

BAB 2

TINJAUAN KASUS

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas Klien

Tabel 2. 1 Identitas Klien

Biodata	Klien 1	Klien 2
Nama	An. AKP	An. AYK
Umur	1 tahun 9 bulan	1 tahun 3 bulan
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	-	-
MRS tanggal	17 Februari 2024	21 Februari 2024
Pukul	16.16 WIB	19.01 WIB
Waktu Pengkajian	17 Februari 2024	22 Februari 2024
Pukul	16.45 WIB	08.00 WIB
Yang Merujuk	Datang sendiri	Datang sendiri
Diagnosa Masuk	Diare	Diare
Identitas Orang Tua		
Nama Orang Tua	Tn. AI	Ny. F
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Swasta	IRT
Alamat	Warungdowo Pasuruan	Talang Sumenep

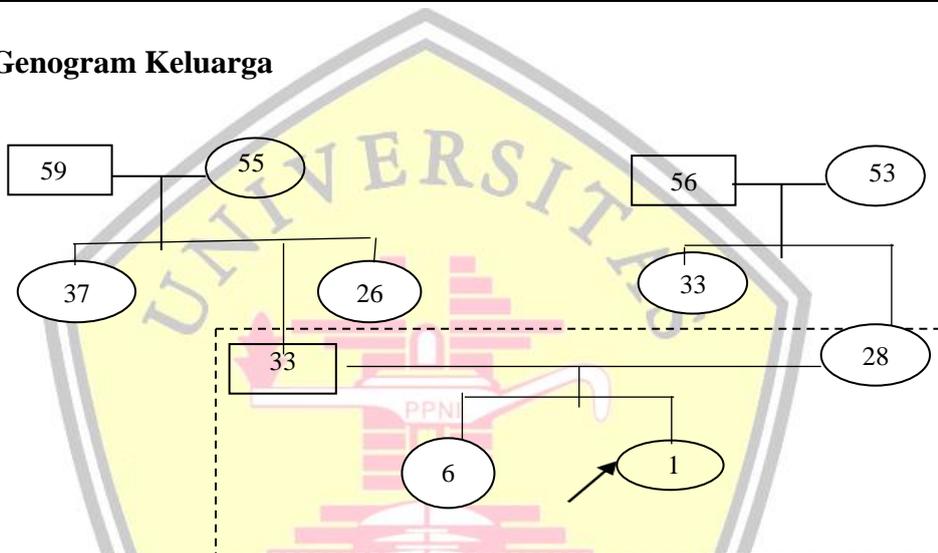
2.1.2 Riwayat Kesehatan

Tabel 2. 2 Riwayat Kesehatan

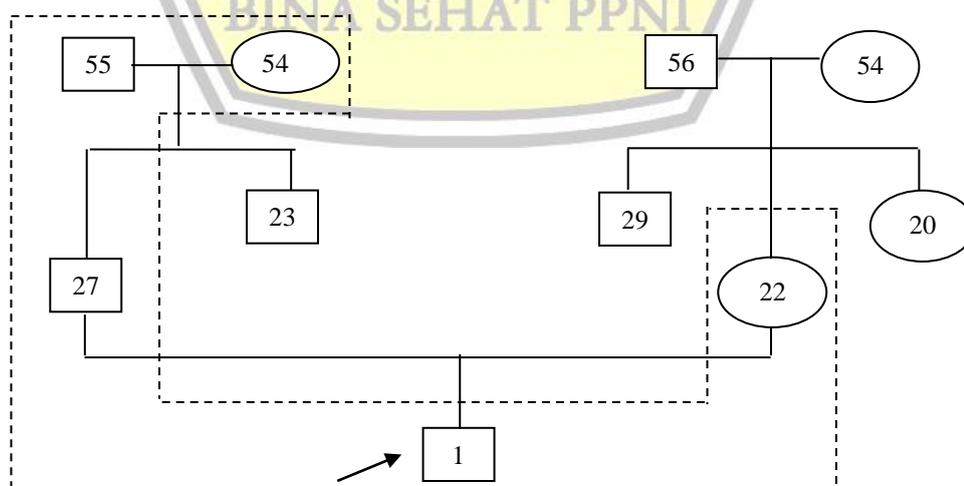
Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Ibu pasien mengatakan anaknya buang air besar cair 4 kali dan muntah	Ibu pasien mengatakan anaknya buang air besar cair 6 kali
Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya muntah 2 hari, BAB cair 4x warna kuning, ampas (+), sudah periksa ke dokter tetapi tidak membaik sehingga pukul 15.00 WIB anak dibawa ke RSUD Bangil Pasuruan. Saat pengkajian ditemukan data anak BAB cair, Suhu : 36,2^oC; N : 80 x/menit.	Ibu pasien mengatakan bahwa demam, lemas, mencret, muntah, tidak mau makan, BAB cair 6x sehingga anak dibawa ke RSUD Bangil Pasuruan. Saat pengkajian ditemukan data anak BAB cair, Suhu : 38^oC; N : 76 x/menit.
Riwayat Penyakit Dahulu	Ibu pasien mengatakan bahwa pasien pernah mengalami sakit	Ibu pasien mengatakan bahwa pasien pernah mengalami sakit

Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
	batuk pilek dan pernah diare.	batuk pilek saja tidak pernah diare.
Riwayat Keluarga	Ibu pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit yang sama yaitu diare.	Ibu pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit yang sama yaitu diare.
Riwayat Imunisasi	Imunisasi lengkap: HB0 saat baru lahir, BCG pada usia 1 bulan, HB1+DPT1+Polio pada usia 2 bulan, HB2+DPT2+Polio pada usia 3 bulan, HB3+DPT3+Polio pada usia 4 bulan, dan Campak pada usia 9 bulan	Imunisasi lengkap: HB0 saat baru lahir, BCG pada usia 1 bulan, HB1+DPT1+Polio pada usia 2 bulan, HB2+DPT2+Polio pada usia 3 bulan, HB3+DPT3+Polio pada usia 4 bulan, dan Campak pada usia 9 bulan

2.1.3 Genogram Keluarga



Gambar 2. 1 Genogram Klien 1



Gambar 2. 2 Genogram Klien 2

Keterangan



2.1.4 Kemampuan Fungsional

Tabel 2. 3 Kemampuan Fungsional

Kemampuan Fungsional	Klien 1	Klien 2
Pola persepsi kesehatan	Klien belum bisa berkomunikasi dengan bicara Keluarga mengatakan klien pasti sembuh	Klien belum bisa berkomunikasi dengan bicara Keluarga mengatakan klien pasti sembuh
Pola Nutrisi- Metabolisme	9 bulan saja	2 bulan saja
1) ASI	Tidak ada diit khusus, dari rumah sakit diberikan diet TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein)	Tidak ada diit khusus, dari rumah sakit diberikan diet TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein)
2) Diit khusus	Menurun, makan 1 porsi tidak habis	Menurun, tidak mau makan, hanya minum susu
3) Nafsu makan	Klien tidak memiliki masalah dengan makanan, tidak memiliki alergi makanan tertentu, tidak mengalami disfagia	Klien tidak memiliki masalah dengan makanan, tidak memiliki alergi makanan tertentu, tidak mengalami disfagia
4) Masalah makanan dengan	½ porsi seperti biasa	Tidak mau makan
5) Jumlah makanan yang dimakan	Infus KAEN 1B 500cc/24 jam	Infus KAEN 3B 500cc/24 jam
6) Cairan Intravena		
7) Masukan dan keluaran		
a) Masukan	- Minum susu encer 3 x 120cc (menggunakan dot dan hanya membawa 2) - Injeksi obat 62 cc	- Minum susu 4x90cc (menggunakan dot dan hanya membawa 2) - Injeksi obat 56 cc
b) Keluaran	BAK 4x Cair ampas	BAK 5x Cair ampas
Pola Eliminasi		
a) Uri		
(1) Kebiasaan	Kebiasaan Frekuensi 8-9 kali dalam sehari, dan jumlah normal (volume tidak dikaji), tidak ada keluhan saat BAK, saat sakit 6x sehari	Kebiasaan Frekuensi 9-10 kali dalam sehari, dan jumlah normal (volume tidak dikaji), tidak ada keluhan saat BAK, saat sakit 4 kali sehari
(2) Masalah berkemih	Klien tidak mengalami masalah berkemih	Klien tidak mengalami masalah berkemih
b) Alvi		

