sebagai rangkaian studi saya Program Profesi Ners di Universitas Al-Irsyad Cilacap. Penulisan karya ilmiah bertujuan untuk mengetahui pengaruh tindakan pijat diare terhadap konsistensi feses, frekuensi BAB dan peristaltik usus.

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

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

Penulis,

UMBUL GUNAWAN
NIM. 41121232064

Lampiran-3

PERSETUJUAN MENJADI PASIEN KELOLAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :

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

Nama : UMBUL GUNAWAN
NIM : 41121232064

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

Demikian surat pernyataan kami buat.

Cilacap, 2024
Partisipan

.....

Lampiran-4 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

No. Resp. :

Nama / Inisial :

Jenis Kelamin :

Umur : tahun

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

Lampiran-5 SOP *Baby Massage*

STANDAR OPERASI PROSEDUR (SOP) PIJAT DIARE

	SOP PIJAT DIARE
PENGERTIAN	Terapi sentuh yang digunakan untuk mengatasi masalah diare dan menurunkan frekuensi buang air besar, karena pijat balita dapat memperbaiki saraf nervus dan dapat memperbaiki proses absorpsi makanan, dengan menstimulasi sirkulasi darah, maka dapat melancarkan juga peredaran darah ke organ pencernaan.
TUJUAN	1. Menurunkan hormone stress pada balita 2. Mengubah gelombang otak secara positif 3. Memperlancar sirkulasi darah dan pernapasan 4. Meningkatkan berat badan balita 5. Membuat rileks saat balita tidur 6. Menyembuhkan sakit kolik dan kembung 7. Meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan balita
INDIKASI	Balita yang mengalami diare.
KONTRAINDIKASI	1. Memijat balita langsung setelah makan. 2. Membangunkan balita khusus untuk pijatan. 3. Memijat balita pada saat balita dalam keadaan tidak sehat. 4. Memijat balita pada saat balita tak mau dipijat. 5. Memaksakan posisi pijat tertentu pada balita
WAKTU PIJAT	1. Pagi hari, pada saat orang tua dan balita siap untuk memulai hari baru. 2. Malam hari, sebelum tidur. Ini sangat baik untuk membantu balita tidur lebih nyenyak
PERSIAPAN	1. Tangan bersih dan hangat. 2. Menghindari kuku dan perhiasan tidak mengakibatkan goresan pada kulit balita. 3. Ruang untuk memijat diupayakan hangat dan tidak pengap. 4. Balita sudah selesai makan atau tidak sedang lapar. 5. Secara khusus menyediakan waktu untuk tidak diganggu minimum selama 15 menit guna melakukan seluruh tahap-tahap pijatan. 6. Mengatur posisi yang nyaman dan tenang. 7. Membaringkanlah balita di atas permukaan kain

	yang rata, lembut dan bersih. 8. Menyiapkan handuk, popok, baju ganti dan minyak balita (baby oil/ lotion). 9. Meminta izin pada balita sebelum melakukan pemijatan dengan cara membelai wajah dan kepala balita sambil mengajaknya berbicara.
	1. Menilai konsistensi feses, frekuensi BAB dan menghitung bising usus (<i>pre test</i>) 2. Dokumentasikan pada lembar observasi. 3. Setelah pengukuran <i>pre test</i> segera melakukan intervensi pijat diare. a. Bagian atas pusar Bagian atas pusar disebut juga titik CV12 titiknya berada di garis tengah perut atau tepatnya satu jengkal diatas pusar, pijat menggunakan telunjuk dari atas hingga tulang rusuk, temukan titik tengah antara sudut sternokostal dan pusar, lakukan pijatan dengan lembut pada titik tersebut menggunakan satu atau dua jari. b. Tulang panggul Tulang panggul atau titik ST25 titik pijat ini terletak antara ditengah garis perut dan batas luar setinggi pusar, agar bisa menemukannya dengan mudah tarik garis tengah perut ke bagian bawah, kemudian pijit menggunakan dua jari. c. Tulang kering Titiknya ada dikaki bagian bawah empat jari dibawah tulang kering, dekat dengan ujung tulang kering, supaya memijat titik pijat untuk mengatasi diare dengan tepat gunakan empat jari dengan mengukurnya dari tempurung lutut. d. Bagian dalam lutut Pemijatan dilakukan dari bagian dalam lutut dan arah kebelakang lutut, akan terasa ada lekukan daging dibawah kepala tulang kering, tengah antara bagian depan dan belakang lutut, lakukan pijatan dengan sangat lembut. e. Bagian atas kaki Pemijatan di bagian atas kaki bertujuan untuk menghilangkan kram perut yang terjadi saat diare, pijat bagian atas telapak kaki, diantara tulang yang mengarah ke jari pertama dan kedua kaki, letakkan jari diantara jari kedua dan pertama, gerakan jari kebagian atas kaki, tapi tetap diantara kedua tulang, kira-kira sepertiga dari jarak pangkal kaki dan pergelangan kaki

