

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BALITA DENGAN DIARE
DI RUANG NUSA INDAH RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR**

KARYA TULIS ILMIAH

YOULANDA PUTRI

(P17240223071)



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BALITA DENGAN DIARE
DI RUANG NUSA INDAH RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR**

KARYA TULIS ILMIAH

Tugas Akhir Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma 3 Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan
Trenggalek Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

YOULANDA PUTRI

(P17240223071)



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN TRENGGALEK**

2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Youlanda Putri

Tempat, tanggal lahir : Blitar, 11 Mei 2003

Agama : Islam

Alamat : Jalan Kalimas 109, RT 04/RW 05,
Kelurahan Tanjungsari, Kecamatan
Sukorejo, Kota Blitar



No. Telepon : 085857480114

Alamat E-Mail : putri14.yolanda@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK lulus tahun 2010 : TK Dharma Wanita Tanjungsari
2. SD lulus tahun 2016 : SDN Tanjungsari 2
3. SMP lulus tahun 2019 : SMPN 3 Kota Blitar
4. SMA lulus tahun 2022 : SMAN 3 Kota Blitar
5. 2022 – sekarang : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Prodi D3 Keperawatan Trenggalek

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Youlanda Putri

NIM : P17240223071

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

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Proposal 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 Proposal Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Trenggalek, Januari 2025

Pembimbing

Yang membuat pernyataan

Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830225201901201

Youlanda Putri
P17240223071

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Youlanda Putri (P17240223071) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan pada Anak Balita dengan Diare di Ruang Nusa Indah
RSUD Mardi Waluyo”** diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 30 April 2025

Pembimbing



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP . 919830225201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Youlanda Putri (P17240223071) dengan judul
“Asuhan Keperawatan Pada Anak Balita dengan Diare di Ruang Nusa Indah
RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar” telah dipertahankan di depan dewan penguji
pada 07 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji

Anggota Penguji



Ns. Rahayu Niningsih, S.Kep., M.Kes
NIP. 196911211992032005



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830225201901201

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

“Happiness blooms from gratitude”

PERSEMBAHAN

Puji Syukur Alhamdulillah peneliti lantunkan kepada Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang karena atas berkat lindungan, tuntunan dan rahmat Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Semoga keberhasilan tugas akhir ini menjadi salah satu langkah awal untuk masa depan dan impian saya di masa yang akan datang. Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan kepada :

1. Cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Dwi Susanto. Di balik kesederhanaanmu, tersimpan cinta yang begitu besar dan doa yang tak pernah putus untukku. Setiap peluhmu adalah pengorbanan yang takkan pernah mampu kubalas dengan kata-kata. Terima kasih telah menjadi tiang kokoh yang menopang setiap langkahku, serta mengajarkan bahwa keberhasilan bukanlah milik mereka yang berhenti di tengah jalan.
2. Pintu Surgaku, Ibunda Istiyawati. Sumber kekuatan dan kehangatan yang selalu kurindukan. Doamu adalah langit pelindungku, nasihatmu adalah cahaya yang membimbing langkahku, dan kasihmu adalah nafas yang memberi arti dalam hidupku. Terima kasih untuk setiap pelukan yang menenangkan, setiap tetes air mata yang kau sembunyikan demi senyumku, dan setiap doa panjang di sepertiga malam yang menjadi alasanku terus berjuang.
3. Adikku Tercinta, Lintar Neyla Nathania. Terima kasih sudah menjadi semangat penulis dalam menempuh pendidikan selama ini, terima kasih atas doa dan cinta yang telah diberikan. Kamu adalah pengingat bahwa dalam setiap

perjuangan, ada alasan untuk terus bertahan. Tumbuhlah menjadi pribadi dengan versi lebih hebat, adikku.

4. Bharada R dengan NRP 03041XXX. Terima kasih atas dukungan secara moril maupun materiil yang telah diberikan. Terima kasih telah hadir sebagai penyemangat di setiap langkah perjalanan penulis. Terima kasih telah menjadi pengingat bahwa penulis tidak pernah sendiri dalam setiap perjuangan ini.
5. Seluruh dosen dan staff Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-III Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh rekan Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D-III Keperawatan Trenggalek Yang senantiasa menjadi teman seperjuangan, sumber inspirasi, dan motivasi. Terima kasih atas setiap momen belajar bersama, diskusi yang penuh semangat, serta dukungan yang tulus.

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 Balita Dengan Diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo”** sesuai dengan tenggat waktu yang telah ditentukan. Proposal Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Trenggalek Kesehatan Malang Prodi D-III Keperawatan.

Dalam penyusunan Proposal 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 Politeknik Kesehatan Kemenkes 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 memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
4. Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurkan isi dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ns. Rahayu Niningasih,S.Kep.,M.Kes., selaku Penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan serta saran kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
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. Seluruh rekan mahasiswa yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

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, 30 April 2025

Youlanda Putri

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

Youlanda Putri (2025). *Asuhan Keperawatan Anak Balita Dengan Diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Program Studi DIII Keperawatan Kabupaten Trenggalek. Pembimbing: Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep.

Diare adalah suatu penyakit dimana seseorang BAB lebih dari 3x sehari dengan konsistensi lembek bahkan cair. Asuhan keperawatan dengan diare merupakan suatu rangkaian praktek keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami diare di ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar serta menganalisa kesenjangan antara teori dan fakta di lapangan. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus dengan menggunakan partisipan yaitu pasien dengan diagnosa diare yang berusia 13 bulan di ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Metode pengumpulan data yang digunakan berupa wawancara, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan laboratorium, serta studi dokumentasi. Hasil pengkajian menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan fakta pada riwayat penyakit, pola nutrisi, kondisi fontanel, dan sistem integument pasien balita dengan diare. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu diare dan hipovolemia, dengan intervensi disusun berdasarkan teori dan kondisi pasien. Implementasi dilakukan selama tiga hari, dan evaluasi menunjukkan masalah teratasi serta pasien diperbolehkan pulang. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa klien harus diberikan perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan, serta memberi edukasi kepada keluarga untuk menjaga kebersihan lingkungan dan makanan untuk mencegah penyakit diare.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Anak, Diare.

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

ABSTRACT

Youlanda Putri (2025). *Nursing Care for a Toddler with Diarrhea in the Nusa Indah Ward of Mardi Waluyo Regional Public Hospital, Blitar City. Scientific Case Study Paper, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang, Diploma III Nursing Study Program, Trenggalek Regency. Advisor: Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep.*

Diarrhea is a condition in which a person defecates more than three times a day with a soft to watery consistency. Nursing care for diarrhea is a series of nursing practices using the nursing process, starting from assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The purpose of this study is to provide nursing care to a child experiencing diarrhea in the Nusa Indah Ward of Mardi Waluyo Regional Public Hospital, Blitar City, and to analyze the gap between theory and actual practice in the field. The research method used in this study is a qualitative research method with a case study approach, involving a 13-month-old patient diagnosed with diarrhea in the Nusa Indah Ward of Mardi Waluyo Regional Public Hospital, Blitar City. Data collection methods included interviews, physical examinations, laboratory test results, and documentation studies. The assessment results indicated a gap between theory and actual findings in terms of the patient's medical history, nutritional patterns, fontanel condition, and integumentary system in toddlers with diarrhea. The established nursing diagnoses were diarrhea and hypovolemia, with interventions developed based on both theory and the patient's condition. Implementation was carried out over three days, and evaluation showed that the problems had been resolved and the patient was discharged. Based on the study results, it can be concluded that clients must receive care in accordance with nursing diagnoses, and families should be educated about maintaining environmental and food hygiene to prevent diarrheal diseases.

Keywords : *Nursing Care, Children, Diarrhea*

DAFTAR ISI

CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
DAFTAR ISTILAH	xxi
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.5.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Diare	8
2.1.1 Definisi Diare.....	8
2.1.2 Klasifikasi Diare	9
2.1.3 Etiologi Diare.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis Diare	11
2.1.5 Derajat Dehidrasi Diare	12
2.1.7 Komplikasi Diare	13
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	13
2.1.9 Patofisiologi Diare	16

2.1.10 Penatalaksanaan Diare	18
2.2 Konsep Dasar Anak	23
2.2.1 Definisi Anak	23
2.2.2 Paradigma Keperawatan Anak	23
2.2.3 Prinsip Keperawatan Anak	27
2.2.4 Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Pada Balita 1-5 Tahun	28
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	35
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	35
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	42
2.3.3 Intervensi Keperawatan	49
2.3.4 Implementasi Keperawatan	61
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	61
BAB 3	63
METODE PENELITIAN	63
3.1 Desain Penelitian	63
3.2 Batasan Istilah	63
3.3 Partisipasn	64
3.4 Lokasi dan Waktu	64
3.4.1 Tempat Penelitian	64
3.4.2 Waktu Penelitian	65
3.5 Pengumpulan Data	65
3.6 Uji Keabsahan Data	67
3.7 Analisis Data	68
3.8 Etika Penelitian	69
BAB 4	71
HASIL DAN PEMBAHASAN	71
4.1 Hasil	71
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	71
4.1.2 Pengkajian	72
4.1.3 Analisa Data	82
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	83
4.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan	85
4.1.6 Implementasi Keperawatan	89
4.1.7 Evaluasi Keperawatan	91
4.1.8 Catatan Perkembangan	93
4.2 Hasil Analisa Perbedaan Antara Fakta dan Teori	97

4.3 Pembahasan	106
4.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	106
4.3.2 Diagnosa Keperawatan	111
4.3.3 Intervensi Keperawatan	112
4.3.4 Implementasi Keperawatan.....	112
4.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	113
BAB 5	114
KESIMPULAN DAN SARAN	114
5.1 Kesimpulan	114
5.1.1 Pengkajian.....	114
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	114
5.1.3 Intervensi Keperawatan	114
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	114
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	115
5.1.6 Analisa Kesenjangan Antara Teori dan Fakta.....	115
5.2 Saran	115
5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit	115
5.2.2 Bagi Penulis	116
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	116
5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan	116
5.2.5 Bagi Pasien	116
DAFTAR PUSTAKA	117

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema Patofisiologi Diare	16
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Marvice King	12
Tabel 2.2 Tabel Kebutuhan Oralit Per Kelompok Umur	17
Tabel 4.1 Data Pengkajian	71
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	71
Tabel 4.3 Pola Kebiasaan Sehari – Hari	76
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	77
Tabel 4.5 Lab Darah Lengkap 1	79
Tabel 4.6 Lab Darah Lengkap 2	79
Tabel 4.7 Pelaksanaan Terapi	79
Tabel 4.8 Analisa Data	81
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	82
Tabel 4.10 Rencana Tindakan Keperawatan	84
Tabel 4.11 Impelementasi Keperawatan	88
Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan	90
Tabel 4.13 Catatan Perkembangan	92
Tabel 4.14 Hasil Anaalisa	96

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Inform Consent	122
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	123
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian Kampus	124
Lampiran 4 Surat Rekomendasi Bakesbangpol Kota Blitar	125
Lampiran 5 Etik Penelitian RSUD Mardi Waluyo	126
Lampiran 6 Format Asuhan Keperawatan	127
Lampiran 7 Lembar Konsultasi	138
Lampiran 8 Lembar Konsultasi	140
Lampiran 9 Dokumentasi Penelitian.....	141

DAFTAR SINGKATAN

ASI : Air Susu Ibu

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

BB : Berat badan

CRT : Capillary Refill Time

DA-DS: Diare akut – Dehidrasi sedang

Depkes: Departemen Kesehatan

DL : Darah lengkap

Hb : Hemoglobin

IMT : Indek Masa Tubuh

IV : Intravena

IWL : Insensibel Water Los

Kg : Kilogram

MTBS : Manajemen Terpadu Balita Sakit

PASI : Pendamping air susu

PH : Pangkat Hidrogen

RL : Ringer Laktat

RR : Respiratory Rate

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah

TB : Tinggi badan

TKTP : Tinggi Kalori Tinggi Protein

TTV : Tanda - Tanda Vital

WHO : World Health Organization

DAFTAR ISTILAH

A

- Abdomen : Perut
- Alergi : Reaksi tubuh terhadap makanan tertentu yang dapat memicu diare.
- Ansietas : Cemas atau khawatir
- Anoreksia : Gangguan makan yang diakibatkan oleh penurunan berat badan yang drastis
- Asfiksia : Kondisi kesurangan oksigen
- Asidosis Metabolic : Gangguan ketika status asam basa bergeser ke sisi asam akibat hilangnya basa atau retensi asam nonkarbonat dalam tubuh

C

- Cardiavascular : Merupakan sistem peredaran darah

D

- Dispenea : Pernafasan cepat
- Disentri : Diare yang disertai darah pada tinja, biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri seperti Shigella.

- Dehidrasi : Kondisi tubuh kehilangan banyak cairan

F

- Faecal oral : Merupakan suatu jenis penularan penyakit yang ditularkan melalui anus ke mulut.