Kemampuan Fungsional	Klien 1	Klien 2
(1) Kebiasaan (2) Masalah BAB	Frekuensi 1x sehari, konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan Saat ini pasien mengalami BAB cair karena pasien baru mencoba pemberian sufor sejak 2 bulan ini sebelumnya memakai ASI	Frekuensi 1x sehari, konsistensi lembek, tidak ada masalah dengan kebiasaan buang air besar Saat ini pasien mengalami BAB cair karena ibu pasien mengganti jenis sufor sejak 1 bulan ini
Pola Aktivitas Kemampuan Motorik Pernafasan 1) Keluhan saat melakukan aktifitas 2) Riwayat penyakit pernafasan 3) Riwayat penyakit paru dalam keluarga Sirkulasi 1) Keluhan saat melakukan aktivitas 2) Riwayat penyakit jantung 3) Riwayat penyakit jantung dalam keluarga 4) Obat-obatan yang dipakai	Kemampuan motorik kasar dan halus sesuai dengan usia Lemas Hanya batuk pilek biasa Tidak ada Klien belum bisa mengkomunikasikan keluhannya Klien tidak memiliki riwayat penyakit jantung Tidak ada Tidak ada	Kemampuan motorik kasar dan halus sesuai dengan usia Lemas Hanya batuk pilek biasa Tidak ada Klien belum bisa mengkomunikasikan keluhannya Klien tidak memiliki riwayat penyakit jantung Tidak ada Tidak ada
Pola Tidur	Klien tidur 8-9 jam sehari, siang tidur 1 jam, sedangkan malam hari tidur sekitar 8 jam	Klien tidur kurang lebih 10 jam sehari, siang tidur 2 jam, sedangkan malam hari tidur sekitar 8 jam
Pola kognitif – Perseptual	Klien tidak mengatakan apa-apa	Klien tidak mengatakan apa-apa
Persepsi diri / konsep diri	Klien tidak mengatakan apa-apa tentang konsep dirinya	Klien tidak mengatakan apa-apa tentang konsep dirinya
Pola Peran – hubungan a) Komunikasi b) Bahasa sehari-hari c) Hubungan dengan orang lain d) Dampak sakit terhadap diri e) Keinginan untuk mengubah diri	Perbendaharaan kata klien masih sedikit Menggunakan bahasa Jawa Baik dengan orang tua Klien trewel, sering menangis, tidak mau pisah dari ibu Klien tidak dapat mengatakan keinginan untuk merubah dirinya	Perbendaharaan kata klien masih sedikit Menggunakan bahasa Jawa Baik dengan orang tua Klien sering menangis, menempel terus pada ibu Klien tidak dapat mengatakan keinginan untuk merubah dirinya

Kemampuan Fungsional	Klien 1	Klien 2
Seksualitas/ reproduksi	Klien tidak mengalami kelainan organ reproduksi	Klien tidak mengalami kelainan organ reproduksi
Koping/toleransi Stres 1) Stressor pada tahun lalu 2) Metode koping yang biasa digunakan 3) Sistem pendukung 4) Penggunaan alkohol dan obat resep dokter serta obat ilegal untuk mengatasi stres 5) Efek penyakit terhadap tingkat stres 6) Nilai / Kepercayaan	Tidak ada Orang tua selalu mendampingi klien saat sakit Keluarga Tidak ada Klien sering menangis dan rewel Klien belum memahami tentang agama dan kepercayaan	Tidak ada Orang tua selalu mendampingi klien saat sakit Keluarga Tidak ada Klien sering menangis dan rewel Klien belum memahami tentang agama dan kepercayaan