	8. Pijat diare dilakukan selama 15 menit dilakukan 2x sehari selama 3 hari pada balita yang mengalami diare. 9. Setelah intervensi lakukan penilaian konsistensi feses, frekuensi BAB dan menghitung bising usus (<i>posttest</i>).
Tahap terminasi	1. Merapikan klien dan membereskan alat-alat 2. Berikan dukungan kepada klien dan keluarga dan dokumentasikan jawaban responden. 3. Mencuci tangan
Evaluasi	Evaluasi keperawatan yang sesuai • Monitor respon klien terhadap pengukuran
Dokumentasi	1. Mencatat waktu dan tanggal prosedur 2. Mencatat hasil pengukuran

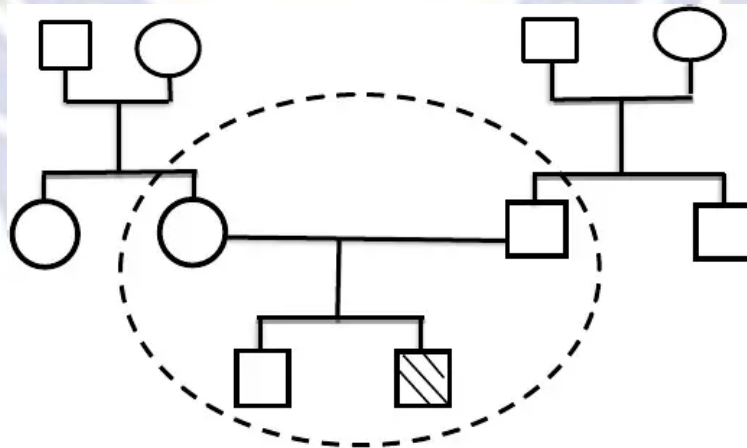
Sumber: Damayanti (2024)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. AZ DENGAN DIARE DAN
PEMBERIAN PIJAT DIARE DI RUANG ALAMANDA 4 RSU SANTA
MARIA CILACAP**

A. Identitas

Nama : An. AZ
 Tempat/Tgl Lahir : Cilacap. 3 Mei 2023 (1 tahun 2 bulan 10 hari)
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Nama orang tua/Wali : Ny. S
 Alamat : Perumahan Wahana Griya Tritih Lor
 Kecamatan Jeruklegi Kabupaten Cilacap
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 Agama : Islam
 Kewarganegaraan : Indonesia
 Tanggal pengkajian : Kamis, 11 Juli 2024
 Tanggal masuk RS : Kamis, 11 Juli 2024
 Hubungan dengan anak : Ibu kandung

Genogram



Keterangan :

laki-laki : □

Perempuan : ○

Tinggal serumah : ○



Pasien :

B. Keluhan Utama

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

C. Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu klien mengatakan klien mengalami panas tinggi tiba-tiba muntah dan diare, kemudian klien di bawa ke bidan tanggal 9 Juli 2024 dan diberi obat Paracetamol. Setelah itu keluarga klien mengatakan klien di bawa pulang ke rumah namun sampai pada hari Kamis belum ada perbaikan dan pasien BAB > 10 x/hari kemudian oleh keluarga di bawa ke Puskesmas Jeruklegi pada tanggal 11 Juli 2024 jam 08.30 WIB lalu dokter menyarankan agar langsung dirujuk ke RSUD Santa Maria Cilacap karena pasien sudah dehidrasi pada tanggal 11 Juli 2024 jam 10:10 WIB. Setelah penanganan di IGD klien dipindahkan ke Ruang Alamanda 4.