H

- Hipokalemia : Kadar kalium dalam darah yang rendah, biasanya disebabkan oleh kehilangan elektrolit melalui diare.
- 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.
Hipoglikemia	: Suatu gangguan kesehatan yang terjadi karena kadar gula di dalam darah berada dibawah kadar normal.
I	
Imunodefisiensi	: Penurunan fungsi sistem imun yang membuat tubuh rentan terhadap infeksi.
K	
Kejang	: Kontraksi otot yang tidak terkendali akibat ketidakseimbangan elektrolit atau dehidrasi berat.
M	
Malabsorpsi	: Gangguan penyerapan nutrisi pada saluran pencernaan, misalnya intoleransi laktosa.
Malnutrisi	: Kekurangan nutrisi yang terjadi akibat kurangnya asupan makanan bergizi atau penyakit, termasuk diare.
O	
Oliguri	: Produk urin yang sedikit
P	
Preventif	: Kegiatan untuk mencegah
R	
Rotavirus	: Virus yang menjadi penyebab utama diare berat pada anak-anak, terutama balita.
S	
Syok hipovolemik	: Merupakan kondisi ketidakmampuan jantung memasok darah yang cukup keseluruh tubuh akibat volume darah yang kurang

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diare adalah buang air besar sebanyak tiga kali atau lebih dalam satu hari dengan konsistensi cair (Brandt, et al, 2015). Diare ditandai dengan kehilangan tinja bersifat encer atau berair, gejalanya berupa infeksi di saluran usus akibat bakteri, virus atau organisme parasit lainnya. Banyak kasus diare disebabkan oleh Rotavirus dan Escherichia Coli (E. Coli). Kuman jenis ini menyebar pada air dan makanan yang terkontaminasi atau ditularkan langsung dari orang ke orang dan paling banyak di lingkungan yang kebersihan dinilai buruk, kurangnya akses air minum bersih dan sanitasi yang buruk (UNICEF, 2016). Penyakit diare menjadi permasalahan utama di negara-negara berkembang termasuk di Indonesia. Selain sebagai penyebab kematian, diare juga menjadi penyebab utama gizi kurang yang bisa menimbulkan kematian serta dapat menimbulkan kejadian luar biasa. Beberapa faktor yang menjadi penyebab timbulnya penyakit diare disebabkan oleh bakteri melalui kontaminasi makanan dan minuman yang tercemar tinja dan atau kontak langsung dengan penderita. Selain itu, faktor yang paling dominan berkontribusi dalam penyakit diare adalah air, higiene sanitasi makanan, jamban keluarga, dan air (Melvani et al., 2019). Asuhan Keperawatan adalah suatu proses yang terdiri dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi yang dilaksanakan secara komprehensif kepada pasien. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Peran perawat dalam

pemberian asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare dapat dilakukan dengan cara diantaranya memantau asupan pengeluaran cairan. Anak yang mendapatkan terapi cairan intravena perlu pengawasan untuk asupan cairan, kecepatan tetesan harus diatur untuk memberikan cairan dengan volume yang dikehendaki dalam waktu tertentu dan lokasi pemberian infus harus dijaga, menganjurkan makan sedikit tapi sering pada anak, dan memantau status tanda-tanda vital (PPNI, 2018).

World Health Organization (WHO) mencatat bahwa setiap tahunnya hampir 1,7 miliar anak di seluruh dunia terkena diare, dengan angka kematian sekitar 443.832 kasus, terutama pada anak usia di bawah 5 tahun (WHO, 2023). Di Indonesia, berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan RI tahun 2023, jumlah kasus diare pada semua umur mencapai 7.350.708 kasus, dengan 3.690.984 kasus di antaranya pada balita. Jumlah kasus kematian akibat diare tercatat sebanyak 239 kasus, dengan mayoritas pada anak usia di bawah 5 tahun (Kemenkes RI, 2023). Pada tahun 2024, Jawa Timur mencatat jumlah kasus diare yang tinggi dengan angka prevalensi yang terus menjadi perhatian. Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Jawa Timur, tercatat 2.954 kasus diare di Kota Blitar pada tahun 2024, menunjukkan peningkatan signifikan dibandingkan 1.277 kasus pada tahun 2022 (Badan Pusat Statistik Jawa Timur, 2024).

Diare dapat disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, keracunan makanan, dan alergi makanan. Diare akut disebabkan oleh infeksi bakteri (*Vibrio cholerae*, *Escherichia coli*, *Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, dan bakteri nonpatogen bila jumlahnya berlebihan), infeksi virus (virus ECHO, *poliomyelitis*, virus

Coxsackie, Orbivirus), keracunan makanan dan alergi makanan. Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Feses makin cair, mungkin mengandung darah atau lendir, dan feses berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu. Akibat seringnya defekasi, anus atau sekitarnya lecet karena feses makin lama menjadi asam. Komplikasi yang diakibatkan oleh diare biasanya akan terjadi dehidrasi, renjatan hipovolemik, hipokalemia, hipoglikemia, intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase, kejang dan malnutrisi energi protein. Diare merupakan penyebab kurang gizi yang penting terutama anak-anak. Diare menyebabkan anoreksia (kurang nafsu makan) sehingga mengurangi asupan gizi dan diare dapat mengurangi daya serap usus terhadap sari makanan. Dalam keadaan infeksi, kebutuhan sari makanan pada anak-anak yang mengalami diare akan meningkat, sehingga setiap serangan diare akan menyebabkan kekurangan gizi. Jika hal ini berlangsung terus menerus akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan anak. Penyakit diare dapat ditanggulangi dengan penanganan yang tepat sehingga tidak sampai menimbulkan kematian terutama pada balita (Widoyono, 2012). Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian diare pada anak ada tiga. Faktor yang pertama adalah faktor lingkungan. Diare dapat terjadi karena seseorang tidak memerhatikan kebersihan lingkungan dan menganggap bahwa masalah kebersihan adalah masalah sepele. Faktor yang kedua adalah faktor sosiodemografi, faktor sosiodemografi yang berpengaruh terhadap kejadian diare pada anak yaitu pendidikan dan pekerjaan orang tua, serta umur anak. Jenjang pendidikan memegang peranan yang cukup penting dalam

kesehatan masyarakat. Pendidikan seseorang yang tinggi memudahkan orang tersebut dalam penerimaan informasi, baik dari orang lain maupun media masa. Banyaknya informasi yang masuk akan membuat pengetahuan tentang penyakit diare semakin bertambah. Faktor ketiga yang dapat memengaruhi kejadian diare yaitu faktor perilaku, pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif dan kebiasaan mencuci tangan merupakan faktor perilaku yang berpengaruh dalam penyebaran kuman enterik dan menurunkan risiko terjadinya diare (Nurul, 2016).

Departemen Kesehatan menetapkan lima pilar penatalaksanaan diare bagi semua kasus diare yang diderita anak balita baik yang dirawat di rumah maupun sedang dirawat di rumah sakit, yaitu: Berikan segera bila anak diare, untuk mencegah dan mengatasi dehidrasi. Oralit formula lama dikembangkan dari kejadian luar biasa diare di Asia Selatan yang terutama disebabkan karena disentri, yang menyebabkan berkurangnya lebih banyak elektrolit tubuh, terutama natrium. Selanjutnya adalah pemberian zink, zink mengurangi lama dan beratnya diare. Zink juga dapat mengembalikan nafsu makan anak. Penggunaan zink ini memang populer beberapa tahun terakhir karena memiliki *evidence based* yang bagus. Beberapa penelitian telah membuktikannya. Pemberian zink yang dilakukan di awal masa diare selama 10 hari ke depan secara signifikan menurunkan morbiditas dan mortalitas pasien. Lalu, pemberian ASI dan makanan tetap diteruskan sesuai umur anak dengan menu yang sama pada waktu anak sehat untuk mencegah kehilangan berat badan serta pengganti nutrisi yang hilang. Pada diare berdarah nafsu makan akan berkurang. Adanya perbaikan nafsu makan menandakan fase kesembuhan. Jangan

diberikan antibiotik kecuali ada indikasi misalnya diare berdarah atau kolera. Pemberian antibiotik yang tidak rasional justru akan memperpanjang lamanya diare karena akan mengganggu keseimbangan flora usus dan *Clostridium difficile* yang akan tumbuh dan menyebabkan diare sulit disembuhkan dan nasihat pada ibu atau pengasuh kembali segera jika demam, tinja berdarah, berulang, makan atau minum sedikit, sangat haus, diare makin sering, atau belum membaik dalam 3 hari (Juffrie, 2011).

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada balita yang mengalami diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah tersebut dapat dirumuskan masalah yaitu : “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Balita yang Mengalami Diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada anak balita yang mengalami diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan Khusus studi kasus ini adalah

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada anak balita yang mengalami diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo

- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada anak balita yang mengalami diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada anak balita yang mengalami diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada anak balita yang mengalami diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo
- 5) Mengevaluasi tindakan keperawatan pada anak balita yang mengalami diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo
- 6) Melakukan analisis antara fakta dan teori pada anak balita yang mengalami diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari karya tulis ilmiah ini dapat di gunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan fokus masalah keperawatan gangguan pencernaan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Profesi Keperawatan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan untuk penanganan pasien diare sehingga dapat memberikan pelayanan yang mkasimal kepada pasien diare untuk kesembuhannya.

2) Bagi Pasien dan Keluarga

Di harapkan agar klien dan keluarga mengikuti semua anjuran dari para medis sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan. Pada klien dan orang tua diharapkan untuk menjaga pola hidup sehat.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang sebaik-baiknya. Serta diharapkan penelitian selanjutnya dilaksanakan secara maksimal agar hasilnya juga baik.

4) Bagi Institusi Pendidikan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan. khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan dengan pasien diare

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diare

2.1.1 Definisi Diare

Diare adalah suatu penyakit yang ditandai dengan buang air besar lebih dari tiga kali sehari dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai cair 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 adalah pengeluaran feses yang konsistensinya lembek sampai cair dengan frekuensi pengeluaran feses sebanyak 3 kali atau lebih dalam sehari. Diare dapat mengakibatkan demam, sakit perut, penurunan nafsu makan, rasa lelah dan penurunan berat badan. Diare dapat menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak, sehingga dapat terjadi berbagai macam komplikasi yaitu dehidrasi, renjatan hipovolemik, kerusakan organ bahkan sampai koma (Nurul et al, 2016).

2.1.2 Klasifikasi Diare

Menurut Kemenkes RI (2017) jenis diare dibagi menjadi empat yaitu :

1. Diare akut

Diare akut yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari⁸ (umumnya kurang dari 7 hari⁸). 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. Disentri

Disentri yaitu diare yang disertai darah dalam tinjanya. Akibat disentri adalah anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat, kemungkinan terjadinya komplikasi pada mukosa.

3. Diare persisten

Diare persisten yaitu diare yang berlangsung lebih dari 14 hari secara terus menerus. Akibat diare persisten adalah penurunan berat badan dan gangguan metabolisme.

4. Diare dengan masalah lain, yaitu anak yang menderita diare (diare akut dan diare peristen), mungkin juga disertai dengan penyakit lain, seperti demam, gangguan gizi atau penyakit lainnya.

2.1.3 Etiologi Diare

Penyakit diare secara klinis dapat dikelompokkan dalam golongan besar, yaitu infeksi, malabsorpsi, alergi, keracunan, imunodefisiensi, dan diare karena sebab-sebab lain, tetapi yang sering ditemukan adalah diare yang disebabkan oleh infeksi dan malabsorpsi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Faktor-faktor penyebab diare adalah sebagai berikut :

A. Faktor infeksi

1. Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama pada anak. Infeksi enteral disebabkan oleh:
 - a. Infeksi bakteri: *vibrio*, *Escherichia coli*, *salmonella*, *shigella*, *campylobacter*, dan *yershinia*.
 - b. Infeksi virus: enterovirus (*virus ECHO*, *coxsackiae*, *poliomyelitis*), *adenovirus*, *retrovirus*, dan lain-lain.
 - c. Infeksi parasit: cacing (*ascari*, *trichoris*, *oxyuris*, *histolitika*, *gardia lambia*, *tricomonas hominis*), jamur (*candida albicans*)
2. Infeksi parenteral yaitu infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti Otitis Media Akut (OMA), *tonsillitis*, *aonsilotaringitis*, *bronco pneumonia*, *encetalitis*.

B. Faktor Makanan

Makanan basi, beracun, tidak higienis, tidak matang saat dimasak, dan alergi terhadap makanan.

C. Faktor Psikologis

Rasa takut, cemas, dan tegang, jika terjadi pada anak dapat menyebabkan diare kronis. Tetapi jarang terjadi pada anak balita, umumnya terjadi pada anak yang lebih besar.

2.1.4 Manifestasi Klinis Diare

Tanda dan gejala awal diare ditandai dengan anak menjadi cengeng, gelisah, suhu meningkat, nafsu makan menurun, tinja cair (lendir dan tidak menutup kemungkinan diikuti keluarnya darah, anus lecet, dehidrasi (bila terjadi dehidrasi berat maka volume darah berkurang, nadi cepat dan kecil, denyut jantung cepat, tekanan darah turun, keadaan menurun diakhiri dengan syok, berat badan menurun, turgor kulit menurun, mata dan ubun-ubun cekung, mulut dan kulit menjadi kering (Octa, dkk 2014).