2.1.5 Pemeriksaan Fisik

Tabel 2. 4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
Nadi	142x/menit (lemah)	146x/menit (lemah)
RR	40x/menit	40x/menit
Suhu	38,3°C	38,6°C
BB	7,4 Kg	6,8 Kg
TB	71 cm	69 cm
LILA	14 cm	13 cm
Status Gizi	<i>Severe underweight</i>	<i>Severe underweight</i>
Kepala dan Leher 1) Rambut 2) Mata 3) Gigi dan mulut 4) Tumbuh gigi usia 5) Pembesaran kelenjar tiroid	Rambut kotor, belum dicuci sejak sakit Konjungtiva anemis, Sklera putih, Pupil isokor Gigi seri belum tumbuh semuanya 6 bulan tidak ditemukan	Rambut kotor, belum dicuci sejak sakit Konjungtiva anemis, Sklera putih, Pupil isokor Gigi seri sudah tumbuh semuanya dan ada 2 gigi geraham bawah 6 bulan tidak ditemukan
Dada		
1) Frekuensi nafas 2) Kedalaman irama 3) Bunyi pernafasan 4) Penggunaan otot bantu nafas 5) Diameter anteroposterior dada 6) Batuk 7) Palpasi dada 8) Perkusi	40 x/menit Normal Vesikuler Tidak ada penarikan otot intercostae, tidak ada pernafasan cuping hidung Mengembang sempurna Tidak ada Simetris Sonor	40 x/menit Normal Vesikuler Tidak ada penarikan otot intercostae, tidak ada pernafasan cuping hidung Mengembang sempurna Tidak ada Simetris Sonor

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
Abdomen		
1) Inspeksi 2) Palpasi	Tidak tampak pembesaran Tidak ada nyeri tekan, tidak ada acites, teraba hangat Suara hipertimpani	Tidak tampak pembesaran Tidak ada nyeri tekan, tidak ada acites, teraba hangat Suara hipertimpani
3) Perkusi 4) Auskultasi	Bising usus meningkat 20 x/menit	Bising usus meningkat 28 x/menit
Scrotum/penis Anus	tidak dikaji tidak dikaji	tidak dikaji tidak dikaji
Turgor kulit Warna Varises Oedem Reflek lutut	Menurun, > 2 detik Kemerahan tidak ada tidak ada baik (+/+)	Menurun, > 2 detik Kemerahan tidak ada tidak ada baik (+/+)



2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 2. 5 Pemeriksaan Penunjang

Parameter	Ref. Range	Klien 1	Klien 2
WBC	4.0 -10.0	12.18 x10[^]/mm³ (H)	11.3 x10[^]/mm³ (H)
Lymph#	0.8 - 4.0	1.3 x 10 ^ g/L	2.3 x 10 ^ g/L
Mid#	0.1 - 1.5	0.6 x 10 [^] g/L	1.1 x 10 [^] g/L
Gran#	2.0 - 7.0	3.1 - 10 [^] g/L	4.9 - 10 [^] g/L
Lymph %	28.0 - 48.0	38.2 %	35.7 %
Mid %	3.0 - 15.0	4.7 %	7.2 %
Gran %	50.0 - 70.0	52,3 %	54,3 %
HGB	11,0 - 16,0	10.7 g/dl (L)	10.5 g/dl (L)
RBC	3.50 - 5.50	4.431 x10 [^] g/L	4.13 x10 [^] g/L
HCT	33.0 - 45.0	40.1 %	47.3 % (H)
MVC	80.0 - 100.0	85.3 fL	84.2 fL
MCHC	32.0 - 36.0	33.4 g/dl	32.2 g/dl
RDW- CV	11.0 - 16.0	13.7 %	13.7 %
RDW-SD	35,0 - 56,0	52.9 fL	42.9 fL
MCH	27,0 - 34,0	26.0 pg	23.7 pg
PLT	150 – 450	165 x10 [^] g/L	173 x10 [^] g/L
MPV	6,5 – 12,0	9.1 fL	9.2 fL
PDW	9,0 – 17,0	11.7	14.7
PCT	0,108-0,282	2.069 %	0.218 %

