

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN PENYAKIT DIARE DI
RUANG DAHLIA RSUD dr.SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH



OBI DWI ANGGARA

(P17240223050)

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK
2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN PENYAKIT DIARE DI
RUANG DAHLIA RSUD dr.SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan
Menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi
Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**



OBI DWI ANGGARA

(P17240223050)

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

CURICULUM VITAE

Nama : OBI DWI ANGGARA

Tempat lahir : Trenggalek

Tanggal Lahir : 26 Oktober 2003

Agama : Islam

Alamat : RT 44 RW 18 Ds. Bendorejo



Kec. Pogalan Kab. Trenggalek

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Bhakti Bendorejo : 2007 - 2010
2. SDN 2 Bendorejo : 2010 - 2016
3. SMPN 1 Pogalan : 2016 - 2019
4. SMK Kesehatan Wijaya Husada Trenggalek : 2019 – 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek : 2022- 2025

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Obi Dwi Anggara

Nim : P17240223050

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Jurusan
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar - benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Trenggalek, 07 Mei 2025

Mengetahui,

Pembimbing



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 19691121 199203 2 005

Yang membuat pernyataan



Obi Dwi Anggara
NIM : P17240223050

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Obi Dwi Anggara (P17240223050) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Diare Di Ruang Dahlia
RSUD dr.Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 07 Mei 2025

Pembimbing



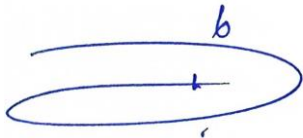
Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 19691121 199203 2 005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Obi Dwi Anggara (P1724023050) dengan judul
“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Diare Di Ruang Dahlia
RSUD dr.Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan penguji
pada tanggal Mei 2025

Dewan Penguji

Penguji 1



Awan Hariyanto, S.Kep,Ns, M.Kes
NIP. 919800707 20190 1 101

Penguji 2



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 19691121 199203 2 005

Mengetahui,

Ketua



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760810 200212 2 001

MOTTO

“Tidak Ada Proses Yang Mudah Untuk Tujuan Yang Indah“

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek” sesuai dengan tenggat waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementrian Trenggalek. Kesehatan Malang Prodi D-III Keperawatan.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapat banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-III Keperawatan Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Kaprodi D-III Keperawatan Trenggalek telah mer berikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-III Keperawatan Trenggalek

4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Herdwiasih, A.Md., Kep., selaku kepala ruang Dahlia yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian di ruang Dahlia.
6. Dosen dan staff Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-III Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
7. Partisipan dan Keluarga Partisipan selaku responden yang memberikan bantuan dan izin dalam melakukan penelitian untuk tugas akhir saya. Saya ucapkan terimakasih telah memberikan kesempatan tersebut kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, maka dengan segala kerendahan dari penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti dan juga bermanfaat bagi masyarakat umum.

Trenggalek, Mei 2025

Obi Dwi Anggara
NIM. P17240223050

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

ABSTRAK

Obi Dwi Anggara

Asuhan Keperawatan Anak dengan Diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Latar Belakang : *Diare* merupakan penyakit yang ditandai dengan berubahnya bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara berlebihan lebih dari 3x dalam 1 hari. Masalah yang sering ditimbulkan apabila diare tidak segera ditangani adalah dehidrasi. Dehidrasi dibagi menjadi 3 yaitu dehidrasi ringan, dehidrasi sedang dan dehidrasi berat. Maka perlu dilakukan asuhan keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Metode : Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Kriteria partisipan yaitu klien kooperatif, klien dengan keadaan kesadaran penuh (*compos mentis*), ibu bersedia anaknya dijadikan partisipan penelitian, klien yang mengalami BAB lebih dari 3x sehari. Analisis dilakukan dengan mencari kesenjangan teori dan fakta yang ditemukan pada kondisi klien.

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan adanya kesesuaian dan kesenjangan antara teori dan fakta. Kesenjangan ditemukan pada keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat prenatal, natal, postnatal, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, pola nutrisi pasien, pola eliminasi dan sistem integument. Peneliti merumuskan 2 masalah keperawatan yaitu hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Intervensi disusun berdasarkan sumber kepustakaan dan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur di tempat pengambilan kasus. Implementasi dilaksanakan sesuai intervensi yang disusun. Evaluasi dilakukan selama 3 hari dengan masalah teratasi pada setiap diagnosa yang muncul.

Kesimpulan : Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa klien harus diberikan perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan, serta memberi tahu keluarga untuk menjaga kebersihan lingkungan dan makanan untuk menghindari penyakit diare.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Anak, *Diare*

POLYTECHNIC OF HEALTH MINISTRY OF HEALTH MALANG
DIPLOMA 3 NURSING PROGRAM TRENGGALEK

ABSTRACT

Obi Dwi Anggara

Nursing Care for Children with Diarrhea in Dahlia Room of dr. Soedomo Trenggalek Hospital

Background: *Diarrhea is a disease characterized by changes in stool form with excessive bowel movements more than 3 times in 1 day. If left untreated, dehydration is a common problem that arises. Dehydration is divided into 3 types: mild, moderate, and severe dehydration. Therefore, nursing care is necessary from assessment to evaluation. The purpose of this study is to provide Nursing Care for Children with Diarrhea in Dahlia Room at dr. Soedomo Trenggalek Hospital.*

Method: *The design used in this study is descriptive qualitative with a case study approach. Participant criteria include cooperative clients, clients with full consciousness (compos mentis), mothers willing to have their children participate in the study, and clients experiencing bowel movements more than 3 times a day. Analysis was conducted by identifying gaps between theory and facts found in the client's condition.*

Results: *The results show consistency and gaps between theory and facts. Gaps were found in chief complaints, past medical history, prenatal, natal, postnatal history, growth and development history, patient nutrition patterns, elimination patterns, and integumentary system. The researcher formulated 2 nursing problems: hypovolemia related to active fluid loss and hyperthermia related to the disease process. Interventions were developed based on literature sources and implemented according to standard operational procedures at the case study site. Implementation was carried out according to the planned interventions. Evaluation was conducted for 3 days, and the problems were resolved for each diagnosis that emerged.*

Conclusion: *Based on the results, it can be concluded that clients should receive care according to nursing diagnoses, and families should be informed to maintain environmental and food hygiene to prevent diarrhea.*

Keywords: *Nursing Care, Children, Diarrhea*

DAFTAR ISI

SAMPUL DALAM.....	i
CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ISTILAH	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.5.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Dasar Diare.....	9
2.1.1 Pengertian	9
2.1.2 Klasifikasi Diare	9
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Manifestasi klinis.....	12
2.1.5 Derajat dehidrasi	14
2.1.6 Kompikasi.....	14

2.1.7 Pemeriksaan penunjang	15
2.1.8 Pathofisiologi	17
2.1.9 Penatalaksanaan	19
2.2 Konsep Dasar Anak	24
2.2.1 Definisi Anak	24
2.2.2 Paradigma Keperawatan Anak	24
2.2.3 Prinsip Keperawatan Anak	27
2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang	29
2.2.5 Tahap-tahap Tumbuh Kembang Pada Balita Usia 1-5 Tahun	31
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	34
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	35
2.3.2 Analisa Data	41
2.3.3 Diagnosa Keperawatan	41
2.3.4 Intervensi keperawatan	42
2.3.5 Implementasi	42
2.3.6 Evaluasi	43
2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Diare	43
2.4.1 Pengkajian	43
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	50
2.4.3 Rencana atau Intervensi Keperawatan	59
2.4.4 Implementasi Keperawatan	67
2.4.5 Evaluasi Keperawatan	68
BAB 3 METODE PENELITIAN	70
3.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian	70
3.2 Batasan Istilah	71
3.3 Partisipan	71
3.4 Lokasi dan Waktu	72
3.4.1 Tempat Penelitian	72
3.4.2 Waktu Penelitian	72
3.5 Pengumpulan Data	72
3.5.1 Metode atau Bahan Instrumen	72
3.5.2 Metode Pengumpulan Data	73
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data	73
3.6 Uji Keabsahan Data	74
3.7 Analisa Data	76
3.8 Etika Penelitian	76

3.8.1 Lembar Persetujuan (informed consent).....	77
3.8.2 Tanpa Nama (Anonymity).....	77
3.8.3 Kerahasiaan (Confidentiality).....	78
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	79
4.1 Hasil Studi Kasus	79
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	79
4.1.2 Pengkajian.....	80
4.1.3 Analisa Data.....	88
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	90
4.1.5 Intervensi	92
4.1.6 Implementasi.....	94
4.1.7 Evaluasi.....	96
4.1.8 Catatan Perkembangan	98
4.2 Hasil Analis fakta dan Teori Asuhan Keperawatan	101
4.3 Pembahasan	110
4.3.1 Pengkajian.....	110
4.3.2 Diagnosa Keperawatan	116
4.3.3 Intervensi	117
4.3.4 Implementasi.....	118
4.3.5 Evaluasi.....	118
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	120
5.1 Kesimpulan.....	120
5.1.1 Pengkajian.....	120
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	120
5.1.3 Intervensi	120
5.1.4 Implementasi.....	121
5.1.5 Evaluasi.....	121
5.2 Saran.....	122
5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit	122
5.2.2 Bagi Penulis	122
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	122
5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan	123
5.2.5 Bagi Pasien	123
DAFTAR PUSTAKA.....	124

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit	14
Tabel 2.2 Kebutuhan Oralit Per Kelompok Umur	20
Tabel 4.1 Identitas pasien.....	80
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	81
Tabel 4.3 Pola Kebiasaan Sehari-hari	83
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	83
Tabel 4.5 Lab Darah Lengkap.....	86
Tabel 4.6 Pelaksanaan Terapi	86
Tabel 4.7 Analisa Data	88
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan	90
Tabel 4.9 Intervensi.....	92
Tabel 4.10 Implementasi	94
Tabel 4.11 Evaluasi	96
Tabel 4.12 Catatan Perkembangan.....	98
Tabel 4.13 Hasil Analisa	101

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Skema patofisiologi diare (Mardalena,I. 2018).....	17
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed consent

Lampiran 2 Surat Mencari Data dan Izin Melaksanakan Penelitian

Lampiran 3 Surat Persetujuan Penelitian

Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan Anak

Lampiran 5 Lembar Konsul

DAFTAR ISTILAH

Abdomen	: Perut
Ansietas	: Cemas atau khawatir
Asfiksia	: Kondisi kesurangan oksigen
Asidosis Metabolic	: Gangguan ketika status asam basa bergeser ke sisi asam akibat hilangnya basa atau retensi asam nonkarbonat dalam tubuh.
Bronchchopnemonia	: Peradangan pada saluran pernapasan dan kantung udara di paru-paru.
Cardivasculer	: Merupakan sistem peredaran darah
Dispenea	: Pernafasan cepat
Faesal oral	: Merupakan suatu jenis penulara penyakit yang ditularkan melalui anus ke mulut.
Hiperbilirubin	: Meningkatkan kadar bilirubin dalam darah yang kadar nilainya melebihi nilai normal.
Hiperperistaltik	: Suatu kelainan pada saluran , yang ditandai dengan meningkatkan pergerakan otot saluran cerna.
Hipertermia	: kondisi ketika suhu tubuh terlalu tinggi atau lebih dari 38,5 ⁰ C.
Hiperteroid	: Kondisi ketika kelenjar tiroid memproduksi hormon tiroid secara berlebihan
Hipoglemia	: Suatu gangguan kesehatan yang terjadi karena kadar gula di dalam darah berada dibawah kadar normal.

Hipokalemia	: Hipokalemia adalah kondisi ketika tubuh tidak mendapatkan asupan kalium yang cukup.
Oliguri	: Produk urin yang sedikit
Osmotaritas	: Metode untuk menentukan tingkat hidrasi seseorang.
PCo ₂	: Tekanan parsial karbon dioksida yang fungsinya untuk mendeteksi seberapa baiknya CO ₂ keluar dari tubuh.
Po ₂	: Ukuran tekanan oksigen didalam darah.
Preventif	: Kegiatan untuk mencegah
Resusitasi	: Prosedur medis untuk menyelamatkan nyawa seseorang yang mengalami henti jantung atau henti napas.
Sosiodemografi	: Ilmu yang mempelajari karakteristik penduduk suatu daerah, seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan.
Syok hipovolemik	: Merupakan kondisi ketidakmampuan jantung memasok darah yang cukup keseluruh tubuh akibat volume darah yang kurang.
TORCH	: Sekelompok penyakit menular yang dapat ditularkan ke bayi selama kehamilan, saat melahirkan, atau setelah lahir.

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CM	: Centimeter
CRT	: Capillary Refill Time
DA- DS	: Diare akut – Dehidrasi sedang
Depkes	: Departemen Kesehatan
DL	: Darah lengkap
DM	: Diabetes mellitus
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
Hb	: Hemoglobin
IMT	: Indeks masa tubuh
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
ISPA	: Infeksi Saluran Atas
IV	: Injeksi Intravena
IV	: Intravena
IWL	: Insensibel Water Los
Kg	: Kilogram
MPASI	: Makanan pendamping air susu ibu
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
OMA	: Otitis Media Akut

PH	: Pangkat Hidrogen
PH	: Potential of Hydrogen
RL	: Ringer Laktat
RR	: Respiratory Rate
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TB	: Tinggi badan
TBC	: Tuberculosis
TKTP	: Tinggi Kalori Tinggi Protein
TTV	: Tanda-tanda vital
WHO	: World Health Organizatio

:

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti Indonesia. Diare masih sering timbul dalam bentuk Kejadian Yang Luar Biasa (KLB) dikarenakan penyakit ini dapat meningkatkan kejadian kesakitan dan/atau kematian pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu. Sebagian besar episode diare terjadi pada anak-anak dikarenakan sistem pertahanan tubuh mereka yang belum sempurna. Bahkan diare merupakan salah satu penyebab kematian dan kesakitan terutama pada anak balita. Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan berubahnya bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara berlebihan lebih dari 3x dalam 1 hari. Dehidrasi sebagai dampak dari diare pada anak-anak sulit dideteksi, bahkan oleh orang tua anak sekalipun karena masyarakat menganggap diare adalah kondisi yang biasa, sehingga para orangtua membawa anak yang menderita diare ke tempat pelayanan kesehatan sudah dalam keadaan dehidrasi parah. Diare lebih umum terjadi di negara berkembang salah satunya adalah Indonesia dikarenakan oleh beberapa hal, yaitu kurangnya air minum yang aman, masalah pada sanitasi dan kebersihan lingkungan, serta status gizi yang buruk. Diare sering terjadi pada anak-anak karena mereka masih sering mengonsumsi makanan/minuman sembarangan, tidak mencuci tangan dengan benar, dan kurang menjaga kebersihan diri. Karena sebagian

masyarakat masih menganggap diare adalah hal yang wajar dialami oleh anak, maka tak sedikit dari mereka yang masih menggunakan cara tradisional dalam mengatasi diare yaitu dengan memberikan pucuk daun jambu pada anak yang menderita diare. Dalam hal ini asuhan keperawatan sangat penting dalam mengatasi diare pada anak dan dengan dibuatnya asuhan keperawatan dapat memudahkan dalam menentukan strategi yang tepat untuk melakukan perawatan pada anak yang menderita diare.

World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa 1,7 miliar anak diseluruh dunia terkena diare setiap tahunnya, dengan angka kematian sekitar 760.000 kasus terutama pada anak usia dibawah 5 tahun (WHO, 2022). Kasus diare yang ditemukan di Indonesia tahun 2021 pada semua umur mencapai 7.350.708 kasus dan pada balita mencapai 3.690.984 kasus, sedangkan jumlah kasus kematian akibat diare mencapai 239 kasus terutama pada anak usia dibawah 5 tahun (Kemenkes RI, 2022). Pada tahun 2022 Jawa Timur menjadi provinsi yang mempunyai kasus diare tertinggi ke-3 di Indonesia, terdapat sebanyak 183.338 kasus diare (Badan Statistik Jawa Timur, 2023). Berdasarkan data badan pusat statistik Jawa Timur terdapat 6.376 kasus diare yang terjadi di kabupaten Trenggalek pada tahun 2022 (Badan Statistik Jawa Timur, 2023). Di RSUD dr. Soedomo khususnya di ruang dahlia pada tahun 2024 terdapat 226 kasus diare.

Faktor-faktor penyebab kejadian diare pada anak, yaitu faktor lingkungan, faktor sosiodemografi, dan faktor perilaku (Utami & Nabila Luthfiana, 2016). Faktor lingkungan yang buruk adalah salah satu factor

meningkatnya penyakit diare misalnya kondisi sanitasi yang tidak memenuhi syarat, pembuangan tinja, serta ketersediaan sarana dan prasarana air bersih (Prawati, 2019). Faktor lingkungan yang mempengaruhi kejadian diare lainnya yaitu pengelolaan sampah dan air limbah (Oktavianisya dkk., 2023). Membuang sampah sembarangan akan menjadi factor risiko timbulnya berbagai bibit penyakit sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara pembuangan sampah dengan kejadian diare pada anak (Utami & Luthfiana, 2016). Faktor sosiodemografi terdiri dari pengetahuan dan pekerjaan orang tua serta umur anak. Kurangnya pengetahuan dan sikap perilaku ibu berpengaruh terhadap kejadian diare karena bila pengetahuan dan sikap ibu baik, maka ibu akan mengetahui tentang upaya mencegah anak terjangkit penyakit diare semakin tinggi tingkat pengetahuan yang dimiliki, maka perilaku pencegahan terhadap penyakit diare akan semakin baik (Oktavianisya, 2023). Status pekerjaan ibu juga memiliki hubungan terhadap penyakit diare pada anak-anak, kesibukan ibu saat menjalankan aktifitas sehari-hari baik berupa pekerjaan maupun kegiatan sosialisasi akan membuat anak tidak tertangani dengan baik (Ibrahim & Sartika, 2021). Umur anak bisa menjadi faktor penyebab diare, karena Semakin muda usia anak, semakin tinggi kecenderungan terserang diare. Hal ini dikarenakan anak-anak memiliki daya tahan tubuh yang masih lemah yang membuat tingginya resiko untuk terserang diare. Faktor perilaku juga bisa menyebabkan terjadinya diare contohnya yaitu kebiasaan mencuci tangan yang kurang benar, jajan sembarangan serta tidak mencuci buah dan sayur sebelum di konsumsi (Utami & Nabila

Luthfiana, 2016). Kuman yang menyebabkan diare biasanya menyebar melalui fecal oral antara lain melalui makanan dan minuman yang tercemar tinja dan atau kontak langsung dengan tinja penderita. Jalur masuknya virus, bakteri dan kuman penyebab diare ke tubuh manusia dapat mudah dihafal dengan istilah 4F yaitu *fluids* (air), *fields* (tanah), *flies* (lalat), *fingers* (tangan). Kemudian cemaran yang berasal dari kotoran manusia (feces) mencemari 4F setelah itu berpindah ke makanan yang akan disantap manusia sehingga makanan yang terkontaminasi bisa menyebabkan diare (Wahyuni, 2016). Ancaman paling parah yang ditimbulkan oleh diare adalah dehidrasi. Selama episode diare, air dan elektrolit (natrium, klorida, kalium, dan bikarbonat) hilang melalui tinja cair, muntah, keringat, urin, dan pernapasan. Dehidrasi terjadi ketika kehilangan ini tidak tergantikan (WHO, 2017). Dampak dehidrasi adalah tubuh akan kehilangan cairan yang dibutuhkan oleh tubuh, seperti cairan yang dibutuhkan oleh sistem pencernaan untuk mencerna makanan, hilangnya cairan juga akan menyebabkan transportasi nutrisi sel-sel tubuh terganggu. Diare dapat berakibat fatal apabila tidak ditangani secara serius karena tubuh balita sebagian besar terdiri dari air, sehingga bila terjadi diare sangat mudah terkena dehidrasi (Irianto, 2012).