Menurut Kemenkes (2017) tanda dan gejala yang terjadi pada klien diare berdasarkan tingkat dehidrasi :

- a. Diare dengan dehidrasi ringan/sedang
 - 1) Anak mengalami gelisah atau rewel
 - 2) Mata cekung
 - 3) Rasa haus meningkat
 - 4) Turgor kembali lambat
 - 5) Kehilangan cairan 5-10% dari berat badan
- b. Diare dengan dehidrasi berat
 - 1) Lesu atau lunglai
 - 2) Mata cekung

- 3) Malas minum
- 4) Turgor kembali sangat lambat >2 detik
- 5) Kehilangan cairan >10% dari berat badan

2.1.5 Derajat Dehidrasi Diare

Menurut banyaknya cairan yang hilang, derajat dehidrasi dapat dibagi berdasarkan:

- a. Kehilangan berat badan
 - 1) Tidak ada dehidrasi, bila terjadi penurunan berat badan 2,5%.
 - 2) Dehidrasi ringan/sedang bila terjadi penurunan berat badan 2,5-5%.
 - 3) Dehidrasi berat bila terjadi penurunan berat badan 5-10%
- b. Skor Maurice King

Bagian tubuh Yang diperiksa	Nilai untuk gejala yang ditemukan		
	0	1	2
Keadaan Umum	Sehat	Anak cengeng, apatis, ngantuk	Anak mengigau, koma atau syok
Kekenyalan Kulit	Normal	Sedikit kurang	Sangat kurang
Mata	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Ubun-ubun	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Mulut	Normal	Kering	Kering dan sianosis
Denyut nadi/menit	Kuat >140x/menit	Sedang 120x/menit – 140x/menit	Lemah <120x/menit

Tabel 2.1 Skor Maurice King

Keterangan

- Jika mendapat nilai 1-2 dehidrasi ringan
- Jika mendapat nilai 3-6 dehidrasi sedang

- Jika mendapat nilai 7-12 dehidrasi berat

2.1.7 Komplikasi Diare

Menurut Ambarwati (2015) akibat diare dan kehilangan cairan serta elektrolit secara mendadak dapat terjadi berbagai komplikasi sebagai berikut :

- a. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik, atau hipertonik)
- b. Hipokalemia (gejala meteorismus, hipotoni otot lemah, dan bradikardi)
- c. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase
- d. Hipoglikemia
- e. Kejang terjadi pada dehidrasi hipertonik

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

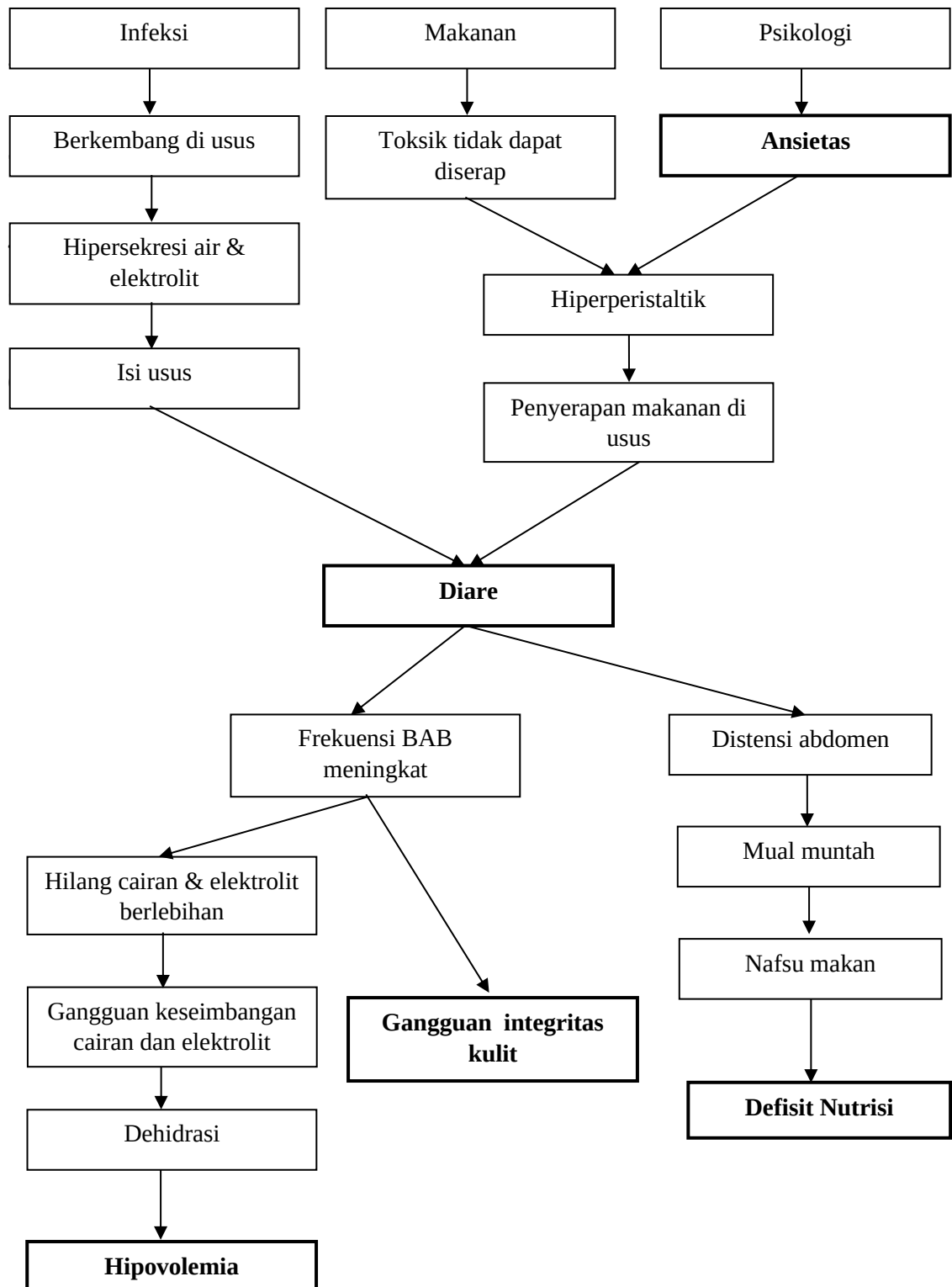
Pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan harus dipilih berdasarkan prioritas diagnosis klinis yang paling mungkin:

1. Tes darah : Secara umum dilakukan hitung darah lengkap, LED, biokimiawi darah, tes khusus dilakukan untuk mengukur albumin serum, vitamin B12 dan folat, fungsi tiroid, antibodi endomisial untuk penyakit siliaka.
2. Mikroskopik dan kultur tinja (x3) : Hasil kultur negatif belum menyingkirkan giardiasis.

3. Lemak dan tinja : Cara paling sederhana adalah pewarnaan sampel tinja dengan sudan black kemudian diperiksa di bawah mikroskop. Pada kasus yang lebih sulit, kadar lemak tinja harus diukur, walaupun untuk pengukuran ini dibutuhkan diet yang terstandarisasi.
4. Foto polos abdomen : Pada foto polos abdomen bisa terlihat klasifikasi pankreas, sebaiknya diperiksa dengan endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) dan/atau CT pankreas.
5. Endoskopi, aspirasi duodenum, dan biopsi : Untuk menyingkirkan penyakit seliaka dan giardiasis.
6. Kolonoskopi dan biopsi : Endoskopi saluran pencernaan bagian bawah lebih menguntungkan dari pada pencitraan radiologi dengan kontras karena, bahkan ketika mukosa terlihat normal pada biopsi bisa ditemukan kolitis mikroskopik (misalnya kolistik limfositik, kolitis kolagenosa).
7. Hydrogen breath test : Untuk hipolaktasia (laktosa) atau pertumbuhan berlebihan bakteri pada usus halus (laktulosa).
8. Pencitraan usus halus : Bisa menunjukkan divertikulum jejuni, penyakit Crohn atau bahkan struktur usus halus.
9. Berat tinja 24 jam (diulang saat puasa) : Walaupun sering ditulis di urutan terakhir daftar pemeriksaan penunjang pemeriksaan ini tetap merupakan cara paling tepat untuk membedakan diare osmotik dan diare sekretorik.

10. Hormon usus puasa : Jika ada dugaan tumor yang mensekresi hormon harus dilakukan pengukuran kadar hormon puasa.

2.1.9 Patofisiologi Diare



Gambar 2.1 Skema Patofisiologi Diare
(Nurarif, Amin & Kusuma, H., 2016)

Uraian :

Penyebab terjadinya diare dapat dikelompokkan menjadi 3 macam. Yang pertama adalah faktor infeksi, infeksi ini terjadi karena masuknya kuman atau mikroorganisme patogen yang masuk ke dalam tubuh melalui saluran cerna dan berkembang dalam usus yang menyebabkan hiperekresi air dan elektrolit dalam usus meningkat sehingga menyebabkan diare. Kedua, faktor makanan yang terkontaminasi oleh racun. Toksin ini tidak dapat diserap dan tubuh berusaha mengeluarkannya dengan cara hiperperistaltik usus, akibatnya penyerapan makanan dan cairan tidak dapat maksimal sehingga timbul penyakit diare. Ketiga, adalah faktor psikologis, faktor ini memicu kecemasan atau ansietas sehingga otot yang dipengaruhi oleh saraf otonom seperti dinding usus mengalami peningkatan aktivitas dan terjadi hiperperistaltik sehingga terjadi diare. Diare menimbulkan frekuensi BAB meningkat sehingga tubuh kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih, sehingga dapat memunculkan masalah keperawatan hipovolemia. Hipovolemia yang tidak segera ditangani menyebabkan dehidrasi dan akan menimbulkan masalah keperawatan hipovolemia. Frekuensi BAB yang sering juga dapat menimbulkan iritasi di area sekitar anus sehingga muncul masalah keperawatan gangguan integritas kulit. Selain masalah di atas, diare juga bisa menyebabkan distensi abdomen yang menimbulkan efek mual atau muntah sehingga nafsu makan menurun dan timbul masalah keperawatan defisit nutrisi.

2.1.10 Penatalaksanaan Diare

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2011) Prinsip yang digunakan dalam penatalaksanaan diare pada balita adalah menggunakan Lintas Diare (Lima Langkah Tuntaskan Diare), yang didukung oleh Ikatan Dokter Anak Indonesia dengan rekomendasi dari WHO.

1. 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 di pasaran. 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.

Tabel 2.2 Kebutuhan Oralit Per Kelompok Umur

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

2. Suplement Zinc

Suplement zinc digunakan untuk mengurangi durasi diare, menurunkan risiko keparahan penyakit, dan mengurangi episode diare. 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 sebagai berikut :

- a. 10 mg/hari (usia < 6 bulan)
- b. 20 mg /hari (usia > 6 bulan).

3. 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 pemerian 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.

4. 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 kultur darah positif bakteri.

5. 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.

Menurut MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit)

Sesuai dengan klasifikasi derajat dehidrasi pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit, tindakan yang diperlukan adalah:

- a) Dehidrasi Berat
 1. Jika bayi mempunyai klasifikasi yang, membutuhkan rujukan segera
 2. Ke rumah sakit terdekat dan selama perjalanan mintalah agar ibu sering memberikan larutan oralit sedikit demi sedikit
 3. Nasihati agar tetap memberikan ASI
- b) Dehidrasi ringan atau sedang
 1. Beri cairan dan makanan untuk dehidrasi ringan atau sedang

2. Jika bayi mempunyai klasifikasi yang membutuhkan rujukan segera rujukan ke rumah sakit terdekat selama perjalanan mintalah segera ibu sering memberikan cairan oralit sedikit demi sedikit
 3. Nasihati agar tetap memberikan ASI
- c) Tanpa dehidrasi
- Beri cairan untuk pengobatan diare di rumah
- d) Diare persisten berat, jika berlangsung selama 14 hari atau lebih yaitu jika bayi mengalami dehidrasi atasi dahulu dehidrasinya sebelum dirujuk kecuali jika bayi juga menderita infeksi bakteri yang serius, rujuk.
- e) Disentri atau gangguan saluran pencernaan, ada darah dalam tinja :
1. Cegah agar gula darah tidak turun
 2. Nasihati ibu tentang menjaga bayi agar tetap hangat selama perjalanan ke rumah sakit
 3. Rujuk segera

Menghitung Keseimbangan Cairan

Ketika menghitung balance cairan seseorang harus memperhatikan beberapa faktor, seperti berat badan dan umur. Karena penghitungannya antara usia anak dengan dewasa berbeda. Menghitung balance cairan pun harus diperhatikan mana yang termasuk kelompok intake cairan dan mana yang output cairan. Kebutuhan cairan pada anak adalah $70\% \times \text{BB}$ (dalam gram)/hari

a) Rumus balance cairan

1. $\text{Intake/cairan masuk} = \text{Output/cairan keluar} + \text{IWL (Insensible Water Loss)}$

2. Intake/cairan masuk = Meliputi cairan infus, minum, kandungan cairan dalam makanan pasien, air hasil oksidasi (metabolisme), volume obat-obatan, termasuk obat suntik, obat yang di drip, albumin.
3. Output/cairan keluar = Urine dalam 24 jam, jika dipasang kateter maka hitung dalam ukuran di urobag, jika tidak terpasang maka harus menampung urinenya sendiri, biasanya ditampung di botol air mineral dengan ukuran 1,5 liter, feses.

b) Rumus IWL

1. IWL (Insensible Water Loss)

Merupakan jumlah cairan yang keluarnya tidak disadari dan sulit dihitung, yaitu jumlah keringat, uap hawa nafas.