2.2 Analisa Data

Tabel 2. 6 Analisa Data

Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
Klien 1		
Data Subjektif : 1. Ibu Klien mengatakan pada hari MRS BAB 4 kali	Iritasi gastrointestinal	Diare
Data Objektif : 1. BAB cair berampas		
Klien 2		
Data Subjektif : 1. Ibu Klien mengatakan pada hari MRS BAB 6 kali	Iritasi gastrointestinal	Diare
Data Objektif : 1. BAB cair berampas		

2.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2. 7 Diagnosa Keperawatan

Klien 1	Klien 2
Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal. Ibu Klien mengatakan pada hari MRS BAB 4 kali, cair berampas	Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal. Ibu Klien mengatakan pada hari MRS BAB 6 kali, cair berampas

2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan

Perencanaan Keperawatan	
Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Eliminasi Fekal	Manajemen Diare
Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik	Observasi:
Kriteria Hasil:	1. Identifikasi penyebab diare (mis, inflamasi gastrointestinal, iritasi pastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi,ansietas, stress,efek obat-obatan, pemberian botol susu)
1 Kontrol pengeluaran feses meningkat	2. Identifikasi riwayat pemberian makanan
2 Konsistensi feses membaik	3. Identifikasi gejala invaginasi (mis.tangisan keras, kepacatan pada bayi)
3 Frekuensi defekasi menurun	4. Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja
4 Peristaltic usus membaik	5. Monitor tanda dan gejala hypovelemia (mis.takikardi, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT ,elambat, BB menurun)
	6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal
	7. Monitor jumlah pengeluaran diare
	8. Monitor keamanan penyiapan makanan
	Terapeutik:
	9. Berikan asupan cairan oral susu bebas laktosa
	10. Anjurkan jalur intravena
	11. Berikan cairan intravena (mis.ringer asetat, ringer laktat),jika perlu
	12. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
	13. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu
	Edukasi
	14. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
	15. Anjurkan menghindari maknaan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa
	16. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI
	Kolaborasi
	17. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis.loperamide, difenoksilat)
	18. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis.papaverin, ekstak belladonna, mebeverine)
	19. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis.atapulgit, smektit, kaolin-pektin)

2.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 2. 9 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1		Hari 2		Hari 3	
Klien 1	17 Februari 2024		18 Februari 2024		19 Februari 2024	
Diare	16.45	Observasi: 1. Mengidentifikasi penyebab diare Hasil: Iritasi gastrointestinal	16.00	Observasi: 1. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Warna tinja kuning, konsistensi lembek, ada ampas, frekuensi 2x	08.45	Observasi: 1. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Warna tinja kuning, konsistensi lembek, frekuensi 1x
	16.46	2. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan Hasil: Anak baru diberikan susu formula untuk pertama kalinya	16.03	2. Memonitor tanda dan gejala hypovolemia Hasil: - N: 138x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit normal - Mukosa bibir kering - Badan lemah	08.50	2. Memonitor tanda dan gejala hypovolemia Hasil: - N: 128x/menit - Nadi teraba normal - Turgor kulit normal - Mukosa bibir lembab - Badan lemah
	16.47	3. Mengidentifikasi gejala invaginasi Hasil: Tidak ada tanda invaginasi	16.05	3. Monitor jumlah pengeluaran diare Hasil: ± 150 cc	08.55	Terapeutik: 3. Memberikan asupan cairan oral susu bebas laktosa Hasil: Anak diberikan asupan susu SGM LLM 90cc
	16.48	4. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Warna tinja kuning, konsistensi cair, ada ampas	16.06	4. Memberikan asupan cairan oral susu bebas laktosa Hasil: Anak diberikan asupan susu SGM LLM 90cc	11.00	Edukasi Kolaborasi 4. Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Lacto B 1x1 - Zinc syr 1x1 cth - Injeksi pamol k/p
	16.49	5. Memonitor tanda dan gejala hypovolemia Hasil: - N: 146x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Mukosa bibir kering - Badan lemah	18.00	5. Kolaborasi pemberian obat		