Tatalaksana penderita diare yang tepat dan efektif merupakan bagian penting dalam pemberantasan penyakit diare khususnya dalam upaya menurunkan angka kematian diare dan mengurangi komplikasi akibat diare. Selain itu tatalaksana penderita diare yang berhasil akan pula menjadi pintu masuk promosi kesehatan lain dan kegiatan kesehatan lingkungan lain

dalam rangka menurunkan angka kesakitan diare. Penatalaksanaan diare dibagi menjadi 2 yaitu secara farmakologi dan non farmakologi. Secara farmakologi penanganan diare pada anak atau balita salah satunya adalah dengan memberikan oralit, neokolana sirup atau zink sirup dan , memperbanyak asupan vitamin terutama vitamin A dan mineral. Fungsi dari oralit adalah mencegah terjadinya dehidrasi, neokalana atau zink berfungsi untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan penyerapan bakteri sedangkan vitamin A dan mineral berfungsi membantu memperkuat sistem imun sehingga dapat mengurangi risiko diare (Ribek, Labir, & Santos, 2020). Secara non-farmakologis penangan diare pada anak adalah dengan memperbanyak minum, istirahat, hindari makanan yang dapat merangsang terjadinya diare atau makan-makanan yang mudah dicerna dalam usus dan lambung, dan memperbanyak mengonsumsi buah yang mengandung pektin. Peran perawat pada penangan diare sebagai pemberi asuhan keperawatan yaitu, sebagai pendidik, advokat, pengelola serta peneliti untuk meningkatkan kesehatan anak. Tindakan yang dapat dilakukan adalah memberikan terapi cairan dan elektrolit pada anak dengan memperhatikan 4 komponen utama yaitu, ekspansi volume yang cepat untuk menangani syok dan memperbaiki perfusi terapi pengganti defisit secara terus-menerus, serta tindakan pencegahan dengan melakukan pendidikan/penyuluhan kesehatan kepada keluarga untuk penanganan anak yang menderita diare. Peran perawat juga dapat memberikan edukasi pada ibu mengenai pemberian oralit, makanan, asi, kebiasaan cuci tangan yang benar untuk mencegah penularan diare bagaimana membuang tinja anak supaya tidak terjadi

penularan kuman penyebab diare (Depkes, 2010). Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek".

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah atau upaya membatasi ruang lingkup masalah yang terlalu luas atau lebar, sehingga penelitian lebih fokus dilakukan.

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada balita yang mengalami diare dengan dehidrasi di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah adalah arah dan tujuan penulis dalam merencanakan isi atau hasil karya tulis tersebut. Rumusan masalah diatas dapat dirumuskan bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada anak dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan dan menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori pada pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan Pengkajian pada klien dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan pada klien dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 3) Rencana tindakan (intervensi) yang tepat pada klien dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 4) Melaksanakan tindakan (implementasi) pada klien dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 5) Melakukan evaluasi tindakan pada klien dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 6) Menganalisa antara teori dan fakta pada klien dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan untuk mengembangkan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Pada klien dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Bagi penulis

Bagi penulis diharapkan dapat digunakan sebagai pengetahuan dan menambah wawasan tentang ilmu asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit diare.

2) Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi dan bahan ajar kepastakaan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit diare dan juga sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan tentang keperawatan pada klien dengan penyakit diare.

3) Bagi perawat

Bagi perawat rumah sakit diharapkan penelitian ini digunakan sebagai sumber pengetahuan dan strategi pelaksanaan bagi perawat dalam memberikan sebuah asuhan keperawatan di rumah sakit yang komperhensif pada klien dengan penyakit diare

4) Bagi peneliti

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat digunakan sebagai panduan untuk penelitian pada asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit diare

5) Bagi Klien

Bagi Klien diharapkan dapat memberikan sebuah pengetahuan tentang informasi dalam keperawatan pada klien dengan penyakit diare agar mengurangi terjadinya risiko yang lebih lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Diare

2.1.1 Pengertian

Diare adalah suatu penyakit yang ditandai dengan buang air besar lebih dari tiga kali sehari dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair yang mungkin dapat disertai dengan muntah atau tinja yang berdarah (WHO, 2017).

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Depkes RI, 2011).

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan berubahnya bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara berlebihan lebih dari 3 kali dalam kurun waktu 1 hari (Prawati & Haqi, 2019).

2.1.2 Klasifikasi Diare

Ada tiga jenis diare menurut lama terjadinya yaitu diare akut, diare persisten dan diare kronik (Kemenkes RI, 2011).

Klasifikasi diare menurut lama waktu dapat dibagi menjadi :

1) Diare Akut

Diare akut adalah kondisi buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lembek atau cair

dan bersifat mendadak. Diare ini berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu. Diare akut akan berlangsung selama kurang dari 14 hari tanpa diselang-seling berhenti lebih dari 2 hari. Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dari tubuh penderita, gradasi penyakit diare dapat dibedakan dalam empat kategori, yaitu:

- a) Diare tanpa dehidrasi
 - b) Diare dengan dehidrasi ringan, jika cairan yang hilang 2-5% dari berat badan
 - c) Diare dengan dehidrasi sedang, apabila cairan yang hilang berkisar 5-8% dari berat badan
 - d) Diare dengan dehidrasi berat, apabila cairan yang hilang lebih dari 8-10% dari berat badan.
- 2) Diare Persisten

Diare persisten merupakan diare yang berlangsung selama 15-30 hari, diare ini merupakan kelanjutan dari diare akut atau peralihan antara diare akut dan kronik.

3) Diare Kronik

Diare kronis yaitu diare yang hilang-timbul, atau berlangsung lamadengan penyebab non-infeksi, seperti penyakit sensitive terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun. Diare kronik akan berlangsung lebih dari 30 hari. Diare kronik adalah diare yang bersifat menahun atau persisten dan berlangsung selama 2 minggu lebih (Hidayat, 2008).

2.1.3 Etiologi

1) Faktor Infeksi

a) Infeksi enteral; Infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi enteral sebagai berikut:

(a) Infeksi bakteri seperti *Vibrio*, *E. Coli*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella*, *Yersinilia enterocolitia*, *Aeromonas hydrophilia*, *Shigella*, *Enterotoksik*, *Enteropatogenik*, *Hemoragik*.

(b) Infeksi virus seperti *Enterovirus* (virus *ECHO*, *Coxsackie*, *Poliomyelitis*), *Rotavirus*, *Astrivirus*, *Adenovirus*, *Norwalk*

(c) Infeksi parasit yaitu Cacing (*Ascaris*, *Trishuris*, *Oxyuris*, *Strongyloides*): protozoa (*Entamoeba histolityca*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas Hominis*) jamur (*Candida albicans*).

b) Infeksi Parenteral ialah infeksi di luar alat pencernaan makanan seperti: *Otitis Media Akut* (OMA), *tonsillitis/tonsilofaringis*, *bronkopneumonia*, *ensefalitis* dan sebagainya.

2) Faktor malabsorpsi

Kandungan nutrient makanan yang berupa karbohidrat, lemak maupun protein dapat menimbulkan intoleransi, malabsorpsi maupun alergi sehingga terjadi diare pada anak maupun bayi.

Malabsorpsi terdiri dari:

- a) Malabsorpsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa); monosakarida (glukosa, fruktosa, dan galaktosa)
 - b) Malabsorpsi lemak
 - c) Malabsorpsi protein
- 3) Faktor makanan
- Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan
- 4) Faktor Psikologis
- Rasa takut dan cemas (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar)

2.1.4 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis diare berdasarkan klasifikasi:

- 1) Diare akut
 - a) Buang air besar (BAB) dengan feses cair atau encer lebih dari 3 kali sehari
 - b) Perut mulas atau melilit
 - c) Mual atau muntah
 - d) Demam
 - e) Tinja berlendir atau berdarah
 - f) Lemas dan pusing
 - g) Kesulitan untuk menahan keinginan buang air besar
 - h) Merasa haus terus-menerus atau dehidrasi

- i) Buang air besar yang sering berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu
- 2) Diare Persisten
- a) Feses yang lebih cair atau lembek
 - b) Feses keluar dalam jumlah banyak
 - c) Nyeri dan kram perut
 - d) Perut kembung
 - e) Mual
 - f) Inkontinensia alvi (ketidakmampuan mengendalikan keinginan untuk buang air besar)
 - g) Buang air besar yang sering dan berlangsung selama 2–4 minggu
- 3) Diare Kronis
- a) Perut kembung, kram, atau sakit, baik sebelum, selama, maupun sesudah buang air besar
 - b) Mual dan muntah
 - c) Demam
 - d) Penurunan berat badan
 - e) BAB berlendir atau berdarah
 - f) Kulit pucat
 - g) Mudah lelah
 - h) Gangguan tidur
 - i) Buang air besar yang sering dan berlangsung dalam waktu lebih dari 4 minggu

2.1.5 Derajat dehidrasi

Derajat dehidrasi dapat ditentukan berdasarkan :

- 1) Kehilangan berat badan
 - a) Dehidrasi ringan : bila terjadi penurunan berat badan 2½-5%
 - b) Dehidrasi sedang : bila terjadi penurunan berat badan 5-10%
 - c) Dehidrasi berat : bila terjadi penurunan berat badan >10%
- 2) Berdasarkan MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit)
(2016)

Dehidrasi Berat	Terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut: ▪ <i>Letargis</i> atau tidak sadar ▪ Mata cekung ▪ Tidak bisa minum atau malas minum ▪ Cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat
Dehidrasi Ringan atau sedang	Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: ▪ Gelisah, rewel atau marah ▪ Mata cekung ▪ Haus, minum dengan lahap ▪ Cubitan perut kembalinya lambat
Tanpa Dehidrasi	Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi berat atau ringan atau sedang

Tabel 2.1 MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit)

2.1.6 Komplikasi

Akibat diare, kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak dapat terjadi berbagai komplikasi sebagai berikut :

- a) Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonic, isotonic atau hipertonik)
- b) Renjatan Hipovolemik
- c) Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradiakardia, perubahan elektrokardiogram)
- d) Hipoglikemia.
- e) Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase.
- f) Kejang , terjadi pada dehidrasi hipertonik.
- g) Malnutrisi energi protein,(akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik).

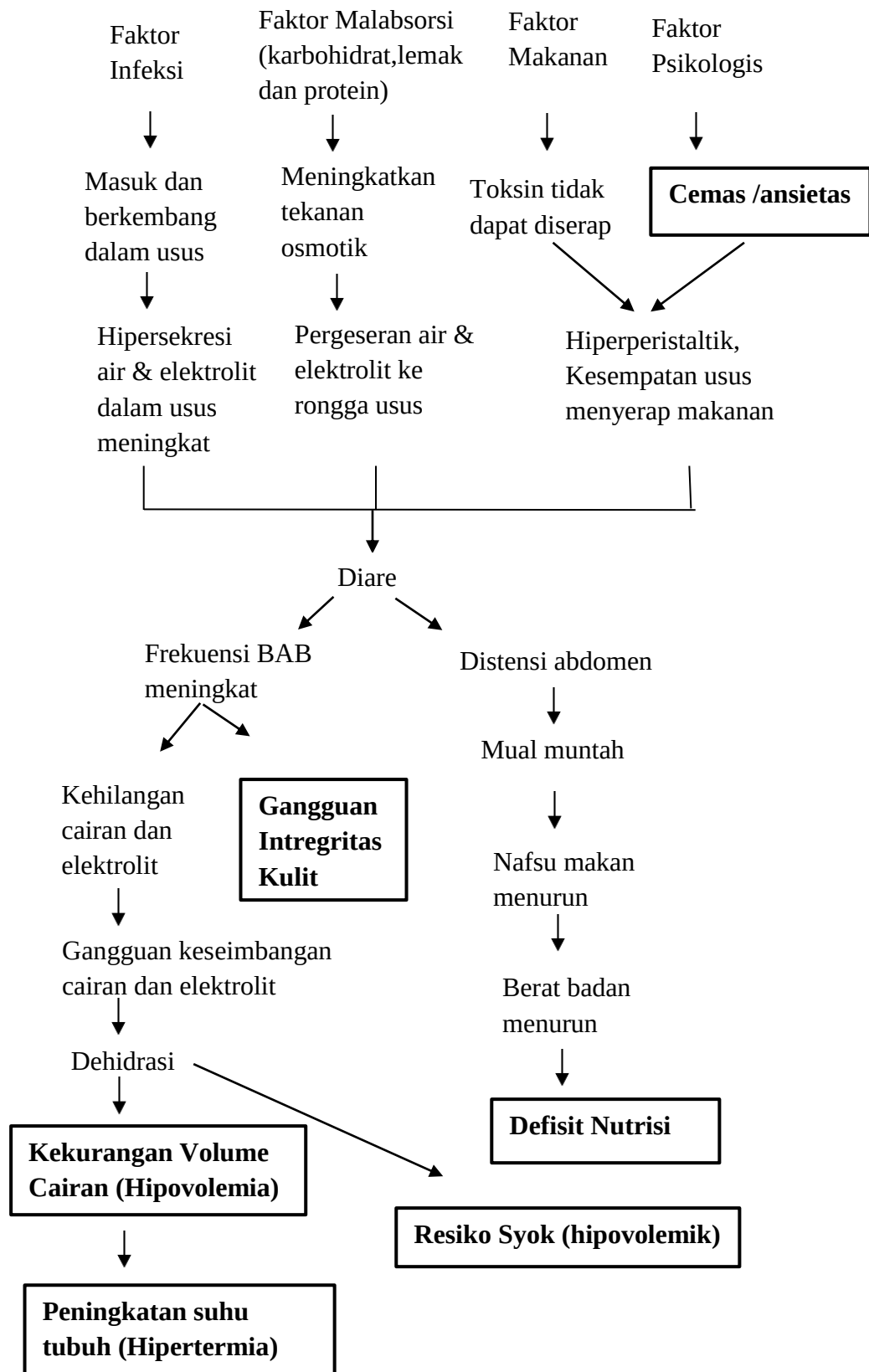
2.1.7 Pemeriksaan penunjang

- a) Pemeriksaan laboratorium yang perlu dikerjakan pemeriksaan tinja.
 - (a) Makroskopik dan mikroskopik
 - (b) Biakan kuman
 - (c) Tes resistensi terhadap berbagai antibiotika
 - (d) pH dan kadar gula,jika diduga ada intoleransi laktosa
- b) Pemeriksaan darah.
 - (a) Darah lengkap
 - (b) Pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (jika dengan pemberian RL iv masih terdapat asidosis).
 - (c) Kadar ureum (mengetahui adanya gangguan faal ginjal)

(d) Intubasi duodenal : pada diare kronik untuk mencari kuman penyebab.

2.1.8 Patofisiologi

1. Skema



Gambar 1 Skema patofisiologi diare (Mardalena,I. 2018)

2. Uraian Pathway

Penyebab diare dapat disebabkan oleh beberapa faktor di antaranya, pertama faktor infeksi, proses ini dapat diawali karena adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit sehingga terjadi diare. Kedua, faktormalabsorpsi (karbohidrat, lemak, dan protein) merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare. Ketiga, faktor makanan, ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik, sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian menyebabkan diare. Keempat, faktor psikologis, rasa takut dan cemas (jarang terjadi, tetapi sering terjadi pada anak-anak) dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya memengaruhi proses penyerapan makanan dan dapat menyebabkan diare.

Diare dapat menyebabkan frekuensi BAB meningkat dan juga distensi abdomen. Frekuensi BAB yang meningkat dapat

mengakibatkan kehilangan cairan dan elektrolit berlebih juga seringnya frekuensi BAB dapat menyebabkan kerusakan pada integritas kulit. Kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih dapat mengakibatkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berkurang serta menyebabkan dehidrasi hal tersebut dapat memicu terjadinya kekurangan volume cairan, resiko syok (hipovolemik) dan hipertermia.

Pada distensi abdomen menyebabkan mual dan muntah yang dapat menurunkan nafsu makan, sehingga berat badan dapat menurun yang dapat memicu terjadinya perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diare dibagi menjadi 2 yaitu secara farmakologi dan nonfarmakologi :

1. Farmakologi

a. Rehidrasi Parenteral

Cairan parenteral, pada umumnya cairan Ringer Laktat (RL) selalu tersedia di fasilitas kesehatan manapun. Mengenai seberapa banyak cairan yang diberikan tergantung dari berat ringannya dehidrasi yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya. Jadwal pemberian cairan diberikan 2 jam pertama, selanjutnya dilakukan penilaian

kembali status dehidrasi untuk menghitung kebutuhan cairan.

b. Oralit

Untuk mencegah terjadinya dehidrasi bisa dilakukan mulai dari rumah tangga, yaitu dengan cara memberikan oralit osmolaritas rendah, dan apabila tidak tersedia maka berikan cairan rumah tangga seperti kuah sayur, air tajin, atau air matang. Untuk saat ini, oralit sudah banyak beredar dipasaran. Oralit yang baru dengan *osmolarita* rendah, yang dapat mengurangi rasa mual dan muntah. Oralit adalah cairan terbaik bagi penderita diare untuk mengganti cairan yang hilang.

Umur	Jumlah oralit yang diberikan tiap BAB	Jumlah oralit yang disediakan di rumah
<12 bulan	50-100 ml	400 ml/hari (2 bungkus)
1-4 tahun	100-200 ml	600-800 ml/hari (3-4 bungkus)
>5 tahun	200-300 ml	800-1000 ml/hari (4-5 bungkus)
Dewasa	300-400 ml	1200-2800 ml/hari

Tabel 2.2 Kebutuhan Oralit Per Kelompok Umur

c. Suplement Zinc

Suplement zinc digunakan untuk mengurangi durasi diare, menurunkan risiko keparahan penyakit, dan mengurangi episodediare. Penggunaan mikronutrien untuk penatalaksanaan diare akut didasarkan pada efek yang diharapkan terjadi pada fungsi imun, struktur, dan fungsi saluran cerna utamanya dalam proses perbaikan epitel sel saluran cerna. Secara ilmiah zinc terbukti dapat menurunkan jumlah buang air besar (BAB) dan volume tinja dan mengurangi risiko dehidrasi. Zinc berperan penting dalam pertumbuhan jumlah sel dan imunitas. Pemberian zinc selama 10-14 hari dapat mengurangi durasi dan keparahan diare. Selain itu, zinc dapat mencegah terjadinya diare kembali. Meskipun diare telah sembuh, zinc tetap dapat diberikan dengan dosis :

- 1) 10 mg/hari (usia < 6 bulan)
- 2) 20 mg /hari (usia > 6 bulan).

d. Vitamin A

Pemberian vitamin A dapat membantu mengatasi diare, terutama pada anak-anak. vitamin A dapat memperkuat sistem imun sehingga dapat mengurangi kasus diare dan dampak parah pada anak. vitamin A juga dapat membantu memperbaiki kerusakan mukosa usus yang terjadi pada penderita diare akibat kekurangan vitamin A. Kerusakan

mukosa usus dapat menyebabkan gangguan absorpsi dan peningkatan tekanan dalam lumen usus

e. Antibiotik Selektif

Pemberian antibiotik dilakukan terhadap kondisi-kondisi seperti:

- (a) Patogen sumber merupakan kelompok bakteri
- (b) Diare berlangsung sangat lama (>10 hari dengan kecurigaan Enteropathogenic *E coli* sebagai penyebab
- (c) Apabila patogen dicurigai adalah *Enteroinvasive E coli*
- (d) Agen penyebab adalah *Yersinia* ditambah penderita memiliki tambahan diagnosis berupa penyakit sickle cell
- (e) Infeksi *Salmonella* pada anak usia yang sangat muda terjadi peningkatan temperatur tubuh (>37,5 C) atau ditemukan darah positif bakteri.