(1) Rumus IWL

$$IWL = (15 \times BB) / 24 \text{ jam}$$

(2) Rumus IWL Kenaikan Suhu

$$[IWL \text{ Normal} + 200 (\text{suhu tubuh} - 36,8^{\circ}\text{C})]$$

2. Teknik menghitung balance cairan pada anak

Menghitung balance cairan anak tergantung pada tahap umur, untuk menentukan Air Metabolisme, yaitu:

1. Usia Balita (1 – 3 tahun) : 8 cc/kgBB/hari
2. Usia 5 – 7 tahun : 8 – 8,5 cc/kgBB/hari
3. Usia 7 – 11 tahun : 6 – 7 cc/kgBB/hari
4. Untuk IWL (Insensible Water Loss) pada anak (30 – usia anak dalam tahun) x cc/kgBB/hari
5. Jika anak mengompol menghitung urine 0,5 cc – 1 cc/kgBB/hari

2.2 Konsep Dasar Anak

2.2.1 Definisi Anak

Anak adalah seseorang sebelum usia 18 tahun , termasuk yang masih dalam kandungan dan individu yang masih tergantung pada orang dewasa dan lingkungannya, artinya lingkungan memfasilitasi dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan untuk belajar mandiri (Supartini, 2013). Menurut World Health Organization (WHO) anak adalah di hitung dari sejak kandungan sampai dengan usia 19 tahun.

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang di mulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses perkembangan 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 kan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi dimana bayi akan menangis saat lapar (Yuliastati & Armis, 2016).

2.2.2 Paradigma Keperawatan Anak

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, di antaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan.

a. Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 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.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya

ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang.

b. 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.

c. 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.

d. 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 Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan menyejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak

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 memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari (Nining, 2016) :

- 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.
- c. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
- d. 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.

- e. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam menyejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
- f. 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).
- g. 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.

2.2.4 Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Pada Balita 1-5 Tahun

- 1. Perkembangan anak usia 1 tahun
 - a. Motorik / Bermain
 - a) Berjalan tanpa bantuan
 - b) Memanjat tangga
 - c) Berlutut tanpa sokongan
 - b. Motorik halus
 - a) Senang menjatuhkan benda ke lantai

- b) Dapat membangun menara dari dua kotak
 - c) Mencoret-coret dengan spontan.
 - c. Bahasa
 - a) Mengatakan empat sampai enam kata
 - b) Meminta objek dengan menunjukkan
 - c) Memahami perintah sederhana
 - d) Menggunakan kata “Tidak” meskipun menyetujui permintaan.
 - d. Sosial / Kognisi
 - a) Menoleransi perpisahan dengan orang tua
 - b) Dapat meniru orang tua membersihkan rumah (menyapu, mengelap, melipat pakaian)
 - c) Makan sendiri dan sedikit tumpah
 - d) Mencium dan memeluk orang tua, gambar dalam buku
- 2. Perkembangan anak usia 2 tahun
 - a. Motorik / Bermain
 - a) Naik turun tangga sendiri dengan dua kaki pada setiap langkah
 - b) Berlari seimbang dengan langkah lebar
 - c) Menangkap objek tanpa jatuh
 - b. Motorik halus
 - a) Menendang bola dengan baik
 - b) Membangun menara dengan 6-7 kotak
 - c) Menyusun 2 atau lebih kotak menyerupai kereta
 - d) Menggambar meniru gerakan vertikal dan melingkar

c. Bahasa

- a) Perbendaharaan kata kira-kira 300 kata
- b) Menggunakan 2-3 kata dalam kalimat
- c) Menggunakan kata ganti saya, aku dan kamu
- d) Menyebutkan nama pertama dengan menunjukkan dirinya
- e) Mengungkapkan kebutuhan untuk makan, minum dan toileting

d. Sosial / Kognisi

- a) Mendorong orang untuk menunjukkan sesuatu pada mereka
- b) Peningkatan kemandirian
- c) Berpakaian sendiri
- d) Tahap permainan paralel

3. Perkembangan anak usia 3 tahun

a. Motorik kasar

- a) Mencoba menjaga keseimbangan diri dengan berjalan di atas balok atau jembatan kayu
- b) Mulai dapat memainkan papan luncur
- c) Mulai mencoba mengayuh sepeda roda tiga.

b. Motorik halus

- a) Dapat menyusun menara dengan delapan kotak
- b) Dapat menggunting dengan gunting yang besarnya sesuai dengan telapak tangannya.

c. Bahasa

- a) Menggunakan kata ganti aku, kamu dan saya dengan benarSiap mendengar cerita yang lebih kompleks dengan karakter lebih beragam.
- b) Mulai memahami tata bahasa sederhana dalam mengucapkan kata pendek.

d. Sosial / Kognisi

- a) Mencoba membedakan benda dari tinggi dan besarnya, meski belum tentu benar
- b) Menuturkan cerita-cerita sederhana dari hasil imajinasinya
- c) Dapat mengingat apa yang dilakukannya pada masa lalu dan menceritakannya

4. Perkembangan anak usia 4 tahun

a. Motorik kasar

- a) Melompat dengan satu kaki
- b) Menangkap bola dengan tepat
- c) Melempar bola bergantian tangan

b. Motorik halus

- a) Menggunakan gunting dengan baik untuk memotong gambar mengikuti garis
- b) Dapat memasang sepatu tetapi tidak mampu mengikat talinya
- c) Dapat menggambar menyalin bentuk kotak, garis silang atau segi tiga

- c. Bahasa
 - a) Perbendaharaan sekitar 1.500 kata
 - b) Menggunakan kalimat dari 4-5 kata
 - c) Menceritakan cerita dengan berlebih-lebihan
- d. Sosial / Kognisi
 - a) Sangat mandiri
 - b) Cenderung untuk keras kepala dan tidak sabar
 - c) Agresif secara fisik dan verbal
 - d) Mendapat kebanggaan dalam pencapaian.

5. Perkembangan anak usia 5 tahun

- a. Motorik kasar
 - a) Melompat dengan kaki bergantian
 - b) Melempar dan menangkap bola dengan baik
 - c) Melompat ke atas
 - d) Belajar mundur dengan tumit dan jari kaki
- b. Motorik halus
 - a) Mengikat tali sepatu
 - b) Menggunakan gunting, alat sederhana, atau pensil dengan baik
- c. Bahasa
 - a) Perbendaharaan kata sampai 2.500 kata
 - b) Menggunakan kalimat dengan 6-8 kata
 - c) Menyebutkan empat atau lebih warna
 - d) Mengetahui nama-nama hari dalam seminggu, bulan dan kata yang berhubungan dengan waktu lainnya

d. Sosial / Kognisi

- a) Kurang memberontak di banding sewaktu umur 4 tahun
- b) Lebih tenang dan berhasrat untuk menyelesaikan urusan
- c) Mandiri tapi dapat dipercaya, tidak kasar, lebih bertanggung jawab
- d) Sangat ingin tahu tentang informasi faktual mengenai dunia.

(Adriyana, 2011).

2.2.5 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) (Depkes, 2006 dalam Nining, 2016).

1) Faktor internal

- a) Ras/etnik atau bangsa.

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika tidak memiliki faktor herediter/ras/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.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnose keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2016). Dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar. Langkah- langkah dalam pengkajian meliputi :

1. 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)
(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 ml/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 *antibiotic* atau *kortikosteoroid* jangka panjang (perubahan *candida albicia* 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. (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)

6. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

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

juaga mengalami gangguan perkembangan pada anak yaitu pada aspek fisik, kognitif, dan emosional (Sufa et al, 2023)

7. 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 personal hygiene yang kurang sudah terkena kuman penyebab diare.

c. Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan

Buang air besar yang tidak ada pada tempat (sembarangan) atau disungai dan cara maupun tempat bermain anak yang kurang higienis dapat mempermudah masuknya kuman lewat fecal oral.

d. Persepsi keluarga

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

8. 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 cair, 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 aktivitas

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

9. 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

- 1) Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi)
- 2) Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan/sedang)
- 3) Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)

e. Sistem Pernafasan

Dispnea, pernafasan cepat lebih dari 40x/menit karena akan menyebabkan asidosis metabolik (kontraksi otot pernafasan).
(Susilaningrum et al, 2013)

f. Dada

Paru-paru

Pernafasan anak cepat, lemah dangkal bila dehidrasi berat. Pada dehidrasi ringan/sedang pernafasan anak normal.

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, peagion 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 Integumen

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

h. Abdomen

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

10. Pemeriksaan penunjang

- a. Darah lengkap (leukosit meningkat, Hb)
- b. Pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (juga dengan pemberian infus 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

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus diare menurut Nuraarif & Kusuma (2015) dan PPNI (2017) sebagai berikut :

1) Diare (D.0020)

a. Definisi :

Pengeluaran feses sebanyak 3 kali atau lebih dalam satu hari. Feses yang keluar bisa berupa lembek atau sangat berair.

b. Penyebab :

Fisiologis

1. Inflamasi gastrointestinal.
2. Iritasi gastrointestinal.
3. Proses infeksi.

4. Malabsorpsi.

Psikologis

1. Kecemasan
2. Tingkat stres tinggi

Situasional

1. Terpapar kontaminan
2. Terpapar toksin
3. Penyalahgunaan laksatif
4. Penyalahgunaan zat
5. Program pengobatan (Agen tiroid, analgesik, pelunak feses, ferosulfat, antasida, cimetidine, dan antibiotik)
6. Perubahan air dan makanan
7. Bakteri pada air

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam
- b) Feses lembek atau cair

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif

- a) Urgency
- b) Nyeri/kram abdomen

Objektif

- a) Frekuensi peristaltik meningkat
- b) Bising usus hiperaktif

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

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Frekuensi nadi meningkat
- b) Nadi teraba lemah
- c) Tekanan darah menurun
- d) Tekanan nadi menyempit
- e) Turgor kulit menurun
- f) Membran mukosa kering
- g) Volume urine menurun
- h) Hematokrit meningkat

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif

- a) Merasa lemah
- b) Mengeluh haus

Objektif

- a) Pengisian vena menurun
- b) Status mental berubah
- c) Suhu tubuh meningkat

d) Konsentrasi urin meningkat

e) Berat badan turun tiba-tiba

3) 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 mengabsorpsi nutrisi
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Faktor ekonomis (mis: finansial tidak mencukupi)
6. Faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif	Objektif
Tidak tersedia	Berat badan menurun
	Minimal 10% di bawah
	Rentang ideal

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif	Objektif
a) Cepat kenyang setelah makan	a) Bising usus hiperaktif
b) Kram/nyeri abdomen	b) Otot mengunyah lemah
c) Nafsu makan menurun	c) Otot menelan lemah

- d) Membran mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun
- g) Rambut rontok berlebihan
- h) Diare

4) Ansietas (D.0080)

a. Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi 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
10. Kurang terpapar informasi

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c) Sulit berkonsentrasi

Objektif

- a) Tampak gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif

- a) Mengeluh pusing
- b) Anoreksia
- c) Palpitasi
- d) Merasa tidak berdaya

Objektif

- a) Frekuensi napas meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) Tekanan darah meningkat
- d) Diaphoresis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih

5) 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. Kekurangan/kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
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 / melindungi integritas jaringan

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Kerusakan jaringan dan lapisan kulit

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif	Objektif
-----------	----------

(tidak tersedia)

- a) Nyeri
- b) Perdarahan
- c) Kemerahan
- d) Hematoma

2.3.3 Intervensi Keperawatan

PPNI (2018) menyatakan bahwa yang dimaksud dengan intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit diare adalah sebagai berikut:

1) Diare (D.0020)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Kontrol pengeluaran feses meningkat
2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
3. Mengejan saat defekasi menurun
4. Konsistensi feses membaik
5. Frekuensi BAB membaik
6. Peristaltik usus membaik

Intervensi Manajemen Diare (1.03101) :**a) Observasi**

1. Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu)
2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan
3. Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, keputihan pada bayi)
4. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses
5. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)
6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal
7. Monitor jumlah dan pengeluaran diare
8. Monitor keamanan penyiapan makanan

b) Terapeutik

1. Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, *Pedialyte*, *renalyte*)
2. Pasang jalur intravena
3. Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu
4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu

c) Edukasi

1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa
3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI

d) Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)
2. Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine)
3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: *atapugit*, *smektit*, *kaolin-pektin*)

Intervensi Pemantauan Cairan (I.03101)**a) Observasi**

1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
2. Monitor frekuensi napas
3. Monitor tekanan darah
4. Monitor berat badan
5. Monitor waktu pengisian kapiler
6. Monitor elastisitas atau turgor kulit
7. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine
8. Monitor kadar albumin dan protein total
9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN)

10. Monitor intake dan output cairan

11. Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, hasil, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)

12. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)

13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)

b) Terapeutik

1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
2. Dokumentasikan hasil pemantauan

c) Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2. Dokumentasikan hasil pemantauan

2) Hipovolemia (D.0023)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil sebagai berikut:

1. Kekuatan nadi meningkat
2. Output urine meningkat
3. Membran mukosa lembab meningkat
4. Ortopnea menurun
5. Dispnea menurun
6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun
7. Edema anasarka menurun
8. Edema perifer menurun
9. Frekuensi nadi membaik
10. Tekanan darah membaik
11. Turgor kulit membaik
12. Jugular venous pressure membaik
13. Hemoglobin membaik
14. Hematokrit membaik

Intervensi Manajemen Hipovolemia (I.03116) :

a) Observasi

1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
2. Monitor intake dan output cairan

b) Terapeutik

1. Hitung kebutuhan cairan

2. Berikan posisi modified Trendelenburg
3. Berikan asupan cairan oral

c) Edukasi

1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

d) Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL)
2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)
4. Kolaborasi pemberian produk darah

3) Defisit Nutrisi (D.0019)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut:

1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
2. Berat badan membaik
3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik