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	<p>16.51 6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal Hasil: Tidak ada iritasi maupun ulserasi kulit</p> <p>16.58 7. Monitor jumlah pengeluaran diare Hasil: ± 300 cc</p> <p>17.00 8. Memonitor keamanan penyiapan makanan Hasil: Anak mendapatkan makan dari ahli gizi RS dalam wadah tertutup</p> <p>17.02 9. Memberikan asupan cairan oral susu bebas laktosa Hasil: Anak diberikan asupan susu SGM LLM 90cc</p> <p>17.03 10. Berikan cairan intravena Hasil: Anak mendapatkan infus KAEN 3B</p> <p>17.04 11. Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit Hasil : Hb 10.7 g/dl (L)</p> <p>Edukasi</p> <p>17.05 12. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p>	<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lacto B 1x1 - Zinc syr 1x1 cth - Injeksi pamol k/p 	

Diagnosa Keperawatan	Hari 1		Hari 2		Hari 3	
	17.06	<p>Hasil: Keluarga memahami penjelasan perawat</p> <p>13. Mengnurkan menghindari maknaan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa</p> <p>Hasil: Keluarga memahami penjelasan perawat, susu formula yang lama dihentikan dan diganti susu bebas laktosa</p>				
	17.07	<p>14. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI</p> <p>Hasil: ASI sudah tidak diberikan dan diganti susu formula</p>				
	18.00	<p>Kolaborasi</p> <p>15. Kolaborasi pemberian obat</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lacto B 1x1 - Zinc syr 1x1 cth - Injeksi pamol k/p 				
Klien 2	21 Februari 2024		22 Februari 2024		23 Februari 2024	
Diare	08.45	<p>Observasi:</p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab diare</p> <p>Hasil: Iritasi gastrointestinal</p>	10.00	<p>Observasi:</p> <p>1. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil: Warna tinja kuning, konsistensi lembek, ada ampas, frekuensi 3x</p>	08.00	<p>Observasi:</p> <p>1. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil: Warna tinja kuning, konsistensi lembek, frekuensi 1x</p>
	08.46	<p>2. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan</p> <p>Hasil:</p>	10.03	<p>2. Memonitor tanda dan gejala</p>	08.02	<p>2. Memonitor tanda dan gejala</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	<p>Anak baru ganti susu formula</p> <p>08.47 3. Mengidentifikasi gejala invaginasi Hasil: Tidak ada tanda invaginasi</p> <p>08.48 4. Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja Hasil: Warna tinja kuning, konsistensi cair, ada ampas</p> <p>08.49 5. Memonitor tanda dan gejala hypovolemia Hasil: - N: 146x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Mukosa bibir kering - Badan lemah</p> <p>08.51 6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal Hasil: Tidak ada iritasi maupun ulserasi kulit</p> <p>08.58 7. Monitor jumlah pengeluaran diare Hasil: ± 300 cc</p> <p>09.00 8. Memonitor keamanan penyiapan makanan Hasil: Anak mendapatkan makan dari</p>	<p>hypovolemia Hasil: - N: 132x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit normal - Mukosa bibir kering - Badan lemah</p> <p>10.05 3. Monitor jumlah pengeluaran diare Hasil: ± 150 cc Terapeutik:</p> <p>10.06 4. Memberikan asupan cairan oral susu bebas laktosa Hasil: Anak diberikan asupan susu SGM LLM 90cc Edukasi Kolaborasi</p> <p>10.00 5. Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Lacto B 1x1 - Zinc syr 1x1 cth - Injeksi pamol k/p</p>	<p>hypovolemia Hasil: - N: 120x/menit - Nadi teraba normal - Turgor kulit normal - Mukosa bibir lembab - Badan lemah</p> <p>Terapeutik: 08.04 3. Memberikan asupan cairan oral susu bebas laktosa Hasil: Anak diberikan asupan susu SGM LLM 90cc</p> <p>Edukasi Kolaborasi 10.00 4. Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Lacto B 1x1 - Zinc syr 1x1 cth - Injeksi pamol k/p</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	<p>ahli gizi RS dalam wadah tertutup</p> <p>Terapeutik:</p> <p>09.02 9. Memberikan asupan cairan oral susu bebas laktosa Hasil: Anak diberikan asupan susu SGM LLM 90cc</p> <p>09.03 10. Berikan cairan intravena Hasil: Anak mendapatkan infus KAEN 3B</p> <p>09.04 11. Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit Hasil : Hb 10.5 g/dl (L) Hct 47.3 % (H)</p> <p>09.05 Edukasi 12. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap Hasil: Keluarga memahami penjelasan perawat</p> <p>09.06 13. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa Hasil: Keluarga memahami penjelasan perawat, susu formula yang lama dihentikan dan diganti susu bebas laktosa</p> <p>09.07 14. Anjurkan melanjutkan pemberian</p>		