D. Riwayat Penyakit Dahulu

1. Penyakit yang pernah diderita

Ibu klien mengatakan klien pernah didiagnosis hiperbilirubin saat lahir

2. Pengalaman di rawat dirumah sakit

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

3. Riwayat operasi/pembedahan

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

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

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

5. Riwayat alergi

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

E. Riwayat Penyakit Keluarga

Ibu pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki

riwayat hiperbilirubin ataupun penyakit kronis lainnya.

F. Pengukuran Antropometri

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

G. Vital Sign

Diukur pada tanggal 11 Maret 2024

1. Suhu : 37,9°C
2. Frekuensi Jantung : 110 x/menit
3. Frekuensi Pernafasan : 29 x/menit

H. Riwayat Perkembangan

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

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

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

I. Identitas Kebutuhan Dasar dan Pemeriksaan Fisik

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

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

Palpasi : Tidak dilakukan.

Perkusi : Tidak dilakukan

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

Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi iktus kordis

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

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

4. Kebutuhan nutrisi dan cairan

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

b. Abdomen:

Inspeksi : Dinding abdomen datar

Auskultasi : Bising usus (+) $\pm$ 37 x/m

Perkusi : Timpani (+), seluruh lapang abdomen.

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

c. Pola Nutrisi dan Cairan

Tabel 1 Pola Nutrsi dan Cairan Sebelum dan Sesudah Sakit

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

d. Kebutuhan eliminasi

Tabel 2 Pola BAB Sebelum dan Sesudah Sakit

Pola buang air besar (BAB)		Sehat	Sakit
Frekuensi		1 kali sehari	> 8 kali/hari
Konsistensi		Lunak	Cair Kuning pucat disertai ampas
Warna		Kekuningan	
Keluhan saat BAB		Tidak ada	Lemas
Istilah yang digunakan anak untuk BAB		-	-

Tabel 3 Pola BAK Sebelum dan Sesudah Sakit

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

6. Kebutuhan aktivitas dan istirahat

Tabel 4 Pola Aktivitas Sebelum dan Sesudah Sakit

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

7. Kebutuhan Interaksi Sosial

- Anak - Orang tua : belum dapat berkomunikasi
- Anak - Teman : belum dapat berkomunikasi
- Anak-Keluarga : belum dapat berkomunikasi
- Anak-Orang lain : belum dapat berkomunikasi

8. Kebutuhan Personal Higiene

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

9. Organ sesnsoris

- Mata
 - Penempatan dan kesejajaran : simetris
 - Warna sklera : normal berwarna putih
 - Warna iris : hitam
 - Konjungtiva : anemis
 - Ukuran pupil : simetris

- 6) Refleks pupil : rangsang terhadap cahaya baik
- 7) Refleks berkedip : berkedip saat ada sentuhan tangan dan cahaya (dalam batas normal)
- 8) Gerakan kelopak mata : baik dalam batas normal

b. Telinga

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

c. Kulit

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

5. Pengkajian Resiko Malnutrisi Nutrition Risk Score (NRS)

Tabel 5 Pengkajian Nutrition Risk Score (NRS)

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

Kategori risiko malnutrisi berdasarkan skor :

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

Lembar Observasi Status Nausea Keller Index Of Nausea (KIN)

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

Keterangan :

Jika indikator ditemukan pada anak, maka diberikan skor

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

J. Pemeriksaan Diagnostik

Laboratorium klinik: Tgl: 11 Juli 2024

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Haemoglobin	11,5	gr/dL	11-15
Hematokrit	34,4	%	35-47
Leukosit	10.39	/ μ L	3.6-11.0
Trombosit	374	10^3 / μ L	150-450
Basofil	0,3	0-4	%
Eosinofil	0,1	1-4	%
Neutrofil	65,4	40-75	%
Limfosit	26,5	20-45	%
Monosit	7,7	2-5	%