Intervensi manajemen nutrisi (1.03119) :

a) Observasi

1. Identifikasi status nutrisi
2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
3. Identifikasi makanan yang disukai
4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

6. Monitor asupan makanan
7. Monitor berat badan
8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

b) Terapeutik

1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
6. Berikan suplemen makanan, jika perlu
7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi

c) Edukasi

1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu
2. Ajarkan diet yang diprogramkan

d) Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

Promosi Berat Badan (I.03136)

a) Observasi

1. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang
2. Monitor adanya mual dan muntah

3. Monitor jumlah kalori yang di konsumsi sehari-hari
4. Monitor berat badan
5. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum

b) Terapeutik

1. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu
2. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis: makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi)
3. Hidangkan makanan secara menarik
4. Berikan suplemen, jika perlu
5. Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai

c) Edukasi

1. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau
2. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan

4) Ansietas (D.0080)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Verbalisasi kebingungan menurun
2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
3. Perilaku gelisah menurun

4. Perilaku tegang menurun
5. Konsentrasi membaik
6. Pola tidur membaik

Intervensi reduksi ansietas (1.09314) :

a) Observasi

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

b) Terapeutik

1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
3. Pahami situasi yang membuat ansietas
4. Dengarkan dengan penuh perhatian
5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

c) Edukasi

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
8. Latih Teknik relaksasi

d) Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu

Intervensi Terapi relaksasi (I.09326)

a) Observasi

1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya
4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi

b) Terapeutik

1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan

2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
3. Gunakan pakaian longgar
4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai

c) Edukasi

1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
6. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

5) Gangguan integritas kulit (D.0129)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Kerusakan jaringan menurun
2. Kerusakan lapisan kulit menurun

Intervensi Perawatan Integritas Kulit (I.11353)**a) Observasi**

1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

b) Terapeutik

1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

c) Edukasi

1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)
2. Anjurkan minum air yang cukup
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (PPNI, 2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keperawatan antara lain: kemampuan intelektual, teknikal, dan interpersonal; kemampuan menilai data baru; kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan; penyesuaian selama berinteraksi dengan klien; kemampuan mengambil keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan; kemampuan untuk menjamin kenyamanan dan keamanan serta efektivitas tindakan (PPNI, 2019)

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Olfah & Ghofur, 2016).

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, Assessment, Planning).

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

1. S (Subyektif), yaitu keluhan-keluhan pasien (apa saja yang dikatakan pasien, keluarga pasien dan orang terdekat pasien)
2. O (Obyektif), yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat
3. A (Assessment), yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi pasien
4. P (Planning), yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pasien selanjutnya.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Rancangan dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif dalam bentuk studi kasus. Rancangan penelitian deskriptif adalah suatu desain penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini menggunakan desain penelitian berupa deskriptif kualitatif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Asuhan Keperawatan pada Anak Balita yang Mengalami Diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar secara komprehensif dan menyeluruh. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, melakukan implementasi dan mengevaluasi. Studi kasus adalah bagian dari metode kualitatif yang mendalam dengan melibatkan pengumpulan beraneka ragam sumber informasi.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus sehingga peneliti memiliki acuan yang jelas dalam melakukan penelitian agar akurat dan terstruktur. Batasan istilah dalam penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan kepada anak balita yang mengalami diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Asuhan keperawatan merupakan tindakan keperawatan langsung pada klien, yang pelaksanaannya meliputi pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan mengevaluasi pada anak balita yang mengalami diare. Diare adalah suatu

keadaan dimana terjadi pola perubahan BAB lebih dari biasanya (lebih dari 3x dalam sehari) disertai dengan perubahan konsistensi tinja lebih lembek, encer atau berair yang mungkin dapat disertai mual muntah maupun tinja berdarah. Sedangkan balita adalah anak dengan usia di bawah lima tahun, dalam usia itu anak mulai mengenal lingkungan, aktif bermain, dan juga merupakan masa yang penting di dalam proses tumbuh kembang manusia karena tahap tumbuh kembangnya berjalan dengan cepat.

3.3 Partisipasn

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 pasien diare yang dirawat di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar dengan kriteria :

1. Pasien dengan diare tanpa komplikasi dan penyakit penyerta
2. Pasien anak balita
3. Pasien dengan kesadaran composmentis
4. Keluarga pasien bersiap menjadi responden
5. Pasien yang diperkirakan masih akan mendapatkan perawatan selama 3 hari ke depan

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Tempat Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar

3.4.2 Waktu Penelitian

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini dilakukan pada 11 April 2025 sampai 13 April 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan dan Instrumen

Instrumen 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 instrumen 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

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

Tahap Persiapan yaitu penelitian diawali dengan diterbitkannya surat izin penelitian dari Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek dengan nomor surat DP.04.03/F.XIII.15.5/95/2025. Setelah surat dari kampus terbit, saya mengajukan permohonan surat rekomendasi penelitian ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) Kota Blitar. Setelah memperoleh surat rekomendasi dari Bakesbangpol dengan nomor surat 070/65/410.204.1/2025 , saya menyerahkan dokumen tersebut ke bagian umum dan bagian kepegawaian RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Setelah melalui proses administrasi, surat perizinan penelitian dari bagian kepegawaian RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar pun terbit dengan nomor surat 800/52.6.1/410.302.3/KEP/I/2025. Tahap Pelaksanaan yaitu setelah memperoleh surat izin resmi dari rumah sakit, saya mulai melaksanakan kegiatan penelitian di ruang rawat inap Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Tahapan pengumpulan data dimulai dengan mencari klien yang sesuai dengan kriteria penelitian. Setelah menemukan klien yang sesuai, saya membangun hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarganya, memperkenalkan diri, serta menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, proses yang akan dijalani, hak-hak partisipan, dan meminta persetujuan untuk berpartisipasi. Tahap berikutnya, keluarga pasien menandatangani lembar informed consent sebagai bentuk persetujuan tertulis. Selanjutnya dilakukan tahap kontrak, yaitu menentukan waktu pelaksanaan asuhan keperawatan bersama keluarga pasien. Saya melaksanakan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian awal yang mencakup wawancara mengenai data dasar (nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu, riwayat kesehatan keluarga,

riwayat prenatal, natal, postnatal, pertumbuhan dan perkembangan anak, serta pola fungsi kesehatan), dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik secara menyeluruh. Setelah pengkajian selesai dilakukan, saya menentukan diagnosa keperawatan yang sesuai, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan intervensi yang telah direncanakan, serta mengevaluasi hasil dari tindakan yang diberikan. Tahap Terminasi Saya mengakhiri proses asuhan keperawatan ketika kondisi klien menunjukkan perbaikan, pasien dinyatakan sembuh, dan diperbolehkan pulang oleh tim medis. Setelah semua data berhasil dikumpulkan dari lahan penelitian, saya melanjutkan dengan proses analisis data untuk menyusun laporan hasil penelitian

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.

Transferability 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 masukan. Melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing I, II dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisis Data

Menurut Sugiono (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

Dalam bab ini akan dibahas tentang hasil studi kasus dan pembahasan dari penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 11 April sampai 13 April 2025. Hasil studi kasus dari penelitian ini meliputi gambaran lokasi pengambilan data, asuhan keperawatan, dan hasil analisis kesenjangan antara teori dan fakta.

4.1 Hasil

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

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 11 April sampai 13 April 2025 dengan judul Asuhan Keperawatan Anak Balita Dengan Diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Ruang Nusa Indah terletak dilantai 1, yang terdiri dari 7 kamar, yaitu kamar 1A HCU yaitu ruang perawatan intensif pada anak yang berisi 4 bed , kamar 1B merupakan kamar isolasi yaitu ruang perawatan anak yang berisiko menular berisi 4 bed, kamar 2A dan 2B merupakan kamar perawatan kelas 3 yang berisi 6 bed setiap kamarnya. Kamar 3A dan 3B merupakan kamar perawatan kelas 2 yang berisi 4 bed. Dan kamar 4A dan 4B merupakan kamar perawatan kelas 1 yang berisi 2 bed. Adapun partisipan pada penelitian yaitu “An. H” sebagai pasien dan didapatkan hasil sebagai berikut.

4.1.2 Pengkajian

4.1.2.1 Identitas Pasien

Tabel 4.1 Data Pengkajian

Identitas Pasien	Pasien
Biodata pasien	
a) Nama	An. H
b) Umur	1 tahun 1 bulan
c) Jenis kelamin	Laki - laki
d) Dx. Medis	Diare Dehidrasi Sedang
e) Reg	777xxx
f) Tgl MRS	11 April 2025 00.30 WIB
g) Tgl pengkajian	11 April 2025 14.00 WIB
Biodata Keluarga	
a. Nama ayah	Tn. H
(1) Umur	29 tahun
(2) Agama	Islam
(3) Pendidikan	D4
(4) Pekerjaan	Wiraswasta
(5) Suku bangsa	Jawa
(6) Alamat	Dsn. Talok RT 02 / RW 03 Pojok, Garum, Kabupaten Blitar, Jawa Timur
b. Nama ibu	Ny. W
(1) Umur	29 tahun
(2) Agama	Islam
(3) Pendidikan	S1
(4) Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
(5) Suku bangsa	Jawa
(6) Alamat	Dsn. Talok RT 02 / RW 03 Pojok, Garum, Kabupaten Blitar, Jawa Timur

4.1.2.2 Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien
1. Keluhan Utama	
a) Saat MRS	Ibu pasien mengatakan pasien BAB cair sejak pagi sebanyak >10 x dalam sehari, pasien lemas dan badannya panas
b) Saat di kaji	Ibu pasien mengatakan sejak px dipindahkan ke Ruang Nusa Indah px BAB sebanyak 6x, dengan konsistensi cair, berwarna kuning kehijauan, serta px enggan makan dan hanya mau minum ASI sedikit-sedikit, px badannya lemas.

2. Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu pasien mengatakan diare terus menerus sejak 2 hari yang lalu dan pada tanggal 9 April 2025 px diare terus menerus sebanyak 5x dalam sehari dengan konsistensi lembek. Lalu, pada tanggal 10 April 2025 Pukul 22.00 pasien datang ke IGD RSUD Mardi Waluyo dengan keluhan BAB cair berwarna kuning kehijauan sebanyak >10 x dalam sehari, pasien lemas, nafsu makan menurun hanya bisa minum ASI, dengan GCS E4 v5 m6 dan hasil TTV = Suhu : 37,3°C, Nadi : 120 x / menit, Respiration Rate : 25 x /menit, dan SPO2 : 99%. Di IGD RSUD Mardi Waluyo px dipasang infus di tangan sebelah kiri dan mendapatkan terapi Rehidrasi D5 ½ NS 100 cc maintenance 500 cc / 24 jam , Injeksi Ondancetron 1 mg, Injeksi Santagesic 100 mg. Lalu pada tanggal 11 April 2025 pukul 00.30 px dipindahkan keruang Nusa Indah untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.
3. Riwayat Kesehatan Yang Lalu	Ibu px mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami diare, hanya sakit panas dan batuk pilek.
4. Riwayat Kehamilan dan persalinan	Ibu pasien mengatakan selama kehamilan tidak ada masalah dan rutin kontrol kehamilan ke Dr. Nova Hanafi, Sp. OG b) Natal Ibu pasien mengatakan jika saat melahirkan pasien secara normal di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar c) Post Natal Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan dan saat pemberian ASI selalu menjaga kebersihan
5. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan	a) Pertumbuhan Ibu pasien mengatakan saat lahir BB pasien adalah 3100 gram dan TB 48 cm, dan saat ini pasien 1 tahun 1 bulan mempunyai BB 9 kg dan TB 72 cm b) Perkembangan 1. Motorik Kasar - Anak mulai bisa tengkurap pada usia 4 bulan.

	- Mampu duduk sendiri tanpa bantuan sejak usia 6 bulan sudah dapat berjalan secara mandiri pada usia 1 tahun 1 bulan, meskipun masih sering terjatuh jika berjalan terlalu cepat.
	2. Motorik Halus - Mampu meraih benda di sekitarnya. - Bisa memasukkan mainan ke dalam wadah dengan cukup tepat. - Sudah mulai makan sendiri menggunakan sendok, walau masih belepotan.
	3. Bahasa - Mengucapkan kata “mam... mam...” saat lapar untuk meminta makan. - Mulai bisa menyebut “Bu... bu...” saat melihat ibunya. - Pelafalan belum sempurna, tetapi dapat dimengerti.
	4. Personal Sosial - Sudah mengenali ayah, ibu dan anggota keluarga lainnya. - Memberi respons positif seperti tersenyum, mendekat, atau memanggil saat melihat orang yang dikenali.
1. Riwayat Imunisasi	Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah mendapatkan imunisasi dasar (BCG, Hepatitis B, Polio, DPT, Campak).
2. Riwayat Pemberian Nutrisi	Ibu pasien mengatakan pasien menerima ASI sampai sekarang
3. Riwayat Kesehatan Keluarga	a) Riwayat Penyakit Keluarga Keluarga tidak ada yang menderita diare b) Lingkungan rumah dan komunitas Lingkungan tempat tinggal pasien termasuk area padat penduduk. Meskipun rumah dalam kondisi bersih dan terawat, masih ditemukan sampah yang

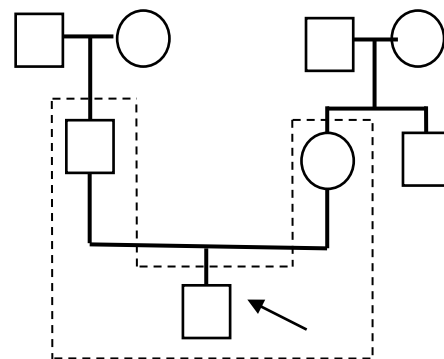
- menumpuk di sekitar pemukiman dan saluran air yang kurang lancar
- c) Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan

Anak yang sedang aktif-aktifnya mengeksplorasi lingkungan lewat mulut, seperti memasukkan mainan atau benda ke mulut, berisiko lebih tinggi tertular melalui jalur fecal-oral dan px juga jarang cuci tangan.