2. Non Farmakologi

a) Rehidrasi Oral Untuk Menjaga Air Dalam Tubuh

Rehidrasi atau pemberian cairan bertujuan sebagai pengganti hilang maupun keluarnya cairan tubuh saat diare. Selama diare, disarankan untuk minum air putih sebanyak 2–3 liter per hari, meminum air tidak disarankan sekaligus atau banyak, karena dapat menyebabkan muntah atau terangsang buang air lagi.

b) Mengatur Jenis Makanan

Terapi mengatur jenis makanan dilakukan dengan menghentikan konsumsi makanan pedas, makanan dengan lemak yang tinggi, solid food (makanan padat), dan dairy products (produk mengandung susu) selama 24 jam. Pengonsumsian solid food dapat sementara diberhentikan dahulu dan diganti dengan makanan lunak seperti bubur dan lain-lain. Pengonsumsian dairy products (seperti susu, keju, yogurt, dan lain-lain) diberhentikan karena sistem pencernaan saat diare mengalami kesulitan mencerna makanan yang mengandung laktosa (Abdillah & Purnamawati, 2019).

c) Nutrisi adekuat

Pemberian air susu ibu (ASI) dan makanan yang sama saat anak sehat diberikan guna mencegah penurunan berat badan dan digunakan untuk menggantikan nutrisi yang hilang. Apabila terdapat perbaikan nafsu makan, dapat dikatakan bahwa anak sedang dalam fase kesembuhan. Pasien tidak perlu untuk puasa, makanan dapat diberikan sedikit demi sedikit namun jumlah pemberian lebih sering (>6 kali/hari) dan rendah serat. Makanan sesuai gizi seimbang dan atau ASI dapat diberikan sesegera mungkin apabila pasien sudah mengalami perbaikan. Pemberian nutrisi ini dapat mencegah terjadinya gangguan gizi,

menstimulasi perbaikan usus, dan mengurangi derajat penyakit.

d) Edukasi Orang Tua

Orangtua diharapkan dapat memeriksakan anak dengan diare puskesmas atau dokter keluarga bila didapatkan gejala seperti: demam, tinja berdarah, makan dan atau minum sedikit, terlihat sangat kehausan, intensitas dan frekuensi diare semakin sering, dan atau belum terjadi perbaikan dalam tiga hari. Orang tua maupun pengasuh diberikan informasi mengenai cara menyiapkan oralit disertai langkah promosi dan preventif yang sesuai dengan lintas diare.

2.2 Konsep Dasar Anak

2.2.1 Definisi Anak

Menurut UU RI NO 23 Th 2002 (tentang perlindungan anak) Pasal (1): anak adalah seseorang sebelum 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan, menurut WHO anak adalah sejak terjadinya konsepsi sampai usia 18 tahun.

2.2.2 Paradigma Keperawatan Anak

1) Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang,

dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar. Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam.

2) Sehat-sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan

meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual. Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan

3) Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak.

4) Keperawatan

Komponen ini merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan

perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak (Wong, 2009)

2.2.3 Prinsip Keperawatan Anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak perbedaan-perbedaan yang diperhatikan dimana harus disesuaikan dengan usia anak serta pertumbuhan dan perkembangan karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik secara fisiologis maupun psikologis anak itu sendiri. Perawat harus memperhatikan beberapa prinsip, mari kita pelajari prinsip tersebut. Perawat harus memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari:

- a. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- b. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
- c. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.
- d. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.

- e. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
- f. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.
- g. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Kualitas tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor yang berasal dari dalam (internal) dan faktor yang berasal dari luar (eksternal).

1) Faktor internal

a) Ras/etnik atau bangsa.

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika tidak memiliki faktor hereditas/bangsa Indonesia atau sebaliknya.

b) Keluarga.

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus.

c) Umur.

Kecepatan pertumbuhan yang pesat terjadi pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.

d) Jenis kelamin.

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

e) Genetik.

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Salah satu contohnya adalah tubuh kerdil.

f) Kelainan kromosom.

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan dan perkembangan seperti pada sindrom down dan sindrom turner.

2) Faktor Eksternal

a) Lingkungan Prenatal (Faktor lingkungan ketika masih dalam kandungan), faktor prenatal yang berpengaruh antara lain gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin atau

zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio.

b) Lingkungan Postnatal (lingkungan setelah kelahiran)

Lingkungan postnatal dapat digolongkan menjadi :

- 1) Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan fungsi metabolisme.
- 2) Lingkungan fisik, meliputi sanitasi, cuaca, keadaan rumah dan radiasi
- 3) Lingkungan psikososial, meliputi stimulasi, motivasi belajar, teman sebaya, stress, sekolah, cinta kasih, interaksi anak dengan orang tua.
- 4) Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pekerjaan atau pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, stabilitas rumah tangga, kepribadian orang tua.

2.2.5 Tahap-tahap Tumbuh Kembang Pada Balita Usia 1-5 Tahun

1. Neonatus (bayi lahir sampai usia 28 hari)

Dalam tahap neonatus ini bayi memiliki kemungkinan yang sangat besar tumbuh dan kembang sesuai dengan tindakan yang dilakukan oleh orang tuanya. Sedangkan perawat membantu orang tua dalam memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi yang masih belum diketahui oleh orang tuanya.

2. Bayi

Dalam tahap ini memiliki kemajuan tumbuh kembang yang sangat pesat, pada usia 1 – 3 bulan mulai bisa mengangkat kepala, mengikuti objek pada mata, melihat dengan tersenyum dll. bayi pada usia 3 – 6 bulan mulai bisa mengangkat kepala 90°, mulai bisa mencari benda – benda yang ada didepan mata, sedangkan pertumbuhannya berat badan mengalami peningkatan 700 – 1000g/bulan, pertumbuhan tinggi badan stabil. Bayi usia 6 – 9 bulan mulai bisa duduk tanpa di tolong, bisa tengkurep dan berbalik sendiri bahkan bisa berpartisipasi dalam bertepuk tangan, sedangkan pertumbuhannya tinggi badan 350 – 450g/bulan. Bayi usia 9 – 12 bulan mulai bisa berdiri sendiri tanpa dibantu, berjalan dengan dituntun, menirukan suara dll. perawat disini membantu orang tua dalam memberikan pengetahuan, dalam mengontrol perkembangan lingkungan sekitar bayi agar pertumbuhan psikologis dan sosialnya bisa berkembang dengan baik, sedangkan pertumbuhannya berat badan bertambah 250 – 350 g/bulan, pertumbuhan tinggi badan sekitar 1,5 kali tinggi badan pada saat lahir dan diperkirakan mencapai 75 cm. Motorik kasar, merangkak, melempar bola. Motorik halus, mengambil benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk, membuka buku.

3. Toddler (usia 1-3 tahun)

Anak usia toddler (1 – 3 tahun) mempunyai sistem kontrol tubuh yang mulai membaik, hampir setiap organ mengalami maturitas maksimal. Pengalaman dan perilaku mereka mulai dipengaruhi oleh lingkungan diluar keluarga terdekat, mereka mulai berinteraksi dengan teman, mengembangkan perilaku atau moral secara simbolis, kemampuan berbahasa minimal. Sebagai sumber kesehatan, perawat berkepentingan mengetahui konsep tumbuh kembang balita usia toddler guna memberikan asuhan keperawatan balita dengan optimal. Motorik kasar, melompat ditempat tidur, berjalan mundur, menendang bola dengan kaki diayun, berjalan jinjit, berdiri dengan sebelah kaki. Motorik halus, mengcoret dengan satu tangan, membuka grendel pintu, memegang pensil, memakai celana sendiri. Pertumbuhannya mengalami kenaikan berat badan sekitar 1,5 - 2,5 kg dan penambahan tinggi badan 6-10 cm. Pertumbuhan otak juga akan mengalami perlambatan, kenaikan lingkar kepala hanya 2 cm. untuk pertumbuhan gigi, terdapat tambahan 8 buah gigi susu, termasuk gigi geraham pertama dan gigi taring, sehingga seluruhnya berjumlah 14-16 buah

4. Pra sekolah (Usia 3 – 5 tahun)

Balita usia pra sekolah adalah balita yang berusia 3 – 5 tahun, balita usia pra sekolah memiliki karakteristik tersendiri dalam

segi pertumbuhan dan perkembangannya. Dalam hal pertumbuhan, secara fisik balita pada tahun ke 3 terjadi penambahan berat badan 1,8 kg atau 2,7 kg dan rata – rata berat badan 14,6 kg. Penambahan tinggi badan berkisar antara 7,5 cm dan tinggi badan berkisar rata – rata 95 cm. Kecepatan pertumbuhan pada tahun ke 4 hampir sama dengan tahun sebelumnya. Berat badan mencapai 16,7 kg dan tinggi badan 103 cm sehingga tinggi badan sudah mencapai 2 kali lipat dari tinggi badan saat lahir. Frekuensi nadi dan pernafasan turun sedikit demi sedikit. Pertumbuhan pada tahun ke 5 sampai masa akhir pra sekolah berat badan rata – rata 18,7 kg dan tinggi badan 110 cm, yang mulai ada pertumbuhan adalah pada gigi yaitu kemungkinan munculnya gigi permanen sudah terjadi. Motorik kasar, melompat dengan satu kaki, mengendarai sepeda cukup terampil. Motorik halus, mencuci dan mengelap tangan sendiri, makan dengan sendok dan garpu.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Tarwoto dan Wartonah (2015) menjelaskan proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktek keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Dengan menggunakan metode ini perawat dapat

mendemonstrasikan tanggung jawab pada klien, sehingga kualitas praktek keperawatan dapat meningkat.

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pengumpulan data secara sistematis, memilih, dan mengatur data yang diperlukan dan mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali. Pengkajian sebagai proses yang kegiatannya bertujuan mengumpulkan informasi mengenai pasien. Informasi tersebut akan menentukan masalah kesehatan yang meliputi: pengkajian fisik, observasi, wawancara, riwayat keperawatan, analisa catatan laporan serta dokumen-dokumen lain yang terkait dengan pengkajian data dasar keperawatan (Tarwoto, dan Wartonah, 2015).

Data dasar pengkajian pasien menurut Marylinn E.Doenges, dkk (2014):

A. Identitas pasien

Identitas pasien Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, alamat, pekerjaan.

B. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan atau sangat mengganggu pada saat di rumah dan di rumah sakit. Berisi tentang keluhan klien pada

saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan melalui metode PQRST.

P (provokatus-paliatif) : Apa yang menyebabkan gejala ? Apa yang bisa memperberat ? Apa yang bisa mengurangi ?

Q (quality-quantity) : Bagaimana gejala dirasakan ? Seberapa jauh gejala dirasakan ?

R (regio-radiasi): Dimana gejala dirasakan ? Apakah menyebar?

S (scala-serverity) : Seberapa parah tingkat keparahan yang dirasakan ? Pada skala berapa?

T (time) : Kapan gejala mulai timbul ? Seberapa sering gejala dirasakan ? Tiba-tiba atau bertahap? Seberapa lama gejala dirasakan?

C. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan atau penyakit dari sebelum dibawa ke rumah sakit hingga sampai di rumah sakit.

a) Riwayat penyakit yang lalu

Keadaan atau penyakit yang diderita pasien di masa lalu yang berpengaruh dengan penyakitnya saat ini.

b) Riwayat penyakit keluarga

Mencari diantara anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama.

c) Riwayat psikososial spiritual

Pada penderita yang status ekonominya menengah ke bawah dan sanitasi dan kesehatan yang kurang ditunjang dengan padatnya penduduk.

d) Pola aktifitas sehari hari

Pola aktifitas yang meliputi makan dan minum, pola eliminasi, pola istirahat tidur dan kebersihan yang dilakukan dirumah dan dibandingkan dengan pola aktifitas yang dilakukan dirumah sakit

e) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Bagaimana keadaan pasien? Sadar atau tidak?

b) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah: Apakah terdapat peningkatan tekanan darah (hipertensi)? Atau terdapat penurunan tekanan darah (hipotensi)?

Nadi: Apakah terdapat peningkatan nadi (bradikardia)? Atau terdapat penurunan nadi (takikardia)?

Suhu : Apakah terdapat peningkatan suhu (hipertermi)? Atau terdapat penurunan suhu (hipotermi)

Respirasi : Apakah terdapat bradypnea? Atau takipnea? Atau apnea?

c) Sistem pernapasan

Inspeksi : Apakah terdapat pernapasan cuping hidung?,
apakah terdapat retraksi intercosta?

Palpasi: Apakah terdapat getaran vocal premitus?

Perkusi: Apakah terdapat suara tambahan seperti ronchi,
wheezing?

d) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi: Bagaimana bentuk dada pasien? (normal chest,
barel chet, peagion chest)

Palpasi: Terdapat pembesaran jantung atau tidak?

Perkusi : Bagaimana suara jantung?

Auskultasi : Ada atau tidak suara jantung tambahan
Suara?

e) Sistem gastrointestinal

Berapa berat badan pasien sebelum dan saat masuk rumah
sakit?, adakah mual muntah atau tidak?

f) Sistem neurologis

Bagaimana reflek pada pasien?, kesadaran pada pasien?
(composmetis, apatis, somnolen, delirium, sopor/semi
koma, koma), glasscoe coma scale (GCS).

EYE :

4 = Membuka mata spontan

3 = Membuka mata dengan rangsangan suara

2 = Membuka mata dengan rangsangan nyeri

1 = Tidak ada respon

VERBAL :

5 = Orientasi baik dan mampu berbicara

4 = Disorientasi dan bingung

3 = Mengulang kata-kata yang tidak tepat dan secara acak

2 = Meregang atau merintih (suara tidak jelas)

1 = Tidak ada respon

MOTORIK:

6 = Dapat mengikuti perintah

5 = Dapat melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri)

4 = Menarik (menghindar atau menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri)

3 = Menjauhi rangsangan nyeri

2 = ekstensi spontan

1 = tidak ada Gerakan

g) Sistem muskuloskeletal kekuatan otot pasien

0 = Otot sama sekali tidak bergerak, tampak berkontraksi, bila lengan atau tungkai dilepaskan, akan jatuh 100% pasif.

1 = Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh.

2 = Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh.

3 = Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong tetapi tidak mampu melawan tekanan atau dorongan dari pemeriksa.

4 = Kekuatan kurang dibanding sisi lain.

5 = Kekuatan utuh.

h) Sistem integument

Apakah turgor kulit normal? (<2 detik) atau tidak? (kembali > 2 detik), terdapat luka atau tidak, akral terasa hangat atau dingin, integritas kulit baik atau tidak, kulit lembab atau kering.

i) Sistem endokrin

Apakah klien mengalami tremor atau tidak, apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, terdapat distensi atau bendungan pada vena jugularis atau tidak.

j) Sistem genetalia

Ada kelainan atau tidak pada genetalia pasien.

k) Sistem seksualitas

Pola seksualitas klien mengalami gangguan atau tidak.

2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Data yang ada kemudian dikumpulkan dan dikelompokkan sesuai masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnosa keperawatan (Mahyar, 2016).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subyektif dan obyektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks, tentang data yang

dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Mahyar, 2016).

2.3.4 Intervensi keperawatan

Metode komunikasi tentang asuhan keperawatan kepada klien. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik. Sehingga semua tindakan keperawatan harus istandarisasi dan standar tersebut dapat dibaca.

Penulisan kriteria hasil

berdasarkan SMART.

S = Spesifik (tujuan tidak menimbulkan arti ganda)

M = Measurable (tujuan harus dapat diukur)

A = Achievable (tujuan harus dapat dicapai)

R = Reasonable (tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)

T = Time (waktu pemberian keperawatan)

2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat. Perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan kesehatan yang lain (Maryam, 2017).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan penerapan. Pada tahap ini, perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. Selain itu perawat juga dapat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menempatkan apakah sasaran dari rencana keperawatan telah dapat diterima. Adapun komponen-komponen untuk melakukan suatu evaluasi adalah:

S = Respon subyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan

I = Implementasi atau tindakan selanjutnya.

O = Respon obyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan.

A = Analisa ulang atas data-data untuk menyimpulkan masalah.

P = Perencanaan atau tindakan selanjutnya.

E = Evaluasi.

R= Reassessment.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Diare

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit. Orang tua meliputi (nama ayah, nama ibu, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, umur) (Nursalam, 2005).

2. Keluhan Utama

Buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB > 4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB >10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung <14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, sementara apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten (Nursalam, 2005)

3. Riwayat penyakit sekarang

- a. Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada kemungkinan timbul diare
- b. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir dan darah, warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
- c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet.
- d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare
- e. Gejala dehidrasi mulai tampak bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit.
- f. Terjadi Oliguri (Kurang 1 MI/KgBB/Jam) dan berwarna sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotik atau kortikosteroid jangka panjang (perubahan candida albicans)

dari saprofit menjadi parasit), alergi makanan, ISPA, ISK, OMA campak (Hartoyo, 2022)

5. Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal

a. Prenatal

Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan semester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai Seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin didalam janin. (Purnamawati & Ariawan, 2012)

b. Natal

Proses persalinan yang tidak normal atau komplikasi selama persalinan dapat meningkatkan risiko anak terkena diare dan bayi yang lahir dengan kondisi tidak normal, seperti berat badan lahir rendah juga dapat meningkatkan risiko diare (Afifah, 2020)

c. Post Natal

Kurangnya pemberian ASI eksklusif, lingkungan yang tidak bersih atau kurangnya hygiene, dan kekurangan nutrisi pada anak dapat mempengaruhi sistem imun dan meningkatkan risiko diare (Safitri, 2023)

3) Riwayat Pertumbuhan Dan Perkembangan

Pada pasien diare biasanya akan mengalami gangguan pertumbuhan pada anak, terutama berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala dan juga mengalami gangguan perkembangan

pada anak yaitu pada aspek fisik, kognitif, dan emosional (Sufa et al, 2023)

4) Riwayat kesehatan keluarga

a. Penyakit

Apakah ada salah satu anggota keluarga yang menderita diare atau tetangga yang berhubungan dengan distribusi penularan

b. Lingkungan rumah dan komunitas

Lingkungan rumah yang ada di sekitarnya kotor dan kumuh serta personalhygieneyang kurang sudah terkena kuman penyebab diare.

c. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

BAB yang tidak ada pada tempat (sembarangan) atau disungai dancara maupun tempat bermain anak yang kurang higienis dapat mempermudah masuknya kuman lewat fecal oral

d. Persepsi Keluarga

Kondisi lemah dan mencret yang berlebihan perlu suatu keputusan untuk penanganan awal atau lanjutan ini bergantung pada tingkat pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga (orang tua).