K. Terapi

RL IV 3 cc/jam

Injeksi ondansentron 3x1 mg

Injeksi ranitidine 2x1/4 amp

Injeksi metronidazole 3x80 mg

Zink 1x10 mg-
Paracetamol Syrup 3x 3/4 Cth

L. Analisa Data

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	Data Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. AZ BAB 10 kali dalam 24 jam - Ibu pasien mengatakan An. AZ BAB cair Data Objektif : - Pasien BAB 10 kali dalam 24 jam - Konsistensi feses pada An. AZ tampak cair - N : 110 x/ menit - P: 29 x/ menit - S: 37,9°C	Proses infeksi	Diare
2	Ds : - Ibu pasien mengatakan An. AZ BAB 10x dalam 24 jam - Ibu pasien mangatan An. AZ muntah 3x dalam 24 jam - Ibu pasien mengatakan An. AZ lemah Do : - N: 110 x/menit - An.AZ terlihat lemah - P : 29 x/menit - S: 37,9°C - Turgor kulit : <2 detik - membran mukosa kering - volume urine 5 cc - Hematokrit 34%	Kehilangan cairan aktif	Hipovolemia

M. Diagnosa Keperawatan

1. Diare berhubungan dengan proses infeksi
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam Diharapkan : Eliminasi Fekal Membaik Dengan kriteria hasil: a. Konsistensi feses membaik b. Frekuensi defekasi membaik c. Peristaltik usus membaik	Manajemen diare Observasi 1. Mengidentifikasi penyebab diare (mis, inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointertinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu) 2. Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja 3. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis,

No	DX. Keperawatan	SLKI	SIKI
			takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun) 4. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 5. Monitor jumlah pengeluaran diare 6. Monitor keamanan penyiapan makanan Terapeutik: 1. Berikan asupan cairan oral (mis, larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte) 2. Berikan cairan intravena (mis, ringer asetat, ringer laktat), jika perlu . 3. Lakukan pijat diare. Edukasi: 1. Anjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI Kolaborasi
2	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil: a. Denyut nadi radial membaik b. Tekanan arteri rata-rata membaik c. Membran mukosa membaik d. Mata cekung membaik e. Turgor kulit membaik f. Volume urin membaik g. Hematokrit membaik	Manajemen Hipovolemia Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi: Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCL, RL)

IMPLEMENTASI

Hari / Tanggal : Kamis, 11 Juli 2024

Implementasi : Hari Ke-1

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
11-07-2024 10.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Meng etahui penyebab diare pada An. AZ dengan cara menanyakan kepada ibu An. AZ	1. Ibu An. AZ mengatakan penyebab diare pada An. AZ karena An. AZ diberikan susu formula	Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. AZ BAB 8 kali dalam 24 jam - Ibu pasien mengatakan An. AZ BAB cair Objektif : - Pasien BAB masih 8 kali - Konsistensi feses pada An. AZ tampak cair - N : 108 x/ menit - P: 26x/ menit - S: 37,5 ° C Analisa: Eliminasi fekal (sedang)	
10.05 WIB		2. Meng etahui warna, volume, frekuensi , dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. AZ berwarna kuning kehijauan, frekuensi 10 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair		
10.10 WIB		3. Meng etahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : <2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,6 kg	Planning : Intervensi SIKI Manajemen diare dilanjutkan dan pijat diare	
10.15 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi	4. Pada bagian perianal An. AZ tampak ada kemerahan		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		kulit di daerah perianal			
10.20 WIB		5. Monitor keamanan penyediaan makanan	5. Makanan yang diberikan kepada An. AZ sudah aman ibu An. AZ mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. AZ		
10.25 WIB		6. Mem berikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. AZ sudah diberikan air putih oleh ibu An. AZ		
10.30 WIB		7. Mem berikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. AZ diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit		
10.35 WIB		8. Meng anjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. AZ meberikan An. AZ makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap		
10.40 WIB		9. Meng anjurkan ibu pasien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. AZ mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. AZ		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
10.45 WIB		10. Mem berikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. AZ di berikan obat L bio An. AZ masih diare		
10.50 WIB		11. Mem berikan obat pengeras feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink feses pada An. AZ konsistensi masih cair		
10.55 WIB		12. Mela kukan pijat diare	12. Pijat diare sesuai dengan SOP		
10.05 WIB	Hipovolemia:	1. Mem eriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. AZ	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 120x/menit, turgor kulit menurun CRT < 2 detik, membran mukosa masih kering pada An. AZ	Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. AZ BAB sudah menurun 8 kali dalam 24 jam - Ibu pasien mangatan bahwa An. AZ sudah tidak muntah lagi - Ibu pasien mengatakan An. AZ sudah membaik tetapi masih sedikit lemas Objektif : - N: 120 x/menit - An. AZ terlihat lemah - P : 25 x/menit - S: 37,8°C - Turgor kulit : <2 detik - Membran mukosa	
10.10 WIB		2. Mem berikan posisi terlentang pada An. AZ	2. Setelah dilakukan pemberian posisi terlentang ibu An. AZ mengatakan sudah aman dan nyaman		
10.15 WIB		3. Mem berikan cairan asupan oral pada	3. An. AZ sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		An. AZ	asupan cairan	kering - volume urine	
10.20 WIB		4. Mem beritahu ibu An. AZ untuk banyak memberik an cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. AZ mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. AZ	5 cc - Hematokrit 31% Analisa : Keseimbangan cairan (sedang) Planning : Intervensi SIKI Manajemen hipovolemia dilanjutkan	
10.25 WIB		5. Mem beritahu kepada ibu An. AZ untuk tidak mengubah posisi An. AZ secara mendadak	5. Ibu An. AZ dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya		
10.30 WIB		6. Mem berikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. AZ diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit		