- d) Persepsi keluarga

Keluarga menunjukkan kepedulian tinggi terhadap kesehatan anak. Ibu pasien segera membawa anak ke dokter spesialis anak untuk mendapat penanganan medis sebelum akhirnya dibawa ke rumah sakit. Ini menunjukkan bahwa keluarga cukup terbuka terhadap layanan kesehatan dan memiliki kesadaran bahwa diare pada anak bukanlah kondisi yang bisa disepelekan.

Genogram



Keterangan :

□ = Laki-laki — = Garis Perkawinan

○ = Perempuan | = Garis Keturunan

↖ = Pasien - - - - = Tinggal serumah

6. Riwayat Psikososial	Pasien tinggal bersama kedua orang tuanya, hubungan antara anggota keluarga harmonis. Pasien diasuh oleh kedua orang tuanya.
7. Riwayat Sosial Budaya	Pasien merupakan anak pertama sekaligus anak tunggal yang tinggal bersama kedua orang tuanya di lingkungan rumah yang bersih dan teratur. Rumah memiliki ventilasi yang baik, pencahayaan cukup, serta lingkungan sekitar yang tertata rapi dan tidak padat penduduk. Kebersihan rumah terjaga, termasuk kebersihan lantai dan peralatan makan anak. Sampah rumah tangga dibuang secara teratur ke tempat pembuangan yang telah disediakan oleh lingkungan setempat, sehingga tidak menumpuk dan tidak menjadi sumber infeksi. Meskipun kebersihan lingkungan dan makanan telah diperhatikan, anak usia 13 bulan berada pada fase aktif mengeksplorasi lingkungan sekitar melalui mulut, seperti memasukkan mainan, tangan, atau benda lain ke dalam mulut. Hal ini berpotensi meningkatkan risiko masuknya kuman penyebab infeksi saluran cerna yang dapat menyebabkan diare. Hubungan antar anggota keluarga tampak harmonis, dan orang tua sangat mendukung tumbuh kembang anak, termasuk dalam hal kesehatan. Selama anak sakit, ibu berperan aktif dalam perawatan dan menjadi pengambil keputusan utama. Sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien sempat diperiksakan ke dokter spesialis anak (DSA) untuk penanganan awal. Keluarga memiliki pola pikir terbuka terhadap pengobatan modern dan tidak memiliki kebiasaan menggunakan pengobatan tradisional.
8. Riwayat Spiritual	Keluarga beragama Islam dan percaya bahwa kesembuhan merupakan bagian dari ikhtiar medis yang disertai dengan doa.

4.1.2.3 Pola Kebiasaan Sehari – Hari

Tabel 4.3 Pola Kebiasaan Sehari – Hari

Pola Sehari-hari	Di rumah	Di RS
Nutrisi	Selama 24 jam, pasien minum ASI sebanyak $\pm$ 350 ml dan mengonsumsi MPASI bubur dan buah lunak ($\pm$ 50 ml).	Saat di rumah sakit, selama 12 jam pasien minum ASI sebanyak $\pm$ 150 ml. Pemberian makanan tambahan dari rumah sakit dikonsumsi $\pm$ 50 ml.
Eliminasi	Pada 9 April 2025, selama 24 jam pasien BAB cair sebanyak $\pm$ 5 kali/hari. Warna feses normal. Frekuensi BAK 5 – 6x dalam sehari	Ibu px mengatakan sejak di Ruang Nusa Indah selama 12 jam px BAB cair berwarna kuning kehijauan sebanyak 6 kali $\pm$ 600ml. Frekuensi BAK $\pm$ 300ml.
Istirahat/tidur	Ibu pasien mengatakan pasien tidur siang jam 12.00 sampai jam 14.00 lalu tidur malam jam 21.00 sampai jam 06.00 pagi. Pasien tidak ada gangguan jam tidur. Jadi jumlah jam tidur pasien adalah 10 jam	Ibu pasien mengatakan pasien sulit tidur nyenyak sejak MRS. Pasien tidur mulai pukul 02.00 dini hari, sering terbangun setiap satu – dua jam lalu tidur lagi dan bangun pukul 06.00 pagi. Pada siang hari, pasien tidur pukul 12.00 sampai jam 13.00 tetapi sering terbangun.
Aktivitas	Keluarga mengatakan saat dirumah pasien aktif bermain.	Pasien berbaring di tempat tidur dan sesekali digendong ibunya
Personal Hygiene	Ibu pasien mengatakan pasien mandi 2x sehari dengan air hangat. Keramas 3x seminggu, dan potong kuku saat kukunya sudah mulai panjang.	Ibu pasien mengatakan pasien sudah disibin tadi pagi pukul 08.00 WIB

4.1.2.4 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien
Keadaan umum	Kesadaran composmentis, k/u lemah, pasien tampak rewel, Terpasang infus ditangan kiri
Tanda-tanda vital	
a) Suhu	36,7 °C
b) Nadi	124x/menit
c) Respiratory Rate	25x/menit
d) SPO2	99%
Status gizi	BB : 9 kg TB : 75 cm Usia : 1 tahun 1 bulan (13 bulan) $IMT = \frac{BB}{(TB)^2}$ $IMT = \frac{9}{(0,75)^2}$ $IMT = \frac{9}{0,5625}$ $= 16$ $Z \text{ Score} = \frac{(16-16)}{0,065}$ $Z \text{ Score} = \frac{0}{0,065}$ $Z \text{ Score} = 0$ Status gizi normal
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 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 di tengah, tidak ada sekret, tidak ada kelainan.
Mulut	Mukosa bibir kering, tidak sianosis.
Leher	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis
Dada	Inspeksi
a. Paru	Bentuk dada normal chest, tidak ada retraksi interkosta, RR = 25 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 <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
Abdomen	Inspeksi Simetris, tidak ada bekas luka, tidak ada banyangan pembuluh darah. Auskultasi Peristaltik usus 30x/menit Palpasi Tidak ada benjolan atau massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan Perkusi Suara perut terdengar <i>hipertympani</i>
Genetalia dan anus	Tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan.
Ekstremitas	Tidak ada edema, tidak ada luka, tidak ada benjolan, terpasang infus ditangan sebelah kiri.
Integumen	Warna kulit coklat, tampak bersih, akral teraba hangat, 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 Tanggal 10 April 2025

Tabel 4.5 Lab Darah Lengkap 1

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
HGB Hemoglobin)	11.6	13.2 – 17.3	g/dL
HCT Hematokrit)	35.6	40 – 52	%
HBC Eritrosit)	5.04	4.4 – 5.8	$\times 10^6/\text{ul}$
Nilai-nilai MC			
MCV	70.6	80 – 100	fL
MCH	23.0	26 – 34	Pg
MCHC	32.6	32 – 36	g/dL
MCB Leukosit	9.3	3.8 – 10.6	$\times 10^3/\text{ul}$
Hitung Jenis			
% Eosinofil	1	2 – 4	%
% Basofil	0	0 – 1	%
% Neutrofil Stab	2	3 – 5	%
% Neutrofil Segmen	22	50 – 70	%
% Limfosit	70	25 – 40	%
% Monosit	5	2 – 8	%
PLT Trombosit)	140	150 – 440	$\times 10^3/\text{ul}$
LED	22 - 39	0 - 15	mm/jam
IMUNO SEROLOGI			
Anti-Salmonella IgG & IgM			
Anti-Salmonella IgG	Negatif	Negatif	
Anti-Salmonella IgM	Negatif	Negatif	

Pemeriksaan Darah Lengkap pada Tanggal 12 April 2025

Tabel 4.6 Lab Darah Lengkap 2

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	12.70	10.80 – 12.80	g/dL
Leukosit	7.62	5.00 – 15.50	$10^3/\text{ul}$
Trombosit	55.7	150.0 – 450.0	$10^3/\text{ul}$
Hematokrit	39.5	35.0 – 43.0	%
Eritrosit	5.39	3.60 – 5.20	$10^6/\text{ul}$
Hitung Jenis			
% Eosinofil	2	1 – 5	%
% Basofil	1	0 – 1	%
% Neutrofil	12	17 – 60	%
% Limfosit	75	20 – 70	%
% Monosit	10	1 – 11	%
MCV	73.2	73.0 – 101.0	fL
MCH	23.5	23.0 – 31.0	Pg
MCHC	32.2	26.0 – 34.0	g/L

4.1.2.6 Pelaksanaan Terapi

Tabel 4.7 Pelaksanaan Terapi

TERAPI	An. H
Infus Pump	KAEN 3B 20,83 cc/jam
Injeksi	Metronidazole 3 x 100 mg Santagesic 3 x 100 mg Ondancentron 3 x 1 mg
Oral	Orezinc 2 x 2,5 ml Tremenza 3 x 2,5 ml
Diet	TKTP

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

No	Analisa Data	Masalah	Etiologi
1	DS : Ibu pasien mengatakan pasien BAB sebanyak 6x dengan konsistensi cair berwarna kuning kehijauan. Ibu pasien mengatakan bahwa saat dirumah, pasien sering memasukkan barang/mainan kedalam mulut dan jarang cuci tangan DO : - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - BAB sebanyak 6x - Feses cair sedikit ampas - Feses berwarna kuning kehijauan - Bising usus 30x/menit - Hasil TTV : S = 36,7 °C N = 124 x / menit RR = 25 x / menit Spo2 = 99 %	Diare	Terpapar Kontaminan
2	DS : Ibu pasien mengatakan pasien enggan makan dan hanya mau minum ASI sedikit-sedikit DO : - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - Mata tampak cunong - Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Hasil TTV : S = 36,7 °C N = 124 x / menit RR = 25 x / menit Spo2 = 99 % - Turgor kulit > 2 detik - CRT < 2 detik - Intake = Air Metabolisme : 8ml/kgBB/24jam = 8ml/9kg/24jam = 8 x 9 ml = 72 ml : 2 = 36 ml	Hipovolemia	Kekurangan intake cairan

	ASI = 150 ml Makan = 50 ml Cairan Infus = 250 ml Air Metabolisme = 36 ml Total = 486 ml Output = IWL = = (30 – usia anak dalam tahun) x BB (kg) = (30 – 1,1) x 9 = 28,9 x 9 = 260,1 Feses = 600 ml Urine = 300 ml IWL = 260,1 ml Total = 1.160,1 ml Balance Cairan = Intake – Output = 486 ml - 1.160,1 ml = -674,1		
--	--	--	--

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Dx. Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1	11/04/2025	Diare b.d Terpapar kontaminan d.d DS : Ibu pasien mengatakan pasien BAB sebanyak 6x dengan konsistensi cair berwarna kuning kehijauan. Ibu pasien mengatakan bahwa saat dirumah, pasien sering memasukkan barang/mainan kedalam mulut dan jarang cuci tangan DO : - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - BAB sebanyak 6x (± 600cc) - Feses cair sedikit ampas - Feses berwarna kuning kehijauan - Bising usus 30x/menit - Hasil TTV : S = 36,7 °C N = 124 x / menit RR = 25 x / menit Spo2 = 99 %		
2	11/04/2025	Hipovolemia b.d Kekurangan intake cairan d.d DS : Ibu pasien mengatakan pasien enggan makan dan hanya mau minum ASI sedikit-sedikit		

		DO : - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - Mata tampak cowong - Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Hasil TTV : - S = 36,7 °C - N = 124 x / menit - RR = 25 x / menit - Spo2 = 99 % - Turgor kulit > 2 detik - CRT < 2 detik - Intake = Air Metabolisme : $8\text{ml/kgBB}/24\text{jam}$ $= 8\text{ml}/9\text{kg}/24\text{jam}$ $= 8 \times 9 \text{ ml}$ $= 72 \text{ ml} : 2$ $= 36 \text{ ml}$ ASI = 150 ml Makan = 50 ml Cairan Infus = 250 ml Air Metabolisme = 36 ml Total = 486 ml Output = IWL = $= (30 - \text{usia anak dalam tahun}) \times \text{BB (kg)}$ $= (30 - 1,1) \times 9$ $= 28,9 \times 9$ $= 260,1$ Feses = 600 ml Urine = 300 ml IWL = 260,1 ml Total = 1.160,1 ml Balance Cairan = Intake – Output = $486 \text{ ml} - 1.160,1 \text{ ml} = -674,1$		
--	--	--	--	--

4.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 4.10 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Tgl	No. Dx. Kep	SLKI	SIKI	Rasional	TTD
1	11/04/2025	SDKI D.0020	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat (nilai 5) 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun (nilai 5) 3. Mengejan saat defekasi menurun (nilai 5) 4. Konsistensi feses membaik (nilai 5) 5. Frekuensi BAB membaik (nilai 5) 6. Peristaltik usus membaik (nilai 5)	a) Observasi 1. Identifikasi penyebab 2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan 3. Identifikasi gejala invaginasi 4. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 5. Monitor tanda dan gejala hypovolemia 6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 7. Monitor jumlah dan pengeluaran diare 8. Monitor keamanan penyiapan makanan b) Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Pasang jalur intravena 3. Berikan cairan intravena, jika perlu 4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit	a) Observasi 1. Untuk mengetahui etiologi diare agar intervensi yang diberikan tepat sasaran. 2. Untuk mengetahui apakah terdapat makanan yang dapat memicu diare atau tidak. 3. Untuk mendeteksi komplikasi serius dari diare yang memerlukan penanganan medis segera. 4. Sebagai indikator tingkat keparahan diare dan untuk evaluasi efektivitas terapi. 5. Untuk mengantisipasi kondisi yang memerlukan terapi cairan segera. 6. Untuk mencegah infeksi sekunder dan memberikan perawatan kulit yang sesuai. 7. Sebagai acuan dalam menentukan tingkat dehidrasi dan respon terhadap terapi cairan. 8. Untuk mencegah diare berulang akibat kontaminasi makanan.	