5) Pola fungsi kesehatan

a. Pola nutrisi

Pasien yang menderita diare juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisi di dalam tubuh menjadi berkurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika pasien mengalami muntah atau diare lama, keadaan tersebut menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat menimbulkan komplikasi (Ngastiyah, 2014)..

b. Pola eliminasi

Feses encer, frekuensi bervariasi dari 2 sampai 20 per hari, menggambarkan pola fungsi ekskresi. Jika BAB >3 kali sehari dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB > 10 kali dan cair (dehidrasi berat). BAK perlu dikaji untuk output terhadap kehilangan cairan lewat urine. (Susilaningrum et.al, 2013)

c. Pola istirahat

Pada bayi dan anak dengan diare kebutuhan istirahat dapat terganggu karena frekuensi diare yang berlebihan, sehingga menjadi rewel (Susilaningrum et.al, 2013)

d. Pola aktifitas

Klien nampak lemah, gelisah sehingga perlu bantuan sekunder untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari. (Susilaningrum et.al, 2013)

6) Pemeriksaan Fisik

Dalam metode pemeriksaan fisik yang dapat digunakan untuk pemeriksaan head to toe yaitu meliputi pengkajian keadaan umum dan status generalis (Sukarmin, 2009).

a. Keadaan umum

- (1) Baik, sadar (tanpa dehidrasi)
- (2) Gelisah, rewel (dehidrasi ringan atau sedang)
- (3) Lesu, lunglai atau tidak sadar (dehidrasi berat)

b. Kepala : Ukuran kepala, bentuk, kesimetrisan, fontanel dan sutura cekung, sakit kepala atau pusing

c. Mata : Anak yang diare tanpa dehidrasi, bentuk kelopak matanya normal. Apabila mengalami dehidrasi ringan/sedang, kelopak matanya cekung (cowong). Sedangkan apabila mengalami dehidrasi berat, kelopak matanya sangat cekung.

d. Mulut dan lidah

- (a) Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi)
- (b) Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan/sedang)
- (c) Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)

e. Paru : pernafasan anak cepat, lemah dangkal bila dehidrasi berat. Pada dehidrasi ringan pernafasan anak normal.

f. Jantung : Nadi dalam batas normal (80-160x/menit) pada dehidrasi ringan dan sedang, namun pada dehidrasi berat nadi menurun (<80 x/menit).

- 1) Inspeksi : Bentuk dada pasien (normal chest, barrel chest, pigeon chest)
- 2) Palpasi : terdapat pembesaran jantung apa tidak
- 3) Perkusi : suara jantung
- 4) Auskultasi : suara jantung I Lup, suara jantung 2 dup, ada tidaknya suara tambahan.

g. Sistem integument : Warna kulit pucat, turgor menurun kurang 2 detik, suhu meningkat kurang 37°C, akral hangat, akral dingin (waspada syok), capillary refill time memanjang >2 detik, kemerahan pada daerah perianal.

h. Abdomen kemungkinan mengalami distensi, kram, dan bising usus meningkat.

i. Sistem perkemihan : urine produksi oliguria sampai anuria (200-400 ml/24 jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit.

9) Pemeriksaan penunjang

- a. Darah lengkap (leukosit meningkat, Hb)
- b. Pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (juga dengan pemberian infuse RL/iv yang masih terdapat asidosis)
- c. Kadar ureum meningkat (untuk mengetahui adanya gangguan faal ginjal)
- d. Feses kultur : Bakteri, virus, parasit, candida
- e. Serum elektrolit : Hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi

- f. AGD : asidosis metabolic (Ph menurun, pO₂ meningkat, pCO₂ meningkat, HCO₃ menurun)
- g. Radiologi : mungkin ditemukan bronchopneumoni

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan, atau kerentanan terhadap respons tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (Herdman, 2018). Diagnose yang mungkin muncul pada penyakit diare menurut yang disesuaikan dengan SDKI, 2017:

1. Defisit Nutrisi (D.0019)

a) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

b) Penyebab

1. Ketidakmampuan menelan makanan
2. Ketidakmampuan mencerna makanan
3. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Faktor ekonomis
6. Faktor psikologis

Gejala dan tanda mayor

- Subjektif : (tidak tersedia)
- Objektif :

- (1) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal .

Gejala dan Tanda Minor

- Subjektif :

- (1) Cepat kenyang setelah makan
- (2) Kram/nyeri abdomen
- (3) Nafsu makan menurun .

- Objektif :

- (1) Bising usus hiperaktif
- (2) Otot pengunyah lemah
- (3) Otot menelan lemah
- (4) Membran mukosa pucat
- (5) Sariawan
- (6) Serum albumin turun
- (7) Rambut rontok berlebihan
- (8) Diare

2. Hipovolemia (D.0023)

a) Definisi

Penurunan volume cairan intravaskuler, interstitial, dan atau intraseluler.

b) Penyebab

1. Kehilangan cairan aktif
2. Kegagalan mekanisme regulasi

3. Peningkatan permeabilitas kapiler
4. Kekurangan intake cairan
5. Evaporasi

Gejala dan tanda mayor

- Subjektif : (tidak tersedia)
- Objektif :
 - (1) Frekuensi nadi meningkat
 - (2) Nadi teraba lemah
 - (3) Tekanan darah menurun
 - (4) Tekanan Nadi menyempit
 - (5) Turgor kulit menyempit
 - (6) Membran mukosa kering
 - (7) Volume urin menurun
 - (8) Hematokrit meningkat

Gejala dan Tanda Minor

- Subjektif :
 - (1) Merasa lemah
 - (2) Mengeluh haus
- Objektif :
 - (1) Pengisian vena menurun
 - (2) Status mental berubah
 - (3) Suhu tubuh meningkat
 - (4) Konsentrasi urin meningkat
 - (5) Berat badan turun tiba-tiba

3. Gangguan integritas kulit (D.0129)

a) Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan atau ligamen)

b) Penyebab

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kelebihan/kekurangan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
8. Efek samping terapi radiasi
9. Kelembaban
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan.

Gejala dan tanda mayor

- Subjektif : (tidak tersedia)

- Objektif :

- (1) Frekuensi nadi meningkat
- (2) Nadi teraba lemah
- (3) Tekanan darah menurun
- (4) Tekanan Nadi menyempit
- (5) Turgor kulit menyempit
- (6) Membran mukosa kering
- (7) Voluem urin menurun
- (8) Hemtokrit meningkat

Gejala dan Tanda Minor

- Subjektif :

- (1) Merasa lemah
- (2) Mengeluh haus

- Objektif :

- (1) Pengisian vena menurun
- (2) Status mental berubah
- (3) Suhu tubuh meningkat
- (4) Konsentrasi urin meningkat
- (5) Berat badan turun tiba-tiba

4. Hipertermia (D.0130)

a) Definisi

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh

b) Penyebab

1. Dehidrasi

2. Terpapar lingkungan panas
3. Proses penyakit (mis. infeksi, kanker)
4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
5. Peningkatan laju metabolisme
6. Respon trauma
7. Aktivitas berlebihan
8. Penggunaan incubator

Gejala dan tanda mayor

- Subjektif : (tidak tersedia)
- Objektif :
 - (1) Suhu tubuh diatas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor

- Subjektif : (tidak tersedia)
- Objektif
 - (1) Kulit merah
 - (2) Kejang
 - (3) Takikardi
 - (4) Takipnea
 - (5) Kulit terasa hangat

5. Ansietas (D.0080)

a. Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya

yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

b. Penyebab

1. Krisis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Krisis maturasional
4. Ancaman terhadap konsep diri
5. Ancaman terhadap kematian
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan
7. Disfungsi sistem keluarga
8. Hubungan orang tua – anak tidak memuaskan
9. Terpapar bahaya lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor.

- Subjektif.
 - (1) Merasa bingung.
 - (2) Merasa khawatir dengan akibat.
 - (3) Sulit berkonsentrasi.
- Objektif :
 - (1) Tampak gelisah.
 - (2) Tampak tegang.
 - (3) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor.

- Subjektif :
 - (1) Mengeluh pusing.

- (2) Anoreksia.
- (3) Palpitasi.
- (4) Merasa tidak berdaya.
- Objektif.
 - (1) Frekuensi napas meningkat.
 - (2) Frekuensi nadi meningkat.
 - (3) Tekanan darah meningkat.
 - (4) Diaforesis.
 - (5) Tremors.
 - (6) Muka tampak pucat.
 - (7) Suara bergetar.
 - (8) Kontak mata buruk.
 - (9) Sering berkemih.
 - (10) Berorientasi pada masa lalu.

6. Resiko Syok Hipovolemik (D.0039)

a) Definisi

Beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa

b) Faktor resiko

1. Hipoksemia
2. Hipoksia
3. Hipotensi
4. Kekurangan volume cairan

5. Sepsis

6. Sindrom respons inflamasi sistemik

2.4.3 Rencana atau Intervensi Keperawatan

No	Standar Keperawatan (SDKI)	Diagnosa Indonesia	Standar Luaran Indonesia (SLKI)	Keperawatan	Standar Intervensi Indonesia (SIKI)	Keperawatan
1.	Defisit Nutrisi (D.0019)		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil :		Intervensi manajemen nutrisi (1.03119) :	
			1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5)		1) Observasi	
			2. Kekuatan otot penguyah meningkat (5)		1. Identifikasi status gizi	
			3. Kekuatan otot menelan meningkat (5)		2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan	
			4. Serum albumin meningkat (5)		3. Identifikasi makanan yang disukai	
			5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat (5)		4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien	
			6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat (5)		5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik	
			7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat (5)		6. Monitor asupan makanan	
			8. Pengetahuan tentang asupan nutrisi yang sehat meningkat (5)		7. Monitor berat badan	
			9. Penyiapan dari penyimpanan makanan yang sehat meningkat (5)		8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium	
			10. Penyiapan dari penyimpanan minuman yang sehat meningkat (5)		2) Terapeutik	
			11. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat (5)		9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu	
			12. Perasaan cepat kenyang menurun (5)		10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)	
			13. Nyeri abdomen menurun (5)		11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	
			14. Sariawan menurun (5)		12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi	
			15. Rambut rontok menurun (5)		13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	
					14. Berikan suplemen makanan, jika perlu	
					15. Hentikan pemberian makan melalui	

	16. Diare menurun (5) 17. Berat badan membaik (5) 18. Indeks masa tubuh (IMT) membaik (5) 19. Frekuensi makan membaik (5) 20. Nafsu makan membaik (5) 21. Bising usus membaik (5) 22. Tebal lipatan kulit trisep membaik (5) 23. Membran mukosa membaik (5)	selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi 3) Edukasi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan 4) Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
2.	Hipovolemia (D.0023) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik (L.03028) dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat (5) 2. Turgor kulit meningkat (5) 3. Output urine meningkat (5) 4. Pengisi vena meningkat (5) 5. Ortopnea menurun (5) 6. Dispnea menurun (5) 7. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun (5) 8. Edema anasarka menurun (5) 9. Edema perifer menurun (5) 10. Berat badan menurun (5) 11. Distensi vena jugularis menurun (5) 12. Suara napas tambahan menurun (5) 13. Kongesti paru menurun (5) 14. Perasaan lemah menurun (5) 15. Keluhan haus menurun (5)	Manajemen hipovolemia (1.03116) : 1) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia yang meliputi 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) 2. Monitor intake dan output cairan 2) Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral 3) Edukasi 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Anjurkan menghindari posisi mendadak 4) Kolaborasi

		16. Konsentrasi urine menurun (5) 17. Frekuensi nadi membaik (5) 18. Tekanan darah membaik (5) 19. Tekanan nadi membaik (5) 20. Membran mukosa membaik (5) 21. Jugular Venous Pressure membaik (5) 22. Kadar Hb membaik (5) 23. Kadar Ht membaik (5) 24. Central Venous Pressure membaik (5) 25. Refluks hepatojugular membaik (5) 26. Berat badan membaik (5) 27. Hepatomegali membaik (5) 28. Oliguria membaik (5) 29. Intake cairan membaik (5) 30. Status mental membaik (5) 31. Suhu tubuh membaik (5)	6. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misal NaCl. RL) 7. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (misal glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 8. Kolaborasi pemberian cairan koloid (misal albumin, Plasmanate) 9. Kolaborasi pemberian produk darah
3.	Gangguan integritas kulit (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil : 1. Elastisitas meningkat (5) 2. Hidrasi meningkat (5) 3. Perfusi jaringan meningkat (5) 4. Kerusakan jaringan menurun (5) 5. Kerusakan lapisan kulit menurun (5) 6. Nyeri menurun (5) 7. Perdarahan menurun (5) 8. Kemerahan menurun (5) 9. Hematoma menurun (5) 10. Pigmentasi abnormal menurun (5) 11. Jaringan parut menurun (5) 12. Nekrosis menurun (5)	Perawatan integritas kulit (1.11353): 1) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) 2) Terapeutik 2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5. Gunakan produk berbahan petroleum

	13. Abrasi kornea menurun (5) 14. Suhu kulit membaik (5) 15. Sensasi membaik (5) 16. Tekstur membaik (5) 17. Pertumbuhan rambut membaik (5)	atau minyak pada kulit kering 6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 3) Edukasi 8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 9. Anjurkan minum air yang cukup 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
4.	Hipertermia (D.0130) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik (L.14134) dengan kriteria hasil : 1. Mengigil menurun (5) 2. Kulit merah menurun (5) 3. Kejang menurun (5) 4. Akrosianosis menurun (5) 5. Konsumsi oksigen menurun (5) 6. Piloereksi menurun (5) 7. Vasokonstriksi perifer menurun (5) 8. Kutis memorata menurun (5) 9. Pucat menurun (5) 10. Takikardi menurun (5)	Manajemen hipertermia (I.15506) 1) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi terpapar lingkungan panas penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 2) Terapeutik 5. Sediakan lingkungan yang dingin 6. Longgarkan atau lepaskan pakaian 7. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 8. Berikan cairan oral

		11. Takipnea menurun (5) 12. Bradikardi menurun (5) 13. Dasar kuku sianotik menurun (5) 14. Hipoksia menurun (5) 15. Suhu tubuh membaik (5) 16. Suhu kulit membaik (5) 17. Kadar glukosa darah membaik (5) 18. Pengisian kapiler membaik (5) 19. Ventilasi membaik (5) 20. Tekanan darah membaik (5)	9. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 10. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 11. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 12. Batasi oksigen, jika perlu 3) Edukasi 13. Anjurkan tirah baring 4) Kolaborasi 14. Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
5.	Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 3. Perilaku gelisah menurun (5) 4. Perilaku tegang menurun (5) 5. Keluhan pusing menurun (5) 6. Anoreksia menurun (5) 7. Palpitasi menurun (5) 8. Frekuensi pemapasan menurun (5) 9. Frekuensi nadi menurun (5) 10. Tekanan darah menurun (5) 11. Diaforesis menurun (5) 12. Tremor menurun (5) 13. Pucat menurun (5)	Intervensi reduksi ansietas (1.09314) : 1) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) 2) Terapeutik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat

14. Konsentrasi membaik (5)	ansietas mendengarkan dengan penuh perhatian
15. Pola tidur membaik (5)	
16. Perasaan keberdayaan membaik(5)	7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
17. Kontak mata membaik (5)	8. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
18. Pola berkemih membaik (5)	9. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan dating
19. Orientasi membaik (5)	
	3) Edukasi
	10. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkindialami
	11. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
	12. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
	13. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
	14. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
	15. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
	16. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
	17. Latih teknik relaksasi
	4) Kolaborasi
	18. Kolaborasi pemberian obat

antiansietas, jika perlu.			
6	Resiko Syok Hipovolemia (D.0039)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko syok hipovolemik dapat menurun (L.03032) dengan kreteria hasil : 1. Kekuatan Nadi meningkat (5) 2. Ourput Urine meningkat (5) 3. Tingkat kesadaran meningkat (5) 4. Saturasi oksigen meningkat (5) 5. Karal dingin menurun (5) 6. Pucat menurun (5) 7. Haus menurun (5) 8. Konfusi menurun (5) 9. Letargi menurun (5) 10. Asiaosis metabolik menurun (5) 11. Mean arterial presseure membaik (5) 12. Tekanan darah sisitolik membaik (5) 13. Tekanan darah diastolik membaik (5) 14. Tekanan nadi membaik (5) 15. Pengisi kepiler membaik (5) 16. Frekuensi nadi membaik (5) 17. Pengisian kapiler membaik (5) 18. Frekuensi nadi membaik (5) 19. Frekuensi napas membaik (5)	Intervensi manajemen syok hipovolemik (1.02050) : 1) Observasi 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah) 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit) 4. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap DOTS (deformitiy / deformitas, open wound/luka terbuka, tenderness/nyeri tekan, swelling/bengkak). 2) Terapeutik 6. Pertahankan jalan napas paten 7. Berikan oksigen untuk Mempertahankan saturasi oksigen >94% 8. Persiapan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 9. Lakukan penekanan langsung pada pendarahan eksternal 10. Berikan posisi syok (modified Trendelenbreg) 11. Pasang jalur IV berukuran besar (missal nomor 14 atau 16)

-
12. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine
 13. Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung
 14. Ambil sample darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
- 3) Kolaborasi
15. Kolaborasi pemberian infuse cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa
 16. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 mL/kgBB pada anak
 17. Kolaborasi pemberian transfuse darah, jika perlu.
-

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015). Penatalaksanaan sebagian besar kasus diare dapat dilaksanakan di rumah dengan pemberian edukasi mengenai penyebab diare, komplikasi, dan terapi yang tepat. Pengasuh anak diberikan edukasi untuk memantau tanda-tanda dehidrasi, khususnya jumlah popok yang basah atau frekuensi berkemih, memantau cairan melalui mulut, dan menilai frekuensi defekasi serta jumlah cairan yang hilang melalui feses (L.Wong, 2009)

Implementasi keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori yaitu independent, interdependent, dan dependent.

1) Independent

Yaitu suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Lingkup tindakan keperawatan independent antara lain :

- (1) Mengkaji pasien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan pasien
- (2) Merumuskan diagnostic keperawatan sesuai respon pasien yang memerlukan intervensi keperawatan

- (3) Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan pasien
- (4) Mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan medis.

2) Interdependent

Suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lain, misalnya ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

3) Dependent

Berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan media atau instruksi dari tenaga medis (Asmadi, 2008).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria yang dibuat pada tahap intervensi Anak akan kembali ke dalam sistem atau proses keperawatan jika masalah keperawatan belum selesai atau akan keluar dari proses keperawatan jika masalah keperawatan anak telah berakhir.

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk.

SOAP (*Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning*)

- (a) *Subyektif* : Keluhan klien (apa yang dikatakan oleh klien, keluarga klien, dan orang terdekat klien).

- (b) *Obyektif* : Semua sesuatu yang bisa dilihat,diraba,dicium dan diukur oleh perawat.
- (c) *Assesment* : Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat atas kondisi klien.
- (d) *Planning* : Rencana tindakan keperawtan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara ilmiah yang digunakan untuk mendapatkan data - data yang nantinya dapat dianalisis untuk menentukan solusi dari permasalahan yang diteliti (Kristanto, 2018). Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, analisa data, uji keabsahan data.

3.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian

Rancangan penelitian adalah rencana kerja yang sistematis tentang cara melaksanakan penelitian, termasuk metode pengumpulan data, analisis data, dan penafsiran hasil (Sugiyono, 2018). Rancangan atau desain yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Deskriptif kualitatif adalah metode penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan atau menjelaskan fenomena sosial secara mendalam dan rinci, tanpa mencoba menjelaskan hubungan sebab-akibat (Sugiyono, 2018). Pendekatan studi kasus merupakan prosedur penelitian yang mengeksplorasi suatu masalah keperawatan dengan batasan yang terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam serta menyertakan berbagai sumber informasi. Rancangan atau desain penelitian studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Diare secara

komprehensif dan menyeluruh dimulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, menentukan rencana keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan dan mengevaluasi pelaksanaan keperawatan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Batasan istilah dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan keperawatan klien Diare.