IMPLEMENTASI

Hari / Tanggal : Jumat, 12 Juli 2024

Implementasi : Hari Ke-2

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
			Formatif (Respon Hasil)
12-07-2024 10.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajamen Diare: 1. Mengetahui penyebab diare pada An. AZ dengan cara menanyakan kepada ibu An. AZ	1. Ibu An. AZ mengatakan penyebab diare pada An. AZ karena An. AZ diberikan susu formula
10.05 WIB		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. AZ berwarna kuning kehijauan, frekuensi 10 x dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair
10.10 WIB		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : <2 detik, membran mukosa kering, berat badan menurun sebelum masuk rumah sakit 9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,6 kg
10.15 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal	4. Pada bagian perianal An. AZ tampak ada kemerahan
10.20 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. AZ sudah aman ibu An. AZ mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. AZ
10.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. AZ sudah diberikan air putih oleh ibu An. AZ
10.30 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. AZ diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit
10.35 WIB		8. Menganjurkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. AZ meberikan An. AZ makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap
10.40 WIB		9. Menganjurkan ibu pasien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. AZ mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. AZ
10.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. AZ di berikan obat L bio An. AZ masih diare
10.50 WIB		11. Memberikan obat pengeras feses pada pasien yaitu oralit dan zink	11. Setelah di berikan oralit dan zink feses pada An. AZ konsistensi masih cair
10.55 WIB		12. Melakukan pijat diare	12. Pijat diare sesuai dengan SOP
10.05 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa	1. Setelah di lakukan pemeriksaan di dapatkan nadi

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
			Formatif (Respon Hasil)
		nadi, turgor kulit , membran mukosa , lemah pada An. AZ	120x/ menit, turgor kulit menurun CRT < 2 detik , membran mukosa masih kering pada An. AZ
10.10 WIB		2. Memberikan posisi trelendburg pada An. AZ	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelendburg ibu An. AZ mengatakan sudah aman dan nyaman
10.15 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. AZ	3. An. AZ sudah diberikan air putih oleh ibunya untuk menambah asupan cairan
10.20 WIB		4. Memberitahu ibu An. AZ untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. AZ mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral pada An. AZ
10.25 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. AZ untuk tidak mengubah posisi An. AZ secara mendadak	5. Ibu An. AZ dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya
10.30 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. AZ diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit

IMPLEMENTASI

Hari / Tanggal : Sabtu, 13 Juli 2024

Implementasi : Hari Ke-3

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
13-07- 2024 10.00 WIB	Diare berhubungan dengan proses infeksi	Manajemen Diare:			
		1. Mengetahui penyebab diare pada An. AZ dengan cara menanyakan kepada ibu An. AZ	1. Ibu An. AZ mengatakan penyebab diare pada An. AZ karena An. AZ diberikan susu formula	15.00 WIB Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. AZBAB sudah berkurang, 2 kali dalam sehari kondisi An. AZ sudah mulai	
		2. Mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar	2. Warna tinja An. AZ berwarna kuning kehijauan, frekuensi sudah berkurang 4 kali dalam sehari, konsistensi dalam bentuk cair	- Ibu pasien mengatakan An. AZ BAB sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat Objektif : - Pasien BAB sudah	
		3. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia	3. CRT : <2 detik , membran mukosa sudah mulai lembab, berat badan menurun , sebelum masuk rumah sakit 9 kg sedangkan pada saat di rawat di rumah sakit menjadi 8,5 kg	berkurang 2 kali dalam sehari kondisi An. AZ sudah mulai membaik - Konsistensi feses pada An. AZ sudah tampak lembek dan mulai ada potongan padat - N : 115x/ menit - P: 24 x/ menit - S: 36,5 °C	
10.05 WIB					
10.10 WIB					
10.15 WIB		4. Melihat apakah ada iritasi dan ulserasi kulit di	4. Pada bagian perianal An. AZ untuk warna nya		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		daerah perianal	sudah tidak tampak kemerahan	Analisa: Eliminasi fekal (meningkat)	
10.20 WIB		5. Monitor keamanan penyiapan makanan	5. Makanan yang di berikan kepada An. AZ sudah aman ibu An. AZ mengerti tentang makanan yang aman di berikan untuk An. AZ	Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (ps boleh pulang)	
10.25 WIB		6. Memberikan asupan oral yaitu memberikan air putih	6. An. AZ sudah diberikan air putih oleh ibu An. AZ		
10.30 WIB		7. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	7. An. AZ diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit		
10.35 WIB		8. Mengajarkan pasien makan porsi kecil tapi sering dan bertahap	8. Ibu An. AZ meberikan An. AZ makan nasi tim dengan porsi kecil tapi sering dan bertahap		
10.40 WIB		9. Mengajarkan ibu pasien untuk melanjutkan pemberian Asi	9. Ibu An. AZ mengatakan asi masih terus di berikan kepada An. AZ		
10.45 WIB		10. Memberikan obat antimotilitas yaitu L bio	10. Setelah An. AZ di berikan obat L bio An. AZ diare sudah berkurang		
10.50 WIB		11. Memberikan	11. Setelah di		

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
		obat pengeras feses pada pasien yaitu oralit dan zink	berikan oralit dan zink, fese pada An. AZ sudah mulai membaik tampak lembek dan mulai ada potongan padat		
10.55 WIB		12. Melakukan pijat diare	12. Pijat diare sesuai dengan SOP		
10.05 WIB	Hipovolemia:	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia dengan memeriksa nadi, turgor kulit, membran mukosa, lemah pada An. AZ	1. Setelah dilakukan pemeriksaan di dapatkan nadi 110x/menit, turgor kulit membaik CRT >2 detik, membran mukosa sudah mulai lembab pada An. AZ	15.00 WIB Subjektif : - Ibu pasien mengatakan An. AZ BAB sudah menurun 2 kali dalam 24 jam - Ibu pasien mengatakan bahwa An. AZ sudah tidak muntah lagi	
10.10 WIB		2. Memberikan posisi trelendburg pada An. AZ	2. Setelah dilakukan pemberian posisi trelendburg ibu An. AZ mengatakan sudah aman dan nyaman	- Ibu pasien mengatakan An. AZ sudah membaik tetapi masih sedikit lemas	
10.15 WIB		3. Memberikan cairan asupan oral pada An. AZ	3. An. AZ sudah diberikan air putih oleh ibu An. AZ untuk menambah asupan cairan	Objektif : - N: 110 x/menit - An. AZ mulai membaik - P : 24 x/menit - S: 36,5°C	
10.20 WIB		4. Memberitahu ibu An. AZ untuk banyak memberikan cairan asupan melalui oral	4. Ibu An. AZ mengerti dan akan memberikan cairan melalui oral	- Turgor kulit : >2 detik - membran mukosa kering - volume	

TGL/JAM	DX. Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon		Paraf
			Formatif (Respon Hasil)	Sumatif (Respon Perkembangan)	
			pada An. AZ	urine 8 cc - Hematokrit 34,5%	
10.25 WIB		5. Memberitahu kepada ibu An. AZ untuk tidak mengubah posisi An. AZ secara mendadak	5. Ibu An. AZ dapat memahami tentang posisi yang baik untuk anaknya	Analisa : Keseimbangan cairan (cukup meningkat). Planning : Masalah teratasi dan intervensi di hentikan (pasien boleh pulang)	
10.30 WIB		6. Memberikan pasien cairan infus melalui intravena	6. An. AZ diberikan infus ringer laktat dengan tetesan 15 tetes/ menit		