Diagnosa Keperawatan	Hari 1		Hari 2		Hari 3	
	10.00	ASI Hasil: ASI sudah tidak diberikan dan diganti susu formula Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Lacto B 1x1 - Zinc syr 1x1 cth - Injeksi pamol k/p				

Klien 2	21 Februari 2024		22 Februari 2024		23 Februari 2024	
Diare	08.45	Observasi: 1) Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) Hasil: - N: 146x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit menurun - Mukosa bibir kering	10.00	Observasi: 1) Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) Hasil: - N: 132x/menit - Nadi teraba lemah - Turgor kulit normal - Mukosa bibir kering	08.05	Observasi: 1) Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) Hasil: - N: 120x/menit - Nadi teraba kuat - Turgor kulit normal - Mukosa bibir lembab

Klien 2	21 Februari 2024	22 Februari 2024	23 Februari 2024
	<p>08.50 2) Monitor intake dan output cairan Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake infus KAEN 1B 500cc/24 jam - Susu formula 3x90 cc - Ouput BAK 4x <p>Terapeutik</p> <p>08.55 3) Hitung kebutuhan cairan Hasil: 100xBB (10 kg pertama)=100x6,8 Kebutuhan cairan 680cc/24 jam</p> <p>08.56 4) Berikan posisi modified trendelenburg Hasil: Anak sudah diposisikan <i>modified trendelenberg</i></p> <p>08.58 5) Berikan asupan cairan oral (susu bebas laktosa) Hasil: Anak diberikan asupan susu SGM LLM 90cc</p> <p>Edukasi</p> <p>09.00 6) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Hasil: Klien hanya mau minum susu formaula</p> <p>09.02 7) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Hasil: Klien lebih banyak tidur</p>	<p>10.03 2) Monitor intake dan output cairan Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake infus KAEN 1B 500cc/24 jam - Susu formula 3x90 cc - Ouput BAK 7x <p>Terapeutik</p> <p>10.05 3) Berikan posisi modified trendelenburg Hasil: Anak sudah diposisikan <i>modified trendelenberg</i></p> <p>10.06 4) Berikan asupan cairan oral (susu bebas laktosa) Hasil: Anak diberikan asupan susu SGM LLM 90cc</p> <p>Edukasi</p> <p>10.08 5) Anjurkan keluarga untuk memberikan susu LLM setiap anak minta susu Hasil: Ibu memberi Klien susu LLM setiap minta susu</p> <p>10.10 6) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Hasil: Klien lebih banyak tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7) Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL) Hasil:</p>	<p>08.10 2) Monitor intake dan output cairan Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake infus KAEN 1B 500cc/24 jam - Susu formula 3x90 cc - Ouput BAK 10x <p>Terapeutik</p> <p>08.15 3) Berikan posisi modified trendelenburg Hasil: Anak sudah diposisikan <i>modified trendelenberg</i></p> <p>08.16 4) Berikan asupan cairan oral (susu bebas laktosa) Hasil: Anak diberikan asupan susu SGM LLM 120cc</p> <p>Edukasi</p> <p>08.18 5) Anjurkan keluarga untuk memberikan susu LLM setiap anak minta susu Hasil: Ibu memberi Klien susu LLM setiap minta susu</p> <p>08.20 6) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Hasil: Klien lebih banyak tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7) Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL) Hasil:</p>