Asuhan Keperawatan adalah suatu tindakan yang dilakukan perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia secara langsung yang berpegang pada standar keperawatan meliputi tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Diare adalah suatu keadaan dimana terjadi pola perubahan BAB lebih dari biasanya (lebih dari 3x dalam sehari) dengan perubahan konsistensi tinja lebih lembek, encer atau berair yang mungkin dapat disertai tinja berdarah, mual muntah dan dehidrasi. Dalam hal ini peneliti akan melakukan penelitian pada pasien usia dibawah 5 tahun yang mengalami diare dengan dehidrasi sedang di Ruang Dahlia RSUD dr.Soedomo Trenggalek.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan orang yang diikutsertakan dalam suatu perencanaan, pelaksanaan dan memikul tanggung jawab sesuai dengan tingkat kematangan dan kewajibannya (Sugiyono, 2007). Partisipan yang digunakan pada penelitian ini adalah 1 klien dengan kriteria :

1. Klien kooperatif
2. Klien dengan kesadaran penuh (compos mentis)
3. Keluarga klien bersedia untuk klien menjadi partisipan dalam penelitian.
4. Klien yang mengalami BAB lebih dari 3X sehari

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Tempat Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian atau pengambilan data dalam studi kasus ini rencana di mulai 2025

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Metode atau Bahan Instrumen

Instrument dan metode pengumpulan data sebenarnya sama halnya dengan evaluasi data, sebab setelah kita memperoleh data maka perlu dilakukan perbandingan data yang telah didapat dengan standart yang telah ditentukan (Arikunto, 2006). Dalam penelitian ini instrument yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Anak. Pengumpulan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa format asuhan keperawatan (Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi sampai Evaluasi), pedoman observasi, pengukuran

dengan alat, alat pemeriksaan laboratorium atau dokumen yang relevan.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi dan *askultasi*), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta dokumentasi

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini, didasarkan pada prosedur melakukan proses asuhan keperawatan pada saat peneliti melakukan penelitian. Adapun prosedur tersebut adalah sebagai berikut :

Tahap persiapan, diawali dengan diterbitkannya surat izin melakukan penelitian dari Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek dengan nomor surat DP.04.03/F.XIII.15.5/112/2025 serta surat izin persetujuan untuk melakukan penelitian dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan nomor surat 000.9/122/406.010.001/18.00/2025. Setelah mendapat perijinan dari Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek, kemudian surat diberikan kepada Kepala Ruang Dahlia. Proses pengumpulan data dimulai dari mahasiswa mencari klien yang akan diberikan asuhan keperawatan. Setelah klien dengan diagnosa diare ditemukan, mahasiswa membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarganya, mahasiswa memperkenalkan diri

serta menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, proses penelitian, hak-hak partisipan serta persetujuan untuk menjadi partisipan. Tahap berikutnya yaitu keluarga pasien menanda tangani lembar *informed consent*. Setelah itu dilanjutkan dengan tahap kontrak, mahasiswa melakukan kontrak waktu dengan keluarga pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan. Tahap pelaksanaan, mahasiswa melakukan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, yang meliputi wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat prenatal, natal, postnatal, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, pola fungsi kesehatan, pemeriksaan fisik pada klien. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Tahap terminasi, mahasiswa mengakhiri proses asuhan keperawatan pada klien, pasien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang, setelah semua data terkumpul dilahan penelitian dilakukan analisa data.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta - fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat

kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferbility*), ketergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2007).

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah – langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.

Transferbility adalah sejauh mana hasil penerapan penelitian deskripsi kualitatif pada suatu subyek dapat diterapkan dalam subyek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau penelitian deskripsi kualitatif lain yang sesuai.

Dependability adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan.

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu objektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak – pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing I, II dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan

masuk. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Menurut Sugiyono (2007), bahwa analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan kedalam unit – unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain.

Prinsip yang harus dipegang dalam penelitian deskripsi kualitatif merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan dan antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan (Sugiyono, 2007).

3.8 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mendapat rekomendasi dari institusi untuk mengajukan permohonan ijin kepada institusi/lembaga tempat penelitian. Menurut Hidayat (2008), dalam melaksanakan penelitian ini penulis menekankan masalah etika yang meliputi:

3.8.1 Lembar Persetujuan (*informed consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi responden, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain (Hidayat, 2008).

3.8.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2008). Untuk menjaga kerahasiaan pada lembar yang telah diisi oleh responden, penulis tidak mencantumkan nama secara lengkap, responden cukup mencantumkan nama inisial saja.

3.8.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2008). Peneliti menjelaskan bahwa data yang diperoleh dari responden akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Penulisan hasil penelitian diawali dengan hasil pengkajian klien, perumusan diagnosa keperawatan, rencana dan pelaksanaan tindakan serta evaluasi keperawatan.

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek. Lokasi penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 21 Maret 2025 sampai dengan 23 Maret 2025 dengan judul Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Ruang Dahlia terletak dilantai 3, yang terdiri dari 6 kamar yaitu kamar HCU (ruang perawatan intensif pada anak) berisi 4 bed, Isolasi (ruang perawatan pada anak yang beresiko menular) berisi 4 bed, kamar 2A (ruang perawatan kelas 2) berisi 4 bed, kamar 3B (ruang perawatan kelas 3 dengan gangguan pernafasan) berisi 6 bed, kamar 3C (ruang perawatan kelas 3 dengan penyakit tropis) berisi 6 bed, kamar 3D (ruang perawatan kelas 3 dengan diare) berisi 6 bed dengan kamar mandi tiap kamar tersebut. Adapun partisipan pada penelitian yaitu “An.A” sebagai pasien dan didapatkan hasil sebagai berikut.

4.1.2 Pengkajian

4.1.2.1 Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas pasien

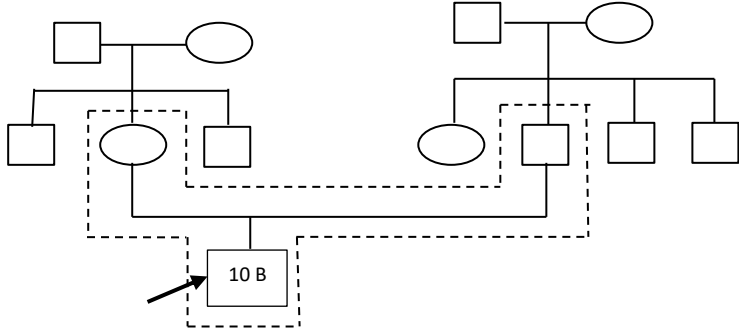
Identitas Pasien	Pasien
1) Biodata pasien	
a) Nama	An. A
b) Umur	10 bulan
c) Jenis kelamin	Laki-laki
d) Dx. Medis	Diare Dehidrasi Sedang
e) Reg	524240
f) Tgl MRS	21 Maret 2025 Jam 13.00 wib
g) Tgl pengkajian	21 Maret 2025 Jam 13.30 wib
2) Biodata Keluarga	
a. Nama ayah	Tn. A
(1) Umur	39 tahun
(2) Agama	Islam
(3) Pendidikan	SMA
(4) Pekerjaan	Wiraswasta
(5) Suku bangsa	Jawa
(6) Alamat	Rt.18/ Rw.06, Subergedong, Trenggalek
b. Nama ibu	Ny. S
(1) Umur	34 tahun
(2) Agama	Islam
(3) Pendidikan	SMA
(4) Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
(5) Suku bangsa	Jawa
(6) Alamat	Rt.18/ Rw.06, Sumbergedong, Trenggalek

4.1.2.2 Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien
1) Keluhan utama	
a. Saat MRS	Ibu pasien mengatakan pasien dirumah BAB 6x bentuk cair warna kuning kecoklatan sejak pagi hari disertai mual, muntah, panas dan kejang sejak pukul 07.00 wib tanggal 21 maret 2025
b. Saat dikaji	Ibu pasien mengatakan sejak pindah ruangan pasien belum BAB badan masih panas, lemas sudah tidak mual, muntah dan kejang.

2) Riwayat penyakit sekarang	Ibu pasien mengatakan pasien mengalami diare disertai mual, muntah dan badan panas sejak pagi hari pukul 07.00 WIB tanggal 21 Maret 2024. Pada pukul 11.00 WIB pasien tiba-tiba mengalami kejang, kemudian pasien langsung dibawa ke IGD RSUD dr. Soedomo Trenggalek, sampai di IGD pukul 11.20 WIB dengan kondisi pasien lemas, mual, muntah, BAB cair, badan panas tapi sudah tidak kejang. Pasien disarankan untuk rawat inap untuk mendapatkan perawatan, pasien mendapatkan infus RL loading 250 cc/1jam dan ditangan sebelah kiri. Setelah itu pasien dipindah ke ruang Dahlia pukul 13.00 WIB, saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Maret 2025 pukul 13.30, ibu pasien mengatakan pasien sudah mengalami BAB cair 6x selama di rumah berwarna kuning kecoklatan, dan disertai panas, tetapi sudah tidak mual, muntah dan kejang, dengan tanda – tanda vital Nadi : 128x/menit, Suhu : 38,2°C, RR : 28x/menit, SPO2 97% , terpasang infus KAEN 3B 500 ml/24 jam
3) Riwayat kesehatan yang lalu	Ibu pasien mengatakan pasien sebelumnya belum pernah mengalami diare dan juga kejang
4) Riwayat Kehamilan dan persalinan	
a. Prenatal	Ibu pasien mengatakan selama kehamilan tidak ada masalah dan rutin kontrol kehamilan, tidak pernah konsumsi jamu, jamuan, dan tidak memiliki riwayat DM dan Hipertensi.
b. Natal	Ibu pasien mengatakan jika saat melahirkan pasien secara normal di RSUD dr. Soedomo Trenggalek
c. Post natal	Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan, dan saat pemberian ASI dn selalu menjaga kebersihan
5) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan	
a. Pertumbuhan	Ibu pasien mengatakan jika saat lahir BB pasien adalah 2,7 kg dan TB 47 cm, sedangkan saat ini pasien umur 10 bulan mempunyai BB 7,5 kg dan TB 62 cm
b. Perkembangan	Ibu pasien mengatakan pasien sudah bisa tengkurap umur 4 bulan, duduk pada umur 6 bulan, dan pada umur 10 bulan pasien sudah bisa berdiri dan juga sudah tumbuh gigi.
6) Riwayat imunisasi	Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah mendapatkan imunisasi dasar (BCG, Hepatitis

	B, Polio, DPT, Campak).
7) Riwayat pemberian nutrisi	Ibu pasien mengatakan pasien menerima ASI sampai sekarang
8) Riwayat Kesehatan Keluarga	Ibu pasien mengatakan jika dalam keluarganya tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit turunan
Genogram	 Keterangan: □ : Laki-laki ○ : Perempuan ----- : Serumah —— : Garis perkawinan → : Pasien | : Garis keturunan B : Bulan
9) Riwayat Psikososial	Pasien tinggal bersama kedua orangtuanya, hubungan antara anggota keluarga harmonis. Yang mengasuh pasien kedua orangtuanya.
10) Riwayat Sosial Budaya	Ibu pasien mengatakan dalam keluarganya yang beranggota 3 orang tinggal dalam satu rumah, tidak ada anggota yang mempunyai penyakit infeksi saluran pernafasan. Sumber air dari sumur dan membuang sampah dengan cara dibakar di belakang rumah. Tidak ada keluarga yang merokok dalam satu rumah. Dan keluarganya tidak tinggal di lingkungan yang berdebu.
11) Riwayat Spiritual	Ibu pasien mengatakan semua anggota keluarganya menganut agama islam.

4.1.2.3 Pola kebiasaan sehari-hari

Tabel 4.3 Pola Kebiasaan Sehari-hari

Pola Sehari-hari	Di rumah	Di RS
Nutrisi	ASI , makan bubur 3x sehari dengan porsi 1 mangkuk kecil	Ibu pasien mengatakan pasien minum ASI ($\pm$ 350 ml) . Dan sedikit demi sedikit diberikan makanan dari rumah sakit (60 ml) yaitu nasi tim, sayur sop dan telur rebus.
Eliminasi	Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari pada pagi hari BAK pasien lancar 3-4x ganti popok sehari dan tidak ada keluhan.	Ibu pasien mengatakan pasien sejak pindah ruangan belum BAB dan BAK
Istirahat/tidur	Ibu pasien mengatakan pasien tidur dengan mudah mulai jam 9 malam dan bangun pukul 6 pagi. Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sesekali tidur siang 1 jam setiap harinya. Jadi jumlah jam tidur pasien adalah 10 jam	Ibu pasien mengatakan bahwa pasien belum tidur sejak MRS.
Aktivitas	Ibu pasien mengatakan pasien aktif merangkak dan juga berdiri	Pasien berbaring di tempat tidur ditemani ibunya, kebutuhan sehari-hari pasien dibantu ibunya.
Personal Hygiene	Ibu pasien mengatakan pasien mandi 2 x sehari dengan air hangat. Keramas 3x seminggu, dan potong kuku saat kukunya sudah mulai panjang.	Ibu pasien mengatakan pasien belum mandi atau di sibin sejak MRS

4.1.2.4 Pemeriksaan fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien
Keadaan umum	Kesadaran composmentis, k/u lemah, pasien rewel, Terpasang infus KAEN 3B 500 cc/5 jam ditangan sebelah kiri

Tanda-tanda vital	
a. Suhu	38,2°C
b. Nadi	128 x/menit
c. Respiratory Rate	28 x/menit
d. SPO 2	97%
Status gizi	Z-Score = Tinggi badan : 62 cm = Berat badan : 7,5 kg = Umur : 10 bulan = BB/U = 7,5kg / 10 bulan = (7,5 – 9,4)/ (8,1- 9,4) = (-1,9)/(-1,3) = 1,4 (status gizi normal) IMT = 7,5 kg / (0,62 m) ² = 7,5 / 0,3844 m ² = 19,5
Kepala	Bentuk kepala normal, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, kepala bersih, tidak ada luka dan benjolan, ubun – ubun datar. Wajah simetris, warna kulit putih, tampak pucat.
Mata	Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan, mata sedikit cowong.
Telinga	Simetris kanan kiri, tidak ada kelainan, tampak bersih
Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, septumnasi tepat ditengah, tidak ada kelainan.
Mulut	Mukosa bibir kering, tidak sianosis.
Leher	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis
Dada	
a. Paru	Inspeksi Bentuk dada normal chest, tidak ada retraksi interkosta, RR = 28 x/menit Palpasi <i>Vocal fremitus</i> sama getarannya Perkusi Suara paru sonor

b. Jantung

Auskultasi

Suara nafas normal, tidak terdapat suara nafas tambahan. Suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru

Inspeksi

Tidak terdapat pulsasi

Palpasi

Ictus cordis teraba pada ICS V *mid clavikula* kiri.

Perkusi

Bunyi suara jantung pekak

Auskultasi

Bunyi jantung I (lup) dan bunyi jantung II (dup), teratur, tidak ada bunyi tambahan

Perut

Inspeksi

Simetris, tidak ada bekas luka, tidak ada banyangan pembuluh darah.

Auskultasi

Peristaltik usus 20x permenit

Palpasi

Tidak ada benjolan atau massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan

Perkusi

Suara perut terdengar *hipertympani*

Genetalia dan anus

Tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan.

Ekstremitas

Kekuatan otot : $\frac{5}{5}$
5 5

Tidak ada edema, tidak ada luka, tidak ada benjolan, terpasang infus ditangan sebelah kiri.

Integumen

Warna kulit kuning langsung, tampak bersih,

	akral teraba panas, tekstur kulit kering, turgor > 2 detik, CRT < 2 detik
Neurologi	Pasien dapat melihat, membau, mendengar, menelan, mengerakkan bola mata.

4.1.2.5 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan darah lengkap pada 21 Maret 2025

Tabel 4.5 Lab Darah Lengkap

Parameter	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
Hemoglobin	10.1	g/dL	10.7 – 13,1
Lekosit	11.2	$10^3/uL$	6.0 – 17.5
Trombosit	262	$10^3/uL$	217 – 497
Hematokrit	31.1	%	35.0–43.0
Eritrosit	4.25	Juta/uL	3.60 – 5.20
-MCV	73.0	fL	74.0 – 102.0
-MCH	23.7	pg	23.0 – 31.0
-MCHC	32.4	g/dL	28.0 – 32.0
RDW-SD	39.4	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	14.8	%	11.0 – 16.0
PDW	15.7	fL	9.0–17.0
MPV	9.5	fL	8.0– 11.0

4.1.2.6 Pelaksanaan Terapi

Pelaksanaan terapi pada 21 Maret 2025

Tabel 4 6 Pelaksanaan Terapi

TERAPI	An. A
Infus	Infus KAEN 3B 500/24 jam
Injeksi	Injeksi Paracetamol 80 mg Ranitidine HCl 10 mg

	Ondansetron HCl Dihydrate 1 mg
	Diazepam 2,5 mg K/P
Oral	Cefixime 2x 1ctn

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data

No	Analisa Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : Ibu pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit An.A mengalami BAB 6x bentuk cair, warna kuning kecoklatan disertai mual,muntah dan badan panas. .DO : - K/u lemah - Kesadaran composmentis - Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Mata sedikit cowong - TTV : - S : 38,2°C - N :138 x/menit - RR : 28 x/menit - SPO 2 : 97% - Turgor > 2 detik - CRT < 2 detik - BB : 7,5 kg - TB : 62 cm - Intake : - Air metabolisme: 8cc/kgBB/24 jam = 8 x 7,5 = 60 cc - IWL : (30 – usia anak dalam tahun) x BB (kg) = (30 – 0,83) x 7,5 = 29,17 x 7,5 = 218,775 - IWL kenaikan suhu - IWL + 200 (suhu tubuh – 36,8) = 218,775 + 200 (38,2 – 36,8) =418,775 (1,4) = 586,285 - Intake - Air (susu + makan) : 410 ml - Cairan infus : 500 ml <u>Air Metabolisme : 60 ml</u> - Total : 970 ml	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif

	- Output Urine + feses : 900ml <u>IWL : 586,285 ml</u> Total : 1.486,285ml - Balance cairan : intake – output : 970 – 1.486,285 : - 516,285		
2.	DS : Ibu pasien mengatakan suhu tubuh anaknya panas DO: - K/u lemah - Akral teraba panas - TTV : S : 38,2°C N : 138 x/menit RR : 28 x/menit SPO 2 : 97% - Lekosit : $11.2 (10^3/\mu\text{L})$	Hipertermia	Proses penyakit

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Dx. Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	21/04/2025	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif berlebihan dibuktikan dengan : DS : Ibu pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit An.A mengalami BAB 6x bentuk cair, warna kuning kecoklatan disertai mual,muntah dan badan panas DO : - K/u lemah - Kesadaran composmentis - Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Mata sedikit cowong - TTV : - S : 38,2°C - N : 138 x/menit - RR : 28 x/menit - SPO 2 : 97% - Turgor > 2 detik - CRT < 2 detik - BB : 7,5 kg - TB : 62 cm - Intake : - Air metabolisme: 8cc/kgBB/24 jam = 8 x 7,5 = 60 cc - IWL : (30 – usia anak dalam tahun) x BB (kg) = (30 – 0,83) x 7,5 = 29,17 x 7,5 = 218,775 - IWL kenaikan suhu - IWL + 200 (suhu tubuh – 36,8) = 218,775 + 200 (38,2 – 36,8) = 418,775 (1,4) = 586,285 - Intake - Air (susu + makan) : 410 ml - Cairan infus : 500 ml		

		<u>Air Metabolisme : 60 ml</u> <u>Total : 970 ml</u> - Output Urine + feses : 900ml <u>IWL : 586,285 ml</u> Total : 1.486,285ml - Balance cairan : intake – output : 970 – 1.486,285 : - 516,285		
2.	21/04/2025	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit yang dibuktikan dengan : DS : Ibu pasien mengatakan suhu tubuh anaknya panas DO: - K/u lemah - Akral teraba panas - TTV : S : 38,2°C N : 138 x/menit RR : 28 x/menit SPO 2 : 97% - Lekosit : 11.2 (10 ³ /uL)		