				5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu c) Edukasi 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa 3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI d) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas 2. Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik 3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses	b) Terapeutik 1. Untuk mengganti kehilangan cairan dan elektrolit akibat diare serta mencegah dehidrasi. 2. Untuk memfasilitasi pemberian cairan dan obat-obatan jika pasien tidak bisa minum atau diare berat. 3. Untuk mengoreksi defisit cairan dan elektrolit secara cepat pada kasus dehidrasi sedang-berat. 4. Untuk menilai adanya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta infeksi sistemik. 5. Untuk mengidentifikasi agen penyebab diare apabila dicurigai penyebab infeksi bakteri. c) Edukasi 1. Untuk mengurangi beban saluran pencernaan dan mencegah mual atau muntah. 2. Untuk mengurangi beban saluran pencernaan dan mencegah mual atau muntah. 3. Karena ASI membantu menjaga hidrasi, dan meningkatkan daya tahan tubuh.	
--	--	--	--	---	--	--

					d) Kolaborasi 1. Untuk menurunkan motilitas usus dan mengurangi frekuensi diare bila diindikasikan. 2. Untuk meredakan nyeri perut akibat spasme pada saluran cerna. 3. Untuk membantu menyerap toksin dan memperbaiki konsistensi feses.	
2	11/04/2025	SDKI D.0023	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)	a) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan b) Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral c) Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak d) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis	a) Observasi 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala hipovolemia 2. Untuk menilai keseimbangan cairan dalam tubuh b) Terapeutik 1. Supaya pemberian cairan bisa sesuai dengan berat badan dan derajat dehidrasinya 2. Untuk mencegah dehidrasi lebih lanjut c) Edukasi 1. Agar bisa membantu memenuhi kebutuhan cairan harian dan mencegah kekurangan cairan 2. Untuk mencegah pusing d) Kolaborasi 1. Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang secara	

			7. Turgor kulit membaik (nilai 5) 8. Berat badan membaik (nilai 5) 9. Diare berhenti (5)	3. Kolaborasi pemberian cairan koloid, jika perlu 4. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu	cepat pada kasus dehidrasi sedang–berat. 2. Agar keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh tetap terjaga. 3. Agar sirkulasi darah tetap optimal dan perfusi jaringan terjaga.	
--	--	--	---	--	---	--

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.11 Impelementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	No. Dx. Kep	Implementasi	Tanda Tangan
1	11/04/2025 14.30 14.35 14.40 15.00 15.30 15.45 17.00 20.00 20.15	D.0020	1. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien. 2. Mengidentifikasi penyebab Hasil = Terpapar kontaminan Ibu px mengatakan px sering memasukkan barang / mainan ke dalam mulut dan jarang cuci tangan. 3. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan Hasil = Ibu pasien mengatakan bahwa pasien makan MPASI buatan ibu sendiri 4. Memberikan injeksi IV - Metronidazole 100mg - Santagesic 100mg 5. Mengajarkan makan dengan porsi kecil tapi sering secara bertahap 6. Mengajarkan melanjutkan pemberian ASI 7. Memberikan edukasi tentang lima pilar penatalaksanaan diare yaitu - Memberikan cairan yang cukup - Memberikan nutrisi yang adekuat - Memberikan zinc - Memberikan antibiotik sesuai indikasi - Memberikan edukasi kepada orangtua tentang diare dan cara pencegahannya 8. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Hasil = Feses berwarna kuning kehijauan, Frekuensi BAB sebanyak 3x (± 400 cc). Konsistensi feses cair dengan sedikit ampas. 9. Memonitor TTV Hasil TTV = S = 36,6°C N = 106x/menit RR = 22x/menit SPO2 = 100%	
2	11/04/2025 14.40	D.0023	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipovolemia Hasil = - Px tampak lemas - Mata tampak cekung - Mukosa bibir kering	

			- Kulit teraba kering	
	14.50		2. Memberikan injeksi Ondancetron 1mg	
	14.55		3. Menganjurkan memperbanyak makan dan minum	
	20.05		4. Memonitor Turgor kulit dan CRT Hasil = - Turgor kulit > 2 detik - CRT < 2 detik	
	20.30		5. Memonitor intake dan output cairan Intake = ASI = 200 ml Makan = 50 ml Cairan Infus = 125 ml Injeksi = 11 ml <u>Air Metabolisme = 36 ml</u> Total = 422 ml Output = Feses = 400 ml Urine = 300 ml IWL = 260,1 ml <u>Total = 960,1ml</u> Balance Cairan = Intake – Output = 422 ml – 960,1 ml = -538,1 ml	

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	Diagnosa	Evaluasi
1	11/04/2025 20.20	Diare b.d Terpapar Kontaminan	S = Ibu pasien mengatakan hari ini pasien BAB sebanyak 8x dengan konsistensi cair sedikit berampas O = - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - BAB sebanyak 3x ($\pm 400\text{cc}$) - Konsistensi feses cair sedikit ampas - Feses berwarna kuning kehijauan - Bising usus 33x/menit - Hasil TTV $S = 36,5^\circ\text{C}$ $N = 106\text{x/menit}$ $RR = 22\text{x/menit}$ $SPO_2 = 100\%$ A = Masalah diare belum teratasi P = Intervensi manajemen diare dilanjutkan 1. Memberikan injeksi IV - Metronidazole 100mg - Santagesic 100mg 2. Menganjurkan makan dengan porsi kecil tapi sering secara bertahap 3. Menganjurkan melanjutkan pemberian ASI 4. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 5. Monitor jumlah dan pengeluaran diare 6. Memonitor TTV
2	11/04/2025 20.40	Hipovolemia b.d Kekurangan intake cairan	S = Ibu px mengatakan px masih enggan makan dan minum ASI sedikit-sedikit O = - K/u lemah - Kesadaran Composmentis - Px tampak lemas - Mata tampak cowong - Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Turgor kulit > 2 detik - CRT < 2 detik

			Intake = ASI = 200 ml Makan = 50 ml Cairan Infus = 125 ml Injeksi = 11 ml Air Metabolisme = 36 ml Total = 422 ml Output = Feses = 400 ml Urine = 300 ml IWL = 260,1 ml Total = 960,1ml Balance Cairan = Intake – Output = 422 ml – 960,1 ml = -538,1 ml - Hasil TTV = S = 36,5 °C N = 106x/menit RR = 22x/menit SPO2 = 100% A = Masalah Hipovolemia belum teratasi P = Intervensi Manajemen Hipovolemia dilanjutkan 1. Memonitor tanda-tanda hipovolemia 2. Memonitor turgor kulit dan CRT 3. Memonitor TTV 4. Memberikan asupan cairan oral 5. Kolaborasi pemberian cairan KAEN 3B 500cc/24jam 6. Memonitor intake output
--	--	--	--

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.13 Catatan Perkembangan

No	Tgl / Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	12/04/2025 14.00 14.30 18.00 18.30 18.40 20.00 20.10	D.0020	1. Memonitor TTV Hasil TTV : S: 36,3°C N: 89x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 98% 2. Memberikan injeksi IV - Metronidazole 100mg - Santagesic 100mg 3. Memberikan obat oral orezinc 2,5 ml 4. Menganjurkan makan dengan porsi kecil tapi sering secara bertahap 5. Menganjurkan pemberian ASI Hasil = ASI tetap diberikan, anak menyusu lebih tenang. 6. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Hasil = Frekuensi BAB 2x/hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, volume ±200 cc. 7. Monitor jumlah dan pengeluaran diare Hasil = Frekuensi BAB 2X ±200 cc.	S = Ibu pasien mengatakan frekuensi BAB sudah mulai berkurang, px BAB sebanyak 2x dengan konsistensi lembek O = - K/u cukup - Kesadaran Composmentis - Mulut tampak kering - Frekuensi BAB 2x - Volume feses ±200 cc - Konsistensi lembek - Warna feses kuning kecoklatan - Bising usus 25x/menit - Turgor kulit <2 detik - CRT <2 detik - Hasil TTV = S: 36,6°C N: 106x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 100% A = Masalah diare belum teratasi P = Lanjutkan Intervensi
2	12/04/2025 14.00 14.30	D.0023	1. Memonitor Hasil TTV Hasil TTV : S: 36,3°C N: 89x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 98% 2. Memberikan injeksi IV Ondancentron 1 mg	S = Ibu px mengatakan px lebih segar dan mau makan sedikit demi sedikit. O = - K/u cukup - Kesadaran Composmentis - Px tampak lemas - Mata tampak cowong

	15.05		3. Menganjurkan memperbanyak makan dan minum Hasil = Ibu px mengatakan px sudah mau makan sedikit demi sedikit	- Mukosa bibir kering - Kulit teraba kering - Turgor kulit <2 detik - CRT <2 detik - Intake = ASI = 350 ml Makan = 75 ml Cairan Infus = 125 ml Injeksi = 11 ml <u>Air Metabolisme = 36 ml</u> Total = 597 ml
	16.00		4. Mengganti cairan infus KAEN 3B	- Output = Feses = 200 ml Urine = 200 ml <u>IWL = 260,1 ml</u> Total = 660,1 ml
	20.15		5. Memonitor CRT dan Turgor kulit Hasil = Turgor kulit <2 detik CRT <2 detik	- Balance Cairan = = 597 ml - 660,1ml = - 63,1 ml
	20.20		6. Memonitor intake dan output cairan Hasil = - Intake = ASI = 350 ml Makan = 75 ml Cairan Infus = 125 ml Injeksi = 11 ml <u>Air Metabolisme = 36</u> Total = 597 ml	- Hasil TTV : S: 36,6°C N: 106x/menit RR: 22x/menit SpO ₂ : 100%
	20.30		- Output = Feses = 200 ml Urine = 200 ml <u>IWL = 260,1 ml</u> Total = 660,1 ml - Balance Cairan = = 597 ml-660,1 ml = - 63,1 ml 7. Memonitor hasil TTV Hasil TTV : S: 36,6°C N: 106x/menit RR: 22x/menit SpO ₂ : 100%	A = Masalah hipovolemia belum teratasi P = Intervensi dilanjutkan

3	13/04/2025	D.0020	1. Memonitor Hasil TTV Hasil TTV : S: 36,5°C N: 103x/menit RR: 22x/menit SpO ₂ : 99%	S = Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x dengan konsistensi lebih padat O = - K/u baik - Kesadaran Composmentis - Frekuensi BAB 1x - Volume feses ±50 cc - Konsistensi padat - Warna feses normal - Turgor kulit <2 detik - CRT <2 detik - Bising usus 20x/menit - Hasil TTV = S: 36,4°C N: 99x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 100% A = Masalah diare teratasi P = Intervensi dihentikan Pasien KRS
	14.00			
	14.15		2. Menganjurkan makan dengan porsi kecil tapi sering. Hasil = Nafsu makan membaik, pasien makan dengan lahap.	
	14.20		3. Menganjurkan pemberian ASI Hasil = ASI tetap dilanjutkan, anak tampak puas menyusu.	
	16.10		4. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Hasil = BAB 1x, warna feses normal, konsistensi lebih padat. Volume ±50 cc.	
	16.15		5. Monitor jumlah dan pengeluaran diare Volume menurun signifikan, frekuensi dalam batas normal.	
4	13/04/2025	D.0023	6. Memonitor TTV Hasil TTV : S: 36,4°C N: 99x/menit RR: 22x/menit SpO ₂ : 100%	
	14.00			
	16.05		1. Menganjurkan memperbanyak cairan oral 2. Memonitor turgor kulit dan CRT Turgor kulit >2 detik CRT >2detik	

	16.20		3. Memonitor intake dan output cairan Intake = ASI = 400 ml Makan = 100 ml Cairan Infus = 125 ml <u>Air Metabolisme = 36</u> Total = 661 ml Output = Feses = 50 ml Urine = 100 ml <u>IWL = 260,1 ml</u> Total = 410,1 ml Balance Cairan = = 661 ml – 410,1 ml = 250,9 ml	- Mata tampak cawong menurun - Mukosa bibir lembab - Kulit teraba lembab - Turgor kulit <2 detik - CRT <2 detik - Intake = ASI = 400 ml Makan = 100 ml Cairan Infus = 125 ml <u>Air Metabolisme = 36 ml</u> Total = 661 ml - Output = Feses = 50 ml Urine = 100 ml <u>IWL = 260,1 ml</u> Total = 410,1 ml - Balance Cairan = 661 ml – 410,1 ml = 250,9 ml - Hasil TTV S: 36,4°C N: 99x/menit RR: 22x/menit SpO₂: 100% A = Masalah Hipovolemia teratasi P = Intervensi dihentikan Pasien KRS
--	-------	--	---	--