Klien 2	21 Februari 2024		22 Februari 2024		23 Februari 2024	
		Kolaborasi 8) Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL) Hasil: Klien mendapatkan infus KAEN 1B		Klien mendapatkan infus KAEN 1B		Klien mendapatkan infus KAEN 1B



2.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 2. 10 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Klien 1			
Diare	Tanggal: 17-2-2024 Pukul 20.00 WIB	Tanggal: 18-2-2024 Pukul 20.00 WIB	Tanggal: 19-2-2024 Pukul 13.00 WIB
Kriteria Hasil:	S : Ibu klien mengatakan klien BAB cair 4x berampas	S : Ibu klien mengatakan klien BAB cair 3x berampas	S : Ibu klien mengatakan klien BAB lembek 1x berampas
1. Kontrol pengeluaran feses meningkat	O : - N: 142x/menit	O : - N: 136x/menit	O : - N: 128x/menit
2. Konsistensi feses membaik	- Nadi teraba lemah	- Nadi teraba lemah	- Nadi teraba kuat
3. Frekuensi defekasi menurun	- Turgor kulit menurun	- Turgor kulit menurun	- Turgor kulit normal
4. Peristaltic usus membaik	- Mukosa bibir kering	- Mukosa bibir kering	- Mukosa bibir lembab
	- Badan lemah	- Badan lemah	- BAK 9x
	- BAK 6x	- BAK 7x	A: Masalah diare belum teratasi
	A: Masalah diare belum teratasi.	A: Masalah diare belum teratasi.	P: Intervensi dilanjutkan dengan pemberian HE untuk persiapan pulang
	P: Intervensi dilanjutkan	P: Intervensi dilanjutkan	
Klien 2			
Diare	Tanggal: 21-2-2024 Pukul 13.00 WIB	Tanggal: 22-2-2024 Pukul 13.00 WIB	Tanggal: 23-2-2024 Pukul 13.0 WIB
Kriteria Hasil:	S : Ibu klien mengatakan klien BAB cair 6x berampas	S : Ibu klien mengatakan klien BAB cair 3x berampas	S : Ibu klien mengatakan klien BAB cair 1x berampas
1. Kontrol pengeluaran feses meningkat	O : - N: 146x/menit	O : - N: 132x/menit	O : - N: 120x/menit
2. Konsistensi feses membaik	- Nadi teraba lemah	- Nadi teraba lemah	- Nadi teraba kuat
3. Frekuensi defekasi menurun	- Turgor kulit menurun	- Turgor kulit normal	- Turgor kulit normal
4. Peristaltic usus membaik	- Mukosa bibir kering	- Mukosa bibir kering	- Mukosa bibir lembab
	- Badan lemah	- Badan lemah	- BAK 10x
	- BAK 4x	- BAK 7x	A: Masalah diare belum teratasi.
	A: Masalah diare belum teratasi.	A: Masalah diare belum teratasi.	P: Intervensi dilanjutkan dengan pemberian HE untuk persiapan pulang
	P: Intervensi dilanjutkan	P: Intervensi dilanjutkan	