4.1.5 Intervensi

Tabel 4.9 Intervensi

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	TTD
1.	21/04/2025	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan dapat dipertahankan dalam batas normal.	1. Asupan cairan meningkat (nilai 5) 2. Kelembapan membran mukosa meningkat (nilai 5) 3. Asupan makan meningkat (nilai 5) 4. Dehidrasi menurun (nilai 5) 5. Tekanan darah membaik (nilai 5) 6. Mata cekung meningkat (nilai 5) 7. Turgor kulit membaik (nilai 5) 8. Berat badan membaik	1. Kaji intake dan output, otot dan observasi frekuensi defekasi, karakteristik, jumlah dan faktor pencetus 2. Kaji tanda – tanda vital 3. Kaji status hidrasi, mata, turgorkulit, dan membran mukosa 4. Catat intake output dan hitungbalans cairan dalam 24 jam 5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan 6. Berikan cairan intravena bila perlu 7. Kolaborasi pemberian cairan parenteral KAEN 3B	1. Menentukan kehilangan dan kebutuhan cairan 2. Menurunkan volume cairan tubuh akan manifestasi penurunan tekanan darah dan meningkatkan nadi 3. Merupakan indikator dari tingkat dehidrasi, atau volume sirkulasi yang adekuat 4. Pendokumentasian yang tepat sangat diperlukan untuk mengetahui perkembangan klien 5. Pengeluaran cairan yang terus menerus terjadi dapat menyebabkan defisit cairan yang bisa berbahaya bagi klien 6. Pemberian cairan lewat vena merupakan salah satu cara pemberian cairan secara cepat 7. Sebagai upaya untuk mengganti cairan yang keluar	

				(nilai 5) 9. Diare berhenti (5)	8. Kolaborasi pemberian obat	bersama feses 8. Membantu proses penyembuhan	
2.	21/04/2025	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal	1) Mengingil menurun (nilai 5) 2) Kulit memerah menurun (nilai 5) 3) Pucat menurun (nilai 5) 4) Takikardi menurun (nilai 5) 5) Takipneu menurun (nilai 5) 6) Suhu tubuh membaik (nilai 5) 7) Suhu kulit membaik (nilai 5) 8) Pengisian kapiler membaik (nilai 5)	1. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Longgarkan atau lepaskan pakaian 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Anjurkan kepada keluarga untuk memakaikan baju yang mudah menyerap keringat 7. Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	1. Mengetahui penyebab terjadinya hipertermia 2. Mengetahui suhu tubuh pasien 3. Pakaian longgar dapat meningkatkan sirkulasi udara pada tubuh klien 4. Hipertermia cenderung meningkatkan output cairan 5. Linen yang basah dapat mengganggu kenyamanan klien 6. Memberikan rasa nyaman dan tidak merangsang terjadinya peningkatan suhu tubuh 7. Pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena sangat diperlukan apabila klien menunjukkan tanda dehidrasi parah	

4.1.6 Implementasi

Tabel 4.10 Implementasi

No	Tanggal/ Jam	No. Dx. Kep	Implementasi	Tanda Tangan
1.	21/04/2025 14.30 14.40 15.00 15.35 15.40	1	1) Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien. Hasil : Ibu pasien percaya dengan perawat 2) Mengobservasi tingkat frekuensi BAB dan BAK pasien. Hasil : Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x dengan konsistensi cair berwarna kuning kecoklatan dan BAK 1x 3) Mengobservasi CRT dan turgor kulit CRT kembali < 2 detik, turgor kulit kembali > 2 detik 4) Mengobservasi tanda dan gejala kekurangan cairan (keadaan umum lemah, mukosa bibir kering). 5) Mengobservasi TTV $S = 38.0^{\circ}\text{C}$ $RR = 30 \text{ x/menit}$ $N = 130 \text{ x/menit}$ $SPO_2 : 97\%$ 6) Mengobservasi intake dan output - Intake : Air metabolisme: $8\text{cc/kgBB}/24 \text{ jam}$ $= 8 \times 7,5$ $= 60 \text{ cc}$ IWL : $(30 - \text{usia anak dalam tahun}) \times \text{BB (kg)}$ $= (30 - 0,83) \times 7,5$ $= 29,17 \times 7,5$ $= 218,775$ IWL kenaikan suhu $\text{IWL} + 200 (\text{suhu tubuh} - 36,8)$ $= 218,775 + 200 (38,0 - 36,8)$ $= 418,775 (1,2)$ $= 502,53$ - Intake Air (susu + makan) : 450 ml Cairan infus : 700 ml <u>Air Metabolisme : 60 ml</u> Total : 1.210ml - Output	

			Urine + feses : 1100 ml <u>IWL : 502,53ml</u> Total : 1.602,53 ml Balance cairan : intake – output : 1.210 – 1.602,53 ml : -392,53 7) Memberikan injeksi Injeksi ondansetron 1mg dan ranitidine 10 mg secara IV 8) Mengganti cairan infus D5 1/5 NS 800/24 jam	
2.	21/04/2025	2	1. Mengobservasi TTV S = 38.2 °C RR = 28 x/menit N = 138 x/menit SPO 2 : 97% 2. Memberikan kompres hangat 3. Memperagakan dan memberikan pengetahuan kepada ibu pasien bagaimana cara memberikan kompres hangat yang baik dan benar 4. Mengganti pakaian pasien yang tipis dan menyerap keringat 5. Memberikan injeksi Injeksi Paracetamol 100 mg secara IV	

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi

No	Tanggal/ Jam	Diagnosa	Evaluasi
1.	21/04/2025 20.30	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif berlebihan	S: Ibu pasien mengatakan anaknya masih diare BAB 2 x dengan konsistensi cair berwarna kuning kecoklatan dan masih lemas O : - K/u lemah - Kesadaran composmentis - Mata masih sedikit cowong - Mukosa bibir kering - CRT < 2 detik - Turgor < 2 detik - Tanda Taanda Vital - S = 38,0°C - RR = 30x/menit - N = 135 x/menit - SPO 2 : 98% - Intake : - Air metabolisme: 8cc/kgBB/24 jam = 8 x 7,5 = 60 cc IWL : (30 – usia anak dalam tahun) x BB (kg) $= (30 - 0,83) \times 7,5$ $= 29,17 \times 7,5$ $= 218,775$ IWL kenaikan suhu $\text{IWL} + 200 (\text{suhu tubuh} - 36,8)$ $= 218,775 + 200 (38,0 - 36,8)$ $= 418,775 (1,2)$ $= 502,53$ - Intake - Air (susu + makan) : 550 ml - Cairan infus : 1.066 ml <u>Air Metabolisme : 60 ml</u> - Total : 1.676 ml

			- Output Urine + feses : 1300ml <u>IWL</u> : 502,53 ml Total : 1.802,53 ml - Balance cairan : intake – output : 1.676 – 1.802,53 : -126,53 A : Masalah Teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi (1,2,3,4,5,8)
2.	21/04/2025 20.30	Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit	S : Ibu pasien mengatakan suhu tubuh anaknya masih panas O : - K/u lemah - Kesadaran composmentis - Akral teraba panas - TTV - S = 38.0 °C - RR = 30 x/menit - N = 135 x/menit - SPO 2 : 98% A : Masalah belum terasi - K/u lemah - Akral teraba panas - S = 38.0 °C P : Lanjutkan Intervensi (2,3,4,5,6)

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.12 Catatan Perkembangan

No	Tgl/ Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	22/04/2025 14.30 14.40 15.00 15.35 15.40	1	1) Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien. Hasil : Ibu pasien percaya dengan perawat 2) Mengobservasi tingkat frekuensi BAB Hasil :ibu pasien mengatakan pasien masih BAB 3x dengan konsistensi cair ada ampas berwarna kuning kecoklatan dan BAK 3x 3) Mengobservasi CRT dan turgor kulit Hasil : CRT kembali < 2 detik, turgor kulit kembali < 2 detik 4) Mengobservasi dan gejala kekurangan cairan (keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, keadaan turgor < 2 detik 5) Mengobservasi TTV S = 37,2 °C RR = 30 x/menit N = 110 x/menit SPO 2 = 96% 6) Mengobservasi intake dan output - Intake : Air metabolisme: 8cc/kgBB/24 jam = 8 x 7,5 = 60 cc IWL : (30 – usia anak dalam tahun) x BB (kg) = (30 – 0,83) x 7,5 = 29,17 x 7,5 = 218,775 - Intake Air (susu + makan) : 400 ml Cairan infus : 600 ml <u>Air Metabolisme : 60 ml</u> Total :1.060ml - Output Urine + feses : 600 ml <u>IWL : 218,775ml</u>	S : ibu pasien mengatakan pasien masih BAB 2 x dengan konsistensi cair ada ampas berwarna kuning dan BAK 2 x O : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - Mata tidak cowong lagi - CRT < 2 detik - Turgor < 2 detik - Mukosa bibir kering - TTV S = 36,9 °C RR = 28 x/menit N = 108 x/menit SPO 2 = 96% - Intake : Air metabolisme: 8cc/kgBB/24 jam = 8 x 7,5 = 60 cc IWL : (30 – usia anak dalam tahun) x BB (kg) = (30 – 0,83) x 7,5 = 29,17 x 7,5 = 218,775 - Intake - Air (susu + makan) : 500 ml Cairan infus : 860 ml <u>Air Metabolisme : 60 ml</u> Total :1.420ml - Output Urine + feses : 1000 ml <u>IWL : 218,775 ml</u> Total :1.218,775ml

	16.10 18.30		Total : 818,775 ml Balance cairan : intake – output : 1.060 – 818,775 : 241,225 7) Memberikan injeksi ranitidine 10 mg dan ondansetron 1mg secara IV 8) Mengganti cairan infus KAEN 3B 800 ml/24 jam	Balance cairan : intake – output : 1.420 – 1.218,775 : 201,225 A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi (1,2,3,4,5,8)
2.	22/04/2025 16.00 16.15 16.20 16.30	2	1) Mengobservasi TTV S = 37,2 °C RR = 30 x/menit N = 110 x/menit SPO 2 = 96% 2) Memberikan kompres hangat 3) Memperagakan dan memberikan pengetahuan kepada ibu pasien bagaimana cara memberikan kompres hangat yang baik dan benar 4) Mengganti pakaian pasien yang tipis dan menyerap keringat	S : Ibu pasien mngatakan suhu tubuh pasien sudah turun O : - K/u lemah - Kesadaran composmentis - Akral teraba hangat - TTV S = 36,9 °C RR = 28 x/menit N = 108 x/menit SPO 2 = 96% A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi
3.	23/04/2025 07.30 07.40 07.50 08.00 08.15 08.30	1	1) Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien. Hasil : Ibu pasien percaya dengan perawat 2) Mengkaji tingkat frekuensi BAB Hasil :ibu pasien mengatakan pasien masih pasien masih BAB 1x dengan konsistensi lembek berwarna kuning 3) Mengobservasi CRT dan turgor kulit Hasil : CRT kembali < 2 detik, turgor kulit kembali < 2 detik 4) Mengobservasi tanda dan gejala kekurangan cairan (keadaan umum cukup, mukosa bibir kering, keadaan turgor. 5) Memberikan injeksi Injeksi ondansetron 1 mg dan ranitide 10 mg secara IV 6) Mengobservasi TTV S = 36,4 °C	S : Ibu pasien mengatakan pasien belum BAB O : - K/U lemah - Kesadaran composmentis - Mata tidak cowong lagi - CRT < 2 detik - Turgor < 2 detik - Mukosa bibir kering - TTV S = 36,6 °C RR = 28 x/menit N = 110 x/menit SPO2 = 97% - Intake : Air metabolisme: 8cc/kgBB/24 jam

			RR = 30 x/menit N = 108 x/menit SPO2 = 97% 7) Mengobservasi intake dan output - Intake : Air metabolisme: 8cc/kgBB/24 jam = 8 x 7,5 = 60 cc IWL : (30 – usia anak dalam tahun) x BB (kg) = (30 – 0,83) x 7,5 = 29,17 x 7,5 = 218,775 - Intake Air (susu + makan) : 250 ml Cairan infus : 400 ml <u>Air Metabolisme : 60 ml</u> Total : 710 ml - Output Urine + feses : 150 ml <u>IWL : 218,775ml</u> Total : 368,775ml - Balance cairan : intake – output : 710 – 368,775 : 341,225 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan (Pasien KRS)	= 8 x 7,5 = 60 cc IWL : (30 – usia anak dalam tahun) x BB (kg) = (30 – 0,83) x 7,5 = 29,17 x 7,5 = 218,775 - Intake Air (susu + makan) : 350 ml Cairan infus : 250 ml <u>Air Metabolisme : 60 ml</u> Total : 710 ml - Output Urine + feses : 150ml <u>IWL : 218,775ml</u> Total : 368,775ml - Balance cairan : intake – output : 710 – 368,775 : 341,225 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan (Pasien KRS)
--	--	--	--	--

4.2 Hasil Analisis fakta dan Teori Asuhan Keperawatan

Tabel 4.13 Hasil Analisa

No	Teori	Fakta	Keterangan
1.	Pengkajian a) Identitas Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit. Orang tua meliputi (nama ayah, nama ibu, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, umur)	Nama An.A, umur 10 bulan, jenis kelamin laki-laki, diagnosa medis diare, dikaji pada tanggal 21 Maret 2025, bersuku Jawa, beragama islam. Ayah Tn.A bekerja sebagai wiraswasta, ibunya Ny.S bekerja sebagai ibu rumah tangga, alamat rumah Sumbergedong, Trenggalek.	Tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta
	b) Keluhan Utama Buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB > 4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB >10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung <14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, sementara apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten (Nursalam, 2005)	Saat MRS : Ibu pasien mengatakan pasien dirumah BAB 6x bentuk cair warna kuning kecoklatan sejak pagi hari disertai mual, muntah, panas dan kejang sejak pukul 07.00 wib tanggal 21 maret 2025 Saat dikaji : Ibu pasien mengatakan sejak pindah ruangan pasien belum BAB badan masih panas, lemas sudah tidak mual, muntah dan kejang.	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori

	c) Riwayat Penyakit Sekarang - Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada kemungkinan timbul diare - Tinja makin cair, mungkin disertai lendir dan darah, warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu. - Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet. - Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare - Gejala dehidrasi mulai tampak bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit. - Terjadi Oliguri (Kurang 1 MI/KgBB/Jam) dan berwarna sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat).	Ibu pasien mengatakan pasien mengalami diare disertai mual, muntah dan badan panas sejak pagi hari pukul 07.00 WIB tanggal 21 Maret 2024. Pada pukul 11.00 WIB pasien tiba-tiba mengalami kejang, kemudian pasien langsung dibawa ke IGD RSUD dr. Soedomo Trenggalek, sampai di IGD pukul 11.20 WIB dengan kondisi pasien lemas, mual, muntah, BAB cair, badan panas tapi sudah tidak kejang. Pasien disarankan untuk rawat inap untuk mendapatkan perawatan, pasien mendapatkan infus RL loading 250 cc/1jam dan ditangan sebelah kiri. Setelah itu pasien dipindah ke ruang Dahlia pukul 13.00 WIB, saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Maret 2025 pukul 13.30, ibu pasien mengatakan pasien sudah mengalami BAB cair 6x selama di rumah berwarna kuning kecoklatan, dan disertai panas, tetapi sudah tidak mual, muntah dan kejang, dengan tanda – tanda vital Nadi : 128x/menit, Suhu : 38,2°C, RR : 28x/menit, SPO2 97% , terpasang infus KAEN 3B 500 ml/24 jam	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	d) Riwayat Penyakit Dahulu Pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotik atau kortikosteroid jangka panjang (perubahan candida albicans dari saprofit menjadi parasit), alergi makanan, ISPA, ISK, OMA campak (Hartoyo, 2022)	Ibu pasien mengatakan pasien sebelumnya belum pernah mengalami diare dan juga kejang	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori

	e) Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal a) Prenatal Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan semester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai Seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin didalam janin. (Purnamawati & Ariawan, 2012) b) Natal Proses persalinan yang tidak normal atau komplikasi selama persalinan dapat meningkatkan risiko anak terkena diare, berat badan bayi saat lahir rendah juga dapat meningkatkan risiko diare (Afifah, 2020) c) Post Natal Kurangnya pemberian ASI eksklusif, lingkungan yang tidak bersih atau kurangnya hygiene, dan kekurangan nutrisi pada anak dapat mempengaruhi sistem imun dan meningkatkan risiko diare (Safitri, 2023)	1) Ibu pasien mengatakan selama kehamilan tidak ada masalah dan rutin kontrol kehamilan, tidak pernah konsumsi jamu,jamuan, dan tidak memiliki riwayat DM dan Hipertensi. 2) Ibu pasien mengatakan jika saat melahirkan pasien secara normal di RSUD dr. SoedomoTrenggalek 3) Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan, dan saat pemebrian ASI dan selalu menjaga kebersihan	Terdapat kesenjangan anantara teori dan fakta.
	f) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan Pada pasien diare biasanya akan mengalami gangguan pertumbuhan pada anak, terutama berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala dan juga mengalami gangguan perkembangan pada anak yaitu	Ibu pasien mengatakan jika saat lahir BB pasien adalah 2,7 kg dan TB 47 cm, sedangkan saat ini pasien umur 10 bulan mempunyai BB 7,5 kg dan TB 62 cm Ibu pasien mengatakan pasien sudah bisa	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori

	pada aspek fisik, kognitif, dan emosional (Sufa et al, 2023)	tengkurap umur 4 bulan, duduk pada umur 6 bulan, dan pada umur 10 bulan pasien sudah bisa berdiri dan juga sudah tumbuh gigi.	
	g) Pola nutrisi Pasien yang menderita diare juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisi di dalam tubuh menjadi berkurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika pasien mengalami muntah atau diare lama, keadaan tersebut menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat menimbulkan komplikasi (Ngastiyah, 2014)..	Ibu pasien mengatakan pasien minum ASI ($\pm$ 350 ml) . Dan sedikit demi sedikit diberikan makanan dari rumah sakit (60 ml) yaitu nasi tim, sayur sop dan telur rebus.	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori
	h) Pola eliminasi Feses encer, frekuensi bervariasi dari 2 sampai 20 perhari, menggambarkan pola fungsi ekskresi. Jika BAB >3 kali sehari dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB > 10 kali dan cair (dehidrasi berat). BAK perlu dikaji untuk output terhadap kehilangan cairan lewat urine (Susilaningrum et.al, 2013).	Ibu pasien mengatakan pasien sejak pindah ruangan belum BAB dan BAK	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.
	i) Pola istirahat Pada bayi dan anak dengan diare kebutuhan istirahat dapat terganggu karena frekuensi diare yang berlebihan, sehingga menjadi rewel (Susilaningrum et.al, 2013)	Ibu pasien mengatakan bahwa pasien belum tidur sejak MRS	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.

j) Pola aktifitas Klien nampak lemah, gelisah sehingga perlu bantuan sekunder untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari.	Pasien berbaring di tempat tidur ditemani ibunya, kebutuhan sehari-hari pasien dibantu ibunya.	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
k) Keadaan umum (1) Baik, sadar (tanpa dehidrasi) (2) Gelisah, rewel (dehidrasi ringan atau sedang) (3) Lesu, lunglai atau tidak sadar (dehidrasi berat)	Kesadaran composmentis, k/u lemah, pasien rewel, Terpasang infus KAEN 3B 500 cc/5 jam ditangan sebelah kiri	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
l) Kepala Ukuran kepala, bentuk, kesimetrisan, fontanel dan sutura cekung, sakit kepala atau pusing	Bentuk kepala normal, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, kepala bersih, tidak ada luka dan benjolan, ubun – ubun datar. Wajah simetris, warna kulit putih, tampak pucat.	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
m) Mata Anak yang diare tanpa dehidrasi, bentuk kelopak matanya normal. Apabila mengalami dehidrasi ringan/sedang, kelopak matanya cekung (cowong). Sedangkan apabila mengalami dehidrasi berat, kelopak matanya sangat cekung.	Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan, mata sedikit cowong.	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
n) Mulut dan lidah (a) Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi) (b) Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan/sedang) (c) Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)	Mukosa bibir kering, tidak sianosis.	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.

	o) Paru Pernafasan anak cepat, lemah dangkal bila dehidrasi berat. Pada dehidrasi ringan dan sedang pernafasan anak normal.	Pernafasan dalam batas normal dengan RR : 28x/menit tidak ada pernapasan cuping hidung, septum nasi tepat ditengah, tidak ada kelainan. Inspeksi Bentuk dada normal chest, tidak ada retraksi interkosta, RR = 28 x/menit Palpasi <i>Vocal fremitus</i> sama getarannya Perkusi Suara paru sonor Auskultasi Suara nafas normal, tidak terdapat suara nafas tambahan. Suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
	p) Jantung Nadi dalam batas normal (80-160x/menit) pada dehidrasi ringan dan sedang, namun pada dehidrasi berat nadi menurun (<80 x/menit). 1) Inspeksi : Bentuk dada pasien (normal chest, barrel chest, pigeon chest) 2) Palpasi : terdapat pembesaran jantung apa tidak 3) Perkusi : suara jantung 4) Auskultasi : suara jantung I lup, suara jantung 2 dup, ada tidaknya suara tambahan.	Inspeksi Tidak terdapat pulsasi, bentuk dada normal chest Palpasi <i>Ictus cordis</i> teraba pada ICS V <i>mid clavikula</i> kiri. Perkusi Bunyi suara jantung pekak Auskultasi Bunyi jantung I (lup) dan bunyi jantung II (dup), teratur, tidak ada bunyi tambahan	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.

	q) Sistem integument Warna kulit pucat, turgor menurun >2 detik, suhu meningkat kurang 37°C, akral hangat, akral dingin (waspada syok), capillary refill time memanjang >2 detik, kemerahan pada daerah perianal.	Warna kulit kuning langsung, tampak bersih, akral teraba panas, tekstur kulit kering, turgor > 2 detik, CRT < 2 detik, tidak kemerahan pada daerah penrianal	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta																																																
	r) Abdomen Kemungkinan mengalami distensi, kram, dan bising usus meningkat.	Inspeksi Simetris, tidak ada bekas luka, tidak ada banyangan pembuluh darah. Auskultasi Peristaltik usus 20x permenit Palpasi Tidak ada benjolan atau massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan Perkusi Suara perut terdengar <i>hipertympani</i>	Tidak ditemukan kesenjangan anantara teori dan fakta.																																																
	s) Pemeriksaan penunjang a. Darah lengkap (leukosit meningkat, Hb) b. Pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (juga dengan pemberian infuse RL/iv yang masih terdapat asidosis) c. Kadar ureum meningkat (untuk mengetahui adanya gangguan faal ginjal) d. Feses kultur : Bakteri, virus, parasit, candida e. Serum elektrolit : Hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi f. AGD : asidosis metabolic (Ph menurun, pO2 meningkat, pCO2 meningkat, HCO3 menurun) g. Radiologi : mungkin ditemukan bronchopnemoni	<table><tr><td>Hemoglobin</td><td>10.1</td><td>g/dL</td><td>10.7 – 13,1</td></tr><tr><td>Lekosit</td><td>11.2</td><td>10^3/UL</td><td>6.0 – 17.5</td></tr><tr><td>Trombosit</td><td>262</td><td>10^3/UL</td><td>217 – 497</td></tr><tr><td>Hematokrit</td><td>31.1</td><td>%</td><td>35.0–43.0</td></tr><tr><td>Eritrosit</td><td>4.25</td><td>Juta/UL</td><td>3.60 – 5.20</td></tr><tr><td>MCV</td><td>73.0</td><td>fl</td><td>74.0 – 102.0</td></tr><tr><td>MCH</td><td>23.7</td><td>pg</td><td>23.0 – 31.0</td></tr><tr><td>MCHC</td><td>32.4</td><td>g/dL</td><td>28.0 – 32.0</td></tr><tr><td>RDW-SD</td><td>39.4</td><td>fL</td><td>37.0 – 54.0</td></tr><tr><td>RDW-CV</td><td>14.8</td><td>%</td><td>11.0 – 16.0</td></tr><tr><td>PDW</td><td>15.7</td><td>fL</td><td>9.0–17.0</td></tr><tr><td>MPV</td><td>9.5</td><td>fL</td><td>8.0– 11.0</td></tr></table>	Hemoglobin	10.1	g/dL	10.7 – 13,1	Lekosit	11.2	10^3/UL	6.0 – 17.5	Trombosit	262	10^3/UL	217 – 497	Hematokrit	31.1	%	35.0–43.0	Eritrosit	4.25	Juta/UL	3.60 – 5.20	MCV	73.0	fl	74.0 – 102.0	MCH	23.7	pg	23.0 – 31.0	MCHC	32.4	g/dL	28.0 – 32.0	RDW-SD	39.4	fL	37.0 – 54.0	RDW-CV	14.8	%	11.0 – 16.0	PDW	15.7	fL	9.0–17.0	MPV	9.5	fL	8.0– 11.0	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
Hemoglobin	10.1	g/dL	10.7 – 13,1																																																
Lekosit	11.2	10^3/UL	6.0 – 17.5																																																
Trombosit	262	10^3/UL	217 – 497																																																
Hematokrit	31.1	%	35.0–43.0																																																
Eritrosit	4.25	Juta/UL	3.60 – 5.20																																																
MCV	73.0	fl	74.0 – 102.0																																																
MCH	23.7	pg	23.0 – 31.0																																																
MCHC	32.4	g/dL	28.0 – 32.0																																																
RDW-SD	39.4	fL	37.0 – 54.0																																																
RDW-CV	14.8	%	11.0 – 16.0																																																
PDW	15.7	fL	9.0–17.0																																																
MPV	9.5	fL	8.0– 11.0																																																

3.	Diagnosa Keperawatan 1. Defisit nutrisi 2. Hipovolemia 3. Gangguan integritas kulit 4. Hipertermia 5. Ansietas 6. Resiko syok hipovolemik	1. Hipovolemia 2. Hipertermia	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
4.	Intervensi Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnose keperawatan, rencana keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi sebagaimana disebutkan sebelumnya, rencana keperawatan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan pada pasien.	Intervensi yang dituliskan sesuai dengan SIKI	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
5.	Implementasi Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015).	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
6.	Evaluasi Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.	Disusun dalam catatan perkembangan dalam bentuk SOAP, dilaksanakan selama 3 hari dengan kriteria hasil yang sudah sesuai dengan yang telah ditentukan sebelumnya	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

	Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen,yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk. SOAP (<i>Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning</i>) 1. <i>Subyektif</i> : Keluhan klien (apa yang dikatakan oleh klien, keluarga klien, dan orang terdekat klien). 2. <i>Obyektif</i> : Semua sesuatu yang bisa dilihat,diraba,dicium dan diukur oleh perawat. 3. <i>Assesment</i> : Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat atas kondisi klien. 4. <i>Planning</i> : Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.	
--	---	--

4.3 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 21 Maret sampai 23 Maret 2025 dengan pasien An.A yang berumur 10 bulan dengan diare yang dirawat di Ruang Dahlia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek, didapatkan hasil sebagai berikut :

4.3.1 Pengkajian

1. Keluhan Utama

Pada saat pengkajian dengan metode wawancara dengan ibu An. A didapatkan data bahwa selama sejak pindah ruangan pasien belum BAB badan masih panas, lemas dan sudah tidak kejang.

Menurut (Nursalam, 2005) mengatakan bahwa pasien diare mengalami buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB > 4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB >10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung <14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, sementara apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten .

Peneliti berasumsi bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan fakta karena pada saat pengkajian pasien tidak BAB, hal tersebut bisa terjadi karena pasien sudah mendapat penanganan yang sesuai yaitu loading cairan infus RL 500/2jam, KAEN 3B 500/24 jam, terapi obat iv ranitidine 10 mg, ondansetron 1 mg, paracetamol 100 mg dan obat oral cefixime 1ct

2. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada saat pengkajian dengan metode wawancara dengan ibu An. A di dapatkan data bahwa pasien sebelumnya belum pernah mengalami diare.

Menurut teori (Hartoyo, 2022) pada pasien diare pasien bisanya pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotik atau kortikosteoroid jangka panjang (perubahan candida albiciaus dari saprofit menjadi parasit), alergi makanan, ISPA,ISK,OMA campak.

Dari uraian tersebut peneliti berasumsi bahwa pada riwayat penyakit dahulu terdapat kesenjangan antara teori dan fakta karena tidak semua pasien diare pernah mengalami diare sebelumnya, hal tersebut bisa terjadi karena sebelumnya pasien sering mengonsumsi air dari sumber air sumur yang kurang higienis yang pada akhirnya bisa menyebabkan diare .

3. Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal

Pada saat pengkajian dengan metode wawancara dengan ibu An. A di dapatkan data bahwa ibu pasien mengatakan selama kehamilan tidak ada masalah dan rutin kontrol kehamilan, tidak pernah konsumsi jamu-jamuan, dan tidak memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi. Ibu pasien mengatakan jika saat melahirkan secara normal di RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan, saat pemberian ASI dan selalu menjaga kebersihan

Menurut teori (Purnamawati & Ariawan, 2012) pada pasien diare biasanya ibu pasien saat masa kehamilan sering mengonsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan trimester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin didalam janin. Menurut teori (Afifah, 2020) pada saat proses persalinan yang tidak normal atau komplikasi selama persalinan dapat meningkatkan risiko anak terkena diare, berat badan bayi saat lahir rendah juga dapat meningkatkan risiko diare. Menurut teori (Safitri, 2023) kurangnya pemberian ASI eksklusif, lingkungan yang tidak bersih atau kurangnya hygiene, dan kekurangan nutrisi pada anak dapat mempengaruhi sistem imun dan meningkatkan risiko diare.

Dari uraian diatas peneliti berasumsi bahwa pada riwayat prenatal, natal, postnatal terdapat kesenjangan antara teori dan fakta hal tersebut bisa terjadi karena selama prenatal ibu pasien sering kontrol dan tidak pernah minum jamu-jamuan, meskipun selama kehamilan ibu pasien sering minum jamu-jamuan hal tersebut hanya menjadi penyebab diare pada bayi yang baru dilahirkan dan tidak mempengaruhi pada anak usia 10 tahun. Pada saat natal ibu pasien melahirkan secara normal, meskipun ibu pasien melahirkan secara tidak normal, hal tersebut hanya menjadi penyebab diare pada anak setelah persalinan sampai beberapa hari setelah persalinan. Pada riwayat postnatal ibu

pasien tidak ada masalah setelah melahirkan ataupun saat pemberian asi, mekipun asupan asi ibu pasien kurang cukup hal tersebut hanya menjadi penyebab diare pada bayi setelah dilahirkan sampai asupan asi bayi terpenuhi dan tidak mempengaruhi sampai anak usia 10 bulan.

4. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pada saat pengkajian dengan metode wawancara dengan ibu An. A di dapatkan data bahwa Ibu pasien mengatakan jika saat lahir BB pasien adalah 2,7 kg dan TB 47 cm, sedangkan saat ini pasien umur 10 bulan mempunyai BB 7,5 kg dan TB 62 cm. Ibu pasien mengatakan pasien sudah bisa tengkurap umur 4 bulan, duduk pada umur 6 bulan, dan pada umur 10 bulan pasien sudah bisa berdiri dan juga sudah tumbuh gigi.

Menurut (Sufa et al, 2023) pada pasien diare biasanya akan mengalami gangguan pertumbuhan pada anak, terutama berat badan, tinggi badan, lingkar kepala dan juga mengalami gangguan perkembangan pada anak yaitu pada aspek fisik, kognitif, dan emosional.

Pada uraian diatas peneliti berasumsi bahwa pada riwayat pertumbuhan dan perkembangan terdapat kesenjangan antara teori dan fakta karena pasien tidak mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan hal tersebut bisa terjadi karena pasien waktu mengalami diare segera dibawa ke rumah sakit dan segera mendapatkan penanganan yang sesuai yaitu loading cairan infus

RL 500/2jam, KAEN 3B 500/24 jam, terapi obat iv ranitidine 10 mg, ondansetron 1 mg, paracetamol 100 mg dan obat oral cefixime 1 cth sehingga diare segera teratasi dan tidak mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

5. Pola Nutrisi

Pada saat pengkajian dengan metode wawancara dengan ibu An. A didapatkan data bahwa pasien masih mau minum ASI ($\pm$ 350 ml) . Dan sedikit demi sedikit diberikan makanan dari rumah sakit (60 ml) . Pasien juga sudah tidak mual muntah. Hasil dari status gizi pasien berdasarkan BB/U masih dalam kategori gizi baik. Pasien juga tidak mengalami penurunan BB.

Menurut teori (Ngastiyah, 2014) mengatakan bahwa pasien yang menderita diare juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisi di dalam tubuh menjadi berkurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika pasien mengalami muntah atau diare lama, keadaan tersebut menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat menimbulkan komplikasi.

Pada uraian diatas peneliti berasumsi terdapat kesenjangan antara teori dan fakta karena saat pengkajian pasien tidak mengalami mual muntah karena pasien telah dirawat di rumah sakit dan telah mendapat penanganan yang sesuai dan peran keluarga juga baik dalam pemberian asupan nutrisi sehingga pasien tidak mengalami keluhan mual muntah, nafsu makan

pasien juga mulai membaik, dan pasien tidak mengalami penurunan berat badan.

6. Pola eliminasi

Pada saat pengkajian dengan metode wawancara dengan ibu An. A didapatkan data bahwa pasien sejak pindah ruangan belum BAB

Menurut teori (Susilaningrum et.al, 2013) mengatakan bahwa Feses encer, frekuensi bervariasi dari 2 sampai 20 perhari, menggambarkan pola fungsi ekskresi. Jika BAB >3 kali sehari dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB > 10 kali dan cair (dehidrasi berat). BAK perlu dikaji untuk output terhadap kehilangan cairan lewat urine.

Dari uraian diatas peneliti berasumsi bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan fakta karena pada saat pengkajian pasien tidak BAB, hal tersebut bisa terjadi karena pasien sudah mendapat penanganan yang sesuai yaitu loading cairan infus RL 500/2jam, KAEN 3B 500/24 jam, terapi obat iv ranitidine 10 mg, ondansetron 1 mg, paracetamol 100 mg dan obat oral cefixime 1cth

7. Sistem integument

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa pada pemeriksaan sistem integument genetalia dan anus tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan.

Menurut teori (Nursalam, 2005) mengatakan bahwa pada anus dan daerah sekitarnya akan timbul lecet dan kemerahan karena sering defekasi.

Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa kesenjangan ini bisa terjadi karena setelah buang air besar oleh keluarga, pasien segera diganti popok dan daerah anal dibersihkan sampai bersih menggunakan sabun sehingga tidak sampai terjadi kemerahan pada daerah anal.

4.3.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa tidak semua diagnosa muncul pada pasien. Diagnosa yang muncul pada pasien yaitu hipovolemia dan hipertermia

Sedangkan menurut (Mardalena,I. 2018) diagnosa yang muncul pada pasien diare adalah defisit nutrisi, hipovolemia, gangguan integritas kulit, hipertermia, ansietas, resiko syok hipovolemik,

Peneliti berpendapat bahwa pada diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Hal tersebut dikarenakan pada saat penelitian tidak semua diagnosa yang ada di teori muncul pada pasien. Sehingga peneliti merumuskan 2 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan keluhan yang dialami pasien pada saat dilakukan penelitian yaitu hipovolemia dan hipertermi. Diagnosa defisit nutrisi tidak muncul karena pasien

sudah tidak mual, muntah, dan pasien sudah minum ASI ($\pm$ 350 ml) dan sedikit demi sedikit diberikan makanan dari rumah sakit (60 ml) yaitu nasi tim, sayur sop dan telur rebus. Diagnosa gangguan integritas kulit tidak muncul karena pada pemeriksaan sistem integument genetalia dan anus tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan. Diagnosa ansietas tidak muncul karena pasien tidak menangis dan berbaring di atas bed ditemani ibunya. Diagnosa syok hipovolemia tidak muncul karena pasien sudah tidak sering BAB.

4.3.3 Intervensi

Intervensi yang disusun ada beberapa yang sesuai dengan teori yang didapat dan disusun berdasarkan sumber pustaka (SIKI, 2018) dan ada beberapa yang sesuai dengan diagnosa yang muncul pada pasien.

Dalam penelitian ini, intervensi diambil dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018). Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan, rencana keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi sebagaimana disebutkan sebelumnya, rencana keperawatan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan pada pasien

Dari uraian diatas peneliti berasumsi tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta karena intervensi disusun dengan

menyesuaikan kebutuhan dan kondisi yang terjadi pada pasien dan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur di ruang Dahlia.

4.3.4 Implementasi

Setelah melakukan perencanaan, implementasi dilakukan selama 3 hari pada An. A yaitu pada tanggal 21 Maret 2025 sampai dengan 23 Maret 2025 Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi

Menurut (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015) implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru

Pada saat penelitian tidak semua intervensi keperawatan akan dilakukan tindakan keperawatan karena disesuaikan dengan jadwal Rumah Sakit dan perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan kesehatan yang lain.

4.3.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP. Peneliti melaksanakan evaluasi

selama tiga hari dengan kriteria hasil sesuai dengan yang telah ditentukan.

Menurut teori (Khomsiyah,2020) evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang mengacu pada penilaian, tahapan, dan pernaikan. Pada tahap ini, perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal, selain itu perawat dapat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan..

Dari uraian diatas peneliti berasumsi tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta hal ini dibuktikan saat melakukan evaluasi peneliti menemukan bahwa klien sudah tidak BAB berlebih lagi, kebutuhan cairan elektrolit mulai terpenuhi dan suhu tubuh kembali normal.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang dilakukan pada tanggal 21 Maret 2025 sampai dengan 23 Maret 2025 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data pada pengkajian terdapat kesenjangan yang meliputi keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat prenatal, natal, postnatal, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, pola nutrisi pasien, pola eliminasi dan sistem integument.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 2 diagnosa, yaitu hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.

5.1.3 Intervensi

Dari rencana tindakan atau intervensi yang sudah disusun, tidak semua intervensi dari teori dapat diterapkan dan dilaksanakan pada pasien. Pelaksanaan intervensi keperawatan juga disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di lahan tempat penelitian.

5.1.4 Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun peneliti. Dalam pelaksanaannya pada pasien tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan karena implementasi yang dilaksanakan menyesuaikan dengan kondisi pasien serta standar yang ada di lahan penelitian.

5.1.5 Evaluasi

Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien selama 3 hari sampai masalah teratasi dan pasien diperbolehkan pulang. Masalah yang sudah teratasi yaitu frekuensi BAB yang kembali normal, kebutuhan cairan dan elektrolit mulai terpenuhi dengan dilakukannya tindakan keperawatan diantaranya mengkaji tingkat frekuensi BAB pasien, mengobservasi tanda dan gejala kekurangan cairan, mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi intake dan output, dan memberikan injeksi sesuai *advice* dokter. Masalah lain yang sudah teratasi adalah suhu tubuh pasien kembali normal dengan dilakukannya tindakan keperawatan diantaranya yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, memberikan kompres air hangat dan melakukan edukasi kepada keluarga pasien cara kompres yang benar, mengganti pakaian pasien dengan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, juga memberikan injeksi sesuai *advice* dokter.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Dahlia RSUD dr.Soedomo Trenggalek diharapkan agar lebih meningkatkan mutu pelayanan serta melaksanakan tindakan mandiri perawat yang tepat. Tindakan mandiri perawat diharapkan mampu memberikan perubahan yaing baik terutama pasien diare dengan cara memberikan asuhan keperawatan sehingga mampu meningkatkan status kesehatan pasien. Selain memberikan asuhan keperawatan, seharusnya juga memberikan penyuluhan tentang perawatan pada pasien diare setelah di bolehkan pulang dari rumah sakit. Dengan demikian di harapkan mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi dan juga mempercepat proses penyembuhan.

5.2.2 Bagi Penulis

Dari hasil penelitian ini di harapkan peneliti dapat melakukan penelitian yang lebih baik lagi dengan metode atau dengan penelitian yang berbeda untuk menambah pengalaman dalam penelitian.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Dari hasil penelitian ini dapat dijadikan panduan dalam melakukan penelitian selanjutnya, dengan menggunakan design penelitian yang berbeda.

5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan khususnya bagi pendidikan keperawatan. Dan sebagai bahan kepustakaan untuk mahasiswa dalam penelitian selanjutnya, agar dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien diare dengan lebih baik lagi.

5.2.5 Bagi Pasien

Dari hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan serta informasi dalam perawatan pada pasien diare dan dapat dipraktekan langsung di kehidupan sehari – hari.

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>
- Afifah, I. (2020). Hubungan Usia Ibu dan Paritas dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di RS Muhammadiyah Surabaya. Universitas Muhammadiyah Surabaya.
- Ani, N. (2012). *Perawatan Anak Sakit Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan dan Praktek (Edisi Revisi VI)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmadi, N. S. (2008). *Konsep dasar keperawatan*. Egc.
- Depkes RI. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*. Diunduh dari: http://www.depkes.go.id/downloads/PROFIL_KESEHATAN_INDONESIA_2010.pdf.
- Departemen Kesehatan RI, 2011, *Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare Pada Balita*, Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. https://www.academia.edu/31714576/Buku_panduan_sosialisasi_tata_laksana_diare_balita
- Hartoyo, M., Musiana, N., Handayani, R. S., & Kep, M. (2022). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah S1 Keperawatan Jilid II*. Mahakarya Citra Utama Group.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, Aziz Alimul A. 2008. *Pengantar Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta 12160 Jakarta : Salemba Medika
- Ibrahim, I., Sartika, R. A. D., & Permatasari, T. A. E. (2021). Faktor-Faktor yang

- Berhubungan dengan Kejadian Diare pada Siswa Sekolah Dasar di Kabupaten Lebak, Provinsi Banten, Indonesia. *Gizi Kesehatan Masyarakat*, 2(1), 34.
- Irianto, K. (2012). *Mikrobiologi Menguk Dunia Mikroorganisme* (Jilid 1, C). Bandung: Yrama Widya.
- Luthfiana, N., & Utami, N. (2016). Faktor-faktor yang memengaruhi kejadian diare pada anak. *Medical Journal of Lampung University*, 5(4), 101.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*, Kementrian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kemenkes, R. (2022). RENCANA AKSI PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TAHUN 2020-2024. Retrieved from <http://p2p.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2023/03/Revisi-RAP-Ditjen-P2P-Tahun-2020-2024.pdf>
- Kristanto, V. H. (2018). Metodologi Penelitian Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah:(KTI).
- Mahyar Suara, dkk. (201). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta. Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT).
- Mardalena, I., 2018. *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Marilynn E. Doenges. (2014). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Jakarta: EGC
- Maryam, S. (2017). Strategi coping: Teori dan sumberdayanya. *Jurnal Konseling Andi Matappa*, 1(2), 101–107.
- Mubarak, Wahid Iqbal et al, (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 1*. Ngastiyah. 2014. *Perawatan anak sakit edisi 2*. Jakarta : EGC
- Nursalam. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk Perawat dan Bidan)*. Jakarta : Salemba Medika

- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (4th ed). Jakarta : Salemba Medika.
- Oktavianisya, N., Yasin, Z., & Aliftitah, S. (2023). Kejadian Diare pada Balita dan Faktor Risikonya. *Jurnal Ilmiah STIKES Yarsi Mataram*, 13(2), 66.
- PPNI, T. P, (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik ((cetakan III) 1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P, (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan ((cetakan II) 1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P, (2019). *Stadar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan ((cetakan II) 1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI
- Prawati, D. D., & Haqi, D. N. (2019). AKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN DIARE DI TAMBAK SARI, KOTA SURABAYA. *Jurnal Promosi Kesehatan Dan Pendidikan Kesehatan Indonesia*, 7(1), 34.
- Purnamawati, D., & Ariawan, I. (2012). Konsumsi Jamu Ibu Hamil sebagai Faktor Risiko AsfiksiaBayi Baru Lahir. *Kesmas*, 6(6), 267–272.
- Ribek, N., Labir, I. K., & Santos, M. Dos. (2020). Gambaran Perawatan Anak Diare Di Puskesmas Provinsi Bali. *Jurnal Gema Keperawatan*, 13(1), 27–34.
- Safitri, R. S. (2023). HUBUNGAN ANTARA PEMBERIAN ASI EKSLUSIF DENGAN KEJADIAN DIARE Studi Observasional Di Puskesmas Bangetayu. Universitas Islam Sultan Agung Semarang
- Sufa, F. F., Sutarwan, H. A., Safitri, N. N., Kusuma, R. M., Weni, P. W. P., Amelia, T., ... Silvi, I. C. (2023). *Mengenal Deteksi Tumbuh Kembang Anak Usia Dini*. Unisri Press.
- Sugiyono, (2007). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. 2018. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sukarmin, S. R. (2009). Asuhan keperawatan pada anak. *Yogyakarta: Graha Ilmu*, 56.

- Susilaningrum, R., & Utami, S. (2013). Asuhan keperawatan bayi dan anak. *Jakarta: Salemba Medika.*
- Tarwoto, & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.* Jakarta
- Wahyuni, Winda. 2016. Hubungan Perilaku Pengasuhan Balita Terhadap Terjadinya Diare Akut pada Balita di Kecamatan Delitua Tahun 2014. Skripsi:Universitas Sumatra Utara.
- Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik edisi 6.* Jakarta: EGC
- World Health Organization (WHO). Diarrhoeal Disease 2017. (diakses 24 Okt 2020). Diunduh dari URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
- WHO (2022). Child mortality (under 5 years). World Health Organization. 2022. <https://www.who.int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Levels-And-Trends-In-Child-Under-5-Mortality-In-2020>.

Lampiran 1 Lembar Persetujuan

**LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONCENT)**

Nama saya Obi Dwi Anggara Saya adalah mahasiswa Progam Studi D3 Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Diare Di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek,

2025


(.....Sri Utami.....)

Lampiran 2



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 (0341) 566075
<https://poltekkes.malang.ac.id>

Trenggalek, 26 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/112/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : OBI DWI ANGGARA

NIM : P17240223050

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Anak Dengan Penyakit Diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d Maret 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu. Dahlia

3. Peneliti.

Lampiran 3



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
 Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
 Email : rsudrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
 TRENGGALEK 66312

Nomor : 000.9/ 122 /406.010.001/18.00/2025
 Lampiran : -
 Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
 Poltekkes Kemenkes Malang
 di
TRENGGALEK

Trenggalek, 14 Maret 2025

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/112/2025 tanggal 26 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama	: OBI DWI ANGGARA
NIM	: P17240223050
Program Studi	: D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal	: Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Diare di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek**". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kabid Pengembangan dan Pengendalian

SUJONO, SST., M.Kes
 Pembina
 NIP. 19741020199003 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
3. Sdr. Ka.
- RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
4. Sdr. Peneliti
5. Arsip

Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan Anak

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK



DISUSUN OLEH :

NAMA : _____

NIM : _____

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D3 KEPERAWATAN KAMPUS KAB. TRENGGALEK
TRENGGALEK**



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792

Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

A. PENGKAJIAN

01. Biodata pasien :

 - a. Nama :
 - b. Umur :
 - c. Jenis kelamin :
 - d. Dx. Medis :
 - e. Reg :
 - f. Tgl pengkajian :

02. Biodata keluarga :

 1. Nama ayah :

 - a. Umur :
 - b. Agama :
 - c. Pendidikan :
 - d. Pekerjaan :
 - e. Suku bangsa :
 - f. Alamat :

 2. Nama ibu :

 - a. Umur :
 - b. Agama :
 - c. Pendidikan :
 - d. Pekerjaan :
 - e. Suku bangsa :

f. Alamat :

3. Keluhan utama :

a. Saat MRS :

b. Saat dikaji :

4. Riwayat penyakit sekarang :

.....

.....

.....

.....

.....

5. Riwayat kesehatan yang lalu :

.....

.....

.....

.....

.....

6. Riwayat kehamilan dan persalinan :

a.

Prenatal :

.....

.....

.....

.....

.....

b. Natal :

.....

.....

.....

c. Post Natal :

.....

.....

.....

7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan :

a. Pertumbuhan :

..

.....

..

.....

..

.....

..

.....

....

b. Perkembangan :

..

.....

..

.....

..

.....

..

.....

.

8. Riwayat

imunisasi :

.....

.....

.....

.....

9. Riwayat pemberian nutrisi :

.....

.....

10. Riwayat kesehatan keluarga:

.....

.....

.....

Genogram :

11. Riwayat psikososial :

.....

.....

12. Riwayat sosial budaya :

.....

.....

13. Riwayat spiritual :

.....

.....

14. Pola kebiasaan sehari – hari :

No.	Pola sehari – hari	Di rumah	Di RS
1.	Nutrisi	.....	.....
			
			
			
2.	Eliminasi	.....	.....
			
			
			
3.	Istirahat / tidur	.....	.....
			
			

4.	Aktivitas	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
5.	Personal hygiene	..... ..... .....	..... ..... .....

Pemeriksaan Fisik :

1. Keadaan umum
.....
.....
.....
2. Tanda – tanda vital
.....
.....
.....
3. Status gizi
.....
.....
.....
4. Kepala
.....
.....

-
5. Mata
-
-
-
6. Telinga
-
-
-
7. Hidung
-
-
-
8. Mulut
-
-
-
9. Leher
-
10. Dada
- Paru :
- a. Inspeksi
-
-
- b. Palpasi

-
-
- c. Perkusi
-
-
- d. Auskultasi
-
-

Jantung :

- a. Inspeksi
-
-
- b. Palpasi
-
-
- c. Perkusi
-
-
- d. Auskultasi
-
-

11. Perut

- a. Inspeksi
-
-

b. Auskultasi
.....
.....

c. Palpasi
.....
.....

d. Perkusi
.....
.....

12. Genetalia dan anus
.....
.....
.....

13. Ekstremitas
.....
.....
.....

14. Integumen
.....
.....

15. Neurologi
.....

.....
.....
.....

Pemeriksaan penunjang:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Penatalaksanaan terapi :

.....
.....
.....
.....

Trenggalek,

ANALISA DATA

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan Berdasarkan SDKI	Tgl Teratasi	Tanda Tangan

INTERVENSI

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan kriteria hasil berdasarkan SLKI	Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI	Rasionalisasi	Tanda Tangan

IMPLEMENTASI

No.	Tanggal /Jam	No. Dx. Kep.	Implementasi	Tanda Tangan

EVALUASI

NO.	Tanggal / Jam	Diagnosa	Evaluasi

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tgl / Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Obi Dwi Anggara

NIM : P17240223050

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Diare Di Ruang Dahlia Rsud Dr.Soedomo Trenggalek

Nama Pembimbing : Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Tanda Tangan
1.	20/01/2025	Konsultasi Tema Proposal Penelitian	
2.	21/01/2025	1. Acc judul 2. Konsultasi alinea 1 3. Revisi alinea 1 bab 1 - Tambahkan kata : Dehidrasi sebagai dampak diare - Tambah konsep penting askep dalam mengatasi diare pada anak	
3.	23/01/2025	1. Revisi alinea 1 bab 1 - Tambahkan kalimat penguat kenapa askep penting 2. Revisi alinea 2 bab 1 - Tuliskan angka ini berapa? - Kematian karena apa? jelaskan - Kapan kadinkes menyampaikan hal ini dan pada momen apa? sumber dari mana?	
4.	24/01/2025	1. Lanjut alinea 3 2. Revisi alinea 3 bab 1 - Tuliskan faktor penyebab diare sebetulnya apa saja, bukan ditulis 1 per 1, setelah tertulis	

		keseluruhan factor baru dijelaskan - Sebelum dampak tuliskan dulu proses masuknya kuman sampai timbul penyakit dan termasuk dampak yang ditimbulkan	
5.	27/01/2025	1. Revisi alinea 4 bab 1 - Jelaskan dulu penataklaksanaan diare ada 2 yaitu secara farmakologi dan non farmakologi - Tanda bacanya kurang sesuai.	
6.	28/01/2025	1. Tuliskan definisi batasan masalah 2. Dibatasi dengan klien yang bagaimana? 3. Tambahkan tujuan mengetahui kesenjangan teori dan fakta	
7.	29/01/2025	1. Disempurnakan dulu	
8.	30/01/2025	1. Acc bab 1 2. Lanjut bab 2	
9.	31/01/2025	1. Manifestasi sesuai dengan klasifikasi 2. Kerangka konsep disempurnakan 3. Penatalaksanaan dibedakan secara farmakologi dan non farmakologi	
10.	04/02/2025	1. Dilengkapi rehidrasi secara oral dan parental	
11.	06/02/2025	1. Lanjut askep 2. Acc bab 2 3. Lanjut bab 3	

12.	10/02/2025	1. Bab 3 Prolok 2. Desain penelitian dirinci	
13.	12/02/2025	1. Desain penelitian dirinci 2. Tuliskan definisi penelitian	
14.	13/02/2025	1. Batasan istilah dirinci	
15.	14/02/2025	2. Acc ujian proposal	
16.	16/04/2025	1. Bab 4 - Gambaran lokasi penelitian - Tanggal MRS + jam - Riwayat pengkajian sesuai data yang dikaji - Jenis makanan di RS - Pola istirahat tidur sesuai pengkajian - Masalah keperawatan sesuai SDKI - Tambahkan hasil lab	
17.	21/04/2025	1. Lanjut pembahasan	
18.	23/04/2025	1. Revisi pembahsan 2. Lengkapi komponen askep	
19.	28/04/2025	1. Revisi sesuai saran	
20.	29/04/2025	1. Revisi pembahasan	

21.	30/04/2025	1. Revisi pembahsan riwayat penyakit dahulu 2. Revisi pembahsan riwayat post natal, natal, prenatal 3. Lanjut bab 5 dan abstrak	
22.	02/05/2025	1. Acc 2. Lanjut Semhas	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Obi Dwi Anggara
NIM : P17240223050
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Diare
Di Ruang Dahlia Rsud Dr.Soedomo Trenggalek
Nama Pembimbing : Awan Hariyanto, S.Kep.Ns., M.Kes

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Tanda Tangan
1.	13/02/2025	1. Revisi sempro 2. Cek kembali pustaka yang digunakan dari bab 1,2,3 sesuai daftar pustaka 3. Print asli bukan print copy	
2.	19/02/2025	1. Lengkapi daftar pustaka	
3.	24/02/2025	1. ACC	
4.	16/05/2025	1. Revisi semhas 2. Abstrak sesuai betuknya dengan juknis	
5.	21/05/2025	1. Lihat juknis terbaru (abstrak) bentuknya disesuaikan	
6.	22/05/2025	1. ACC KTI	

PJM.Form.KTI.Kep.03.02. 2023

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : OBI DWI ANGGARA
 NIM : 1122 9022 3050
 Nama Pembimbing : NG RAHAYU NININGSIH, S.KED, M.KES.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
	27 Februari 2024	Revisi Alenia 3 1. Tuliskan dulu Faktor Penyebab diare sebelumnya apa saja. Bukan ditulis 1 per 1. Setelah tertulis keseluruhan faktor baru dijelaskan. 2. Sebelum dampak tuliskan dulu proses masuknya kuman sampai HMAU penyakit dan termasuk dampak yg ditimbulkan	
	04 Maret 2024	Revisi Alenia 4 1. Jelaskan dulu cakupan penatalaksanaan diare ada 2 yaitu Farmakologi dan non farmakologi Yang termasuk Farmakologi... Non Farmakologi... Dihubungkan dgn Peran Perawat. Tanda bacanya tidak sesuai. kalimat panjang ini dimana berhentinya? 2. Jangan Jangan semua kalimat berdasarkan utipan supaya tidak seperti klip ing.	
	11 Maret 2024	1. Tulis Depinri Catatan masalah 2. Diikuti dengan klien yg bagaimana? 3. Tambahkan tujuan mengetahui kester- Jangan teori dan fakta.	

Disempurnakan oleh

20/13
24/7

Disempurnakan lagi



PJM. Form. KT1. Kep. 03.02. 2023

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : OBI DWI ANGGARA
 NIM : PL7290223050
 Nama Pembimbing : NS. RAHAYU NININGASIH, S.kep., M.kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	12/02/2024	Konsultasi Tema Penelitian	
2.	13/02/2024	1. Acc judul 2. konsultasi alenia 1	
3.	19/02/2024	Revisi alenia 1 1. Tambahkan kata: Dehidrasi sebagai dampak diare 2. Tambahkan konsep pentingnya askep dalam mengatasi diare diare pada anak.	
4.	20/02/2024	Revisi alenia 1 dan 2 Alenia 1 1. Tambahkan kalimat penguat kenapa askep itu penting Alenia 2 1. Tuliskan angka ini tahun berapa? 2. kematian karena apa? Jelaskan 3. kapan kadinkes menyampaikan hal ini dan pada momen apa? sumber dari mana?	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa :

NIM :

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
	2/25 1	- Cari data terbaru WHO (2020) - Data resmi terbaru & update Alinea 3 disesuaikan sesuai teori. Paylaşan faktor Batas masalah diperjelas.	
	3/1 ²⁵	Taken kejiwa or tamade SQ 2022/2023	
	6/1 ²⁵	Layout Bab 2	
	7/1 ²⁵	Layout Bab 2	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI

Nama :

NIM :

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Tanda Tangan
	7/1	Manifestasi secara dg klasifikasi - Kegan konsep dipuncak - Uraian di bawah organ - Perut bagian - bagian - Non Far	
	9/1 '25	Legenda Relokasi Oral Preteral	
	10/1 '25	Lajut askep	
	13/1 '25	Askep Lajut Bar 3	
	15/1 '25	- Bar 3 Poreg - Drain di Nuci	
	16/1 '25	Tuliskan definisi Poreg Batasan isabel Waring Perlisti	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa :

NIM

Nama Pembimbing :

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
	12/25 /1	Ace dg syrat	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : OBI DWI A.
NIM : P17290223050
Pembimbing :
Judul :

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
	16/09 2025	- Gambaran lokasi penelitian - Tgl mrs + jam - Riwayat saat Pengkajian sesuai data yg dikaji - Jenis Makanan di RS - Pola istirahat tidur sesuai Pengkajian - Masalah keperawatan sesuai SDKI - Tambah hasil Lab	
	21/15 /4	lagitka Pembinaan	
	23/15 /4	Rutin: pembina per komponen askep	
	28/15 /4	Rutin: foni sru	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI

Nama :
Nim :
Pembimbing :
Judul :

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
	25/15 4	Revisi Pembahasan	
	30/12 4	- Revisi Pembahasan Riwayat Penyakit dahulu - Revisi Pembahasan Post Prenatal, natal, Postnatal - Revisi Pembahasan Perkembangan dan Pertumbuhan	
	2/15 5	Lampir Bab 5 & Hostare	
		Ace	