4.2 Hasil Analisa Perbedaan Antara Fakta dan Teori

Tabel 4.14 Hasil Anaalisa

No	Teori	Fakta	Keterangan
1	Identitas Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit. Identitas orang tua meliputi (nama ayah, nama ibu, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, umur) (Nursalam, 2005).	Nama An.H, Umur 1 tahun 1 bulan, jenis kelamin laki-laki, diagnosa medis diare, dikaji pada tanggal 11 April 2025, bersuku jawa, beragama islam. Ayah Tn. H bekerja sebagai wiraswasta, dan Ibunya Ny.W bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga	Tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta
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).	a) Saat MRS : Ibu pasien mengatakan pasien BAB cair sejak pagi sebanyak >10 x dalam sehari, pasien lemas dan badannya panas b) Saat di kaji : Ibu pasien mengatakan sejak px dipindahkan ke Ruang Nusa Indah px BAB sebanyak 6x, dengan konsistensi cair, berwarna kuning kehijauan, serta px enggan makan dan hanya mau minum ASI sedikit-sedikit, px badannya lemas.	Tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta
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	Ibu pasien mengatakan pasien diare terus menerus sejak 1 hari yang lalu dan pada tanggal 9 April 2025 px diare terus menerus sebanyak 5x dalam sehari dengan konsistensi lembek. Lalu, pada tanggal 10 April 2025 Pukul 22.00 pasien datang ke IGD RSUD Mardi Waluyo dengan keluhan	Tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta

	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 ml/kgBB/jam) dan berwarna sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat)	BAB cair berwarna hijau sebanyak >10x dalam sehari, pasien lemas, nafsu makan menurun hanya bisa minum ASI, dengan GCS E4 v5 m6 dan hasil TTV = Suhu : 36,5°C , Nadi : 120 x / menit, Respiration Rate : 25x/menit, dan SPO2 : 99%. Di IGD RSUD Mardi Waluyo px dipasang infus di tangan sebelah kiri dan mendapatkan terapi Rehidrasi D5 ½ NS 100 cc maintenance 800 cc / 24 jam , Injeksi Ondancetron 1 mg , Injeksi Santagesic 100 mg. Lalu pada tanggal 11 April 2025 pukul 00.30 WIB px dipindahkan keruang Nusa Indah untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.	
4	Riwayat Penyakit Dahulu Pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotic atau kortikosteoroid jangka panjang (perubahan candida albiciausdari saprofit menjadi parasit), alergi makanan, ISPA, ISK, OMA, campak. (Hartoyo, 2022)	Ibu px mengatakan px sebelumnya tidak pernah mengalami diare, hanya sakit panas dan batuk pilek.	Terdapat kesenjangan teori dan fakta
5	Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal a. Prenatal Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan trimester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. (Purnamawati & Ariawan, 2012)	a. Ibu pasien mengatakan selama kehamilan tidak ada masalah dan rutin kontrol kehamilan ke Dr. Nova Hanafi, Sp.OG. b. Ibu pasien mengatakan jika saat melahirkan pasien secara normal di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar	Terdapat kesenjangan teori dan fakta

	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)	c. Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan dan saat pemberian ASI selalu menjaga kebersihan	
6	Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan Pada pasien diare biasanya akan mengalami gangguan pertumbuhan pada anak, terutama berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala dan juga mengalami gangguan perkembangan pada anak yaitu pada aspek fisik, kognitif, dan emosional (Sufa et al, 2023)	Pertumbuhan Ibu pasien mengatakan jika saat lahir BB pasien adalah 3100 gram dan TB 48 cm, dan saat ini pasien 1 tahun 1 bulan mempunyai BB 9 kg dan TB 72 cm Perkembangan 1. Motorik Kasar - Anak mulai bisa tengkurap pada usia 4 bulan. - Mampu duduk sendiri tanpa bantuan sejak usia 6 bulan. - Sudah dapat berjalan secara mandiri pada usia 1 tahun 1 bulan, meskipun	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

		masih sering terjatuh jika berjalan terlalu cepat. 2. Motorik Halus - Mampu meraih benda di sekitarnya. - Bisa memasukkan mainan ke dalam wadah dengan cukup tepat. - Sudah mulai makan sendiri menggunakan sendok, walau masih belepotan. 3. Personal Sosial - Sudah mengenali ayah, ibu dan anggota keluarga lainnya. - Memberi respons positif seperti tersenyum, mendekat, atau memanggil saat melihat orang yang dikenali. 4. Bahasa - Mengucapkan kata “mam... mam...” saat lapar untuk meminta makan. - Mulai bisa menyebut “Bu... bu...” saat melihat ibunya. - Pelafalan belum sempurna, tetapi dapat dimengerti.	
7	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 personal hygiene	a) Riwayat Penyakit Keluarga Keluarga tidak ada yang menderita diare b) Lingkungan rumah dan komunitas Lingkungan tempat tinggal pasien termasuk area padat penduduk. Meskipun rumah dalam kondisi bersih dan terawat, masih ditemukan sampah yang menumpuk di sekitar	Tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta

	yang kurang sudah terkena kuman penyebab diare c) Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan Buang air besar yang tidak ada pada tempat (sembarangan) atau disungai dan cara maupun tempat bermain anak yang kurang higienis dapat mempermudah masuknya kuman lewat fecal oral. d) Persepsi keluarga Kondisi lemah dan BAB yang berlebihan perlu suatu keputusan untuk penanganan awal atau lanjutan ini bergantung pada tingkat pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga (orang tua)	pemukiman dan saluran air yang kurang lancar c) Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan Anak yang sedang aktif-aktifnya mengeksplorasi lingkungan lewat mulut, seperti memasukkan mainan atau benda ke mulut, berisiko lebih tinggi tertular melalui jalur fecal-oral, px juga jarang mencuci tangan d) Persepsi keluarga Keluarga menunjukkan kepedulian tinggi terhadap kesehatan anak. Ibu pasien segera membawa anak ke dokter spesialis anak untuk mendapat penanganan medis sebelum akhirnya dibawa ke rumah sakit. Ini menunjukkan bahwa keluarga cukup terbuka terhadap layanan kesehatan dan memiliki kesadaran bahwa diare pada anak bukanlah kondisi yang bisa disepelekan.	
8	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).	Saat dikaji, selama rumah sakit pasien hanya mau minum ASI sebanyak $\pm$ 150 ml. Pemberian makanan tambahan dari rumah sakit hanya sedikit dikonsumsi ($\pm$ 50 ml).	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

9	Pola eliminasi BAB Feses cair, 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) (Susilaningrum et.al, 2013)	Saat dikaji, ibu px mengatakan hari ini pasien BAB cair berwarna kuning kecoklatan sebanyak 6 kali ($\pm 650\text{ml}$). Frekuensi BAK 4 - 5 x dalam sehari ($\pm 300\text{ml}$)	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
10	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 pasien sulit tidur nyenyak sejak MRS. Pasien tidur malam mulai pukul 20.00 malam, sering terbangun setiap satu – dua jam lalu tidur lagi dan bangun pukul 06.00 pagi. Pada siang hari, pasien tidur pukul 12.00 sampai jam 13.00. Jadi jumlah jam tidur pasien adalah kurang dari 10 jam	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
11	Pola aktivitas Pasien nampak lemah serta gelisah sehingga perlu bantuan sekunder untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (Susilaningrum et.al, 2013)	Pasien tampak lemah berbaring ditempat tidur dan sesekali digendong ibunya	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
12	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 tampak rewel, terpasang infus ditangan kiri	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta

13	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.	Ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
14	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 anemis, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan, mata sedikit cowong.	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
15	Mulut dan Lidah 1) Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi) 2) Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan/sedang) 3) Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)	Mukosa bibir kering, tidak sianosis.	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
16	Dada Paru-paru Pernafasan anak cepat, lemah dangkal bila dehidrasi berat. Pada dehidrasi ringan/sedang pernafasan anak normal. (Suyono, 2010)	Paru-paru Inspeksi Bentuk dada normal chest, tidak ada retraksi interkosta, RR = 25 x/menit Palpasi <i>Vocal fremitus</i> sama getarannya Perkusi Suara paru sonor	Paru-paru Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta

	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, peagion 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.	Auskultasi Suara nafas normal, tidak terdapat suara nafas tambahan. Suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru Jantung Inspeksi Tidak terdapat pulsasi Palpasi Tidak terdapat pembesaran jantung <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 N = 124x/menit	Jantung Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
17	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	Warna kulit coklat, tampak bersih, genetalia dan anus tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan, tekstur kulit kering, turgor > 2 detik, CRT < 2 detik	Ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta
18	Abdoment Abdomen kemungkinan mengalami distensi, kram, dan bising usus meningkat.	Inspeksi Simetris, tidak ada bekas luka, tidak ada banyangan pembuluh darah. Auskultasi Peristaltik usus 30x/menit	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta

		Palpasi Tidak ada benjolan atau massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan Perkusi Suara perut terdengar <i>hipertympani</i>	
19	Pemeriksaan penunjang 1) Darah lengkap (leukosit meningkat, Hb) 2) Pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (juga dengan pemberian infuse RL/iv yang masih terdapat asidosis) 3) Kadar ureum meningkat (untuk mengetahui adanya gangguan faal ginjal) 4) Feses kultur : Bakteri, virus, parasit, candida 5) Serum elektrolit : Hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi 6) AGD : asidosis metabolic (Ph menurun, pO ₂ meningkat, pCO ₂ meningkat, HCO ₃ menurun) Radiologi: mungkin ditemukan bronchopneumoni	HEMATOLOGI Hemoglobin 12.70 Leukosit 7.62 Trombosit 55.7 Hematokrit 39.5 Eritrosit 5.39 Hitung Jenis % Eosinofil 2 % Basofil 1 % Neutrofil 12 % Limfosit 75 % Monosit 10 MCV 73.2 MCH 23.5 MCHC 32.2	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta

20	Diagnosa Keperawatan 1. Diare (D.0020) 2. Hipovolemia (D.0023) 3. Defisit Nustrisi (D.0019) 4. Ansietas (D.0080) 5. Gangguan Integritas Kulit (D.0129)	Diare (D.0020) dan Hipovolemia (D.0023)	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
21	Intervensi Keperawatan 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.
22	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).	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.
23	Evaluasi Keperawatan Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi	Disusun dalam catatan perkembangan dalam bentuk SOAP, dilaksanakan selama 3 hari dengan	Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.

	dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. 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) 1. Subyektif : Keluhan klien (apa yang dikatakan oleh klien, keluarga klien, dan orang terdekat klien). 2. Obyektif : Semua sesuatu yang bisa dilihat, diraba, dicium dan diukur oleh perawat. 3. Assesment : Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat atas kondisi klien. 4. Planning : Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya	kriteria hasil yang sudah sesuai dengan yang telah ditentukan sebelumnya	
--	---	---	--

4.3 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 11 April 2025 sampai 13 April 2025 dengan pasien An.H yang berumur 1 tahun 1 bulan dengan diare yang dirawat di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar, didapatkan hasil sebagai berikut :

4.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada saat pengkajian dilakukan dengan metode wawancara kepada Ibu An. H didapatkan data bahwa Ibu px mengatakan sebelumnya pasien tidak pernah mengalami diare, hanya sakit panas dan batuk pilek.

Sedangkan menurut Hartoyo (2022) bahwa pasien diare pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotik atau kortikosteroid jangka panjang (perubahan candida albiciausdari saprofit menjadi parasit), alergi makanan, ISPA, ISK, OMA, campak.

Meskipun berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien belum pernah mengalami diare sebelumnya, penulis berasumsi bahwa diare yang dialami saat ini disebabkan oleh infeksi rotavirus. Hal ini didukung oleh fase perkembangan anak yang sedang aktif melakukan eksplorasi lingkungan melalui mulut (*oral phase*), di mana pasien sering memasukkan benda-benda yang ada sekitarnya ke dalam mulut, sehingga memungkinkan terjadinya transmisi virus secara fekal-oral.

2. Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal

Pada saat pengkajian, didapatkan data bahwa Ibu pasien mengatakan selama kehamilan tidak ada masalah dan rutin kontrol kehamilan ke Dr. Nova Hanafi, Sp. OG. Ibu pasien mengatakan saat melahirkan pasien secara normal di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar, Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan dan saat pemberian ASI selalu menjaga kebersihan.

Menurut Purnamawati & Ariawan (2012) saat masa Prenatal Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan trimester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Menurut Afifah (2020) saat masa 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. Lalu, Menurut 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

Penulis berasumsi bahwa tidak ditemukannya faktor risiko seperti yang disebutkan dalam teori disebabkan karena selama kehamilan hingga setelah melahirkan, ibu pasien tidak mengalami masalah. Ibu rutin memeriksakan kehamilan ke dokter spesialis, tidak mengalami penyakit yang dapat membahayakan janin. Proses persalinan juga

berlangsung normal tanpa komplikasi. Setelah bayi lahir, ibu memberikan ASI dan menjaga kebersihan saat menyusui. Hal-hal tersebut kemungkinan besar menjadi alasan mengapa pasien tidak mengalami gangguan pertumbuhan ataupun peningkatan risiko diare, meskipun dalam teori disebutkan ada banyak faktor yang bisa menyebabkannya.

3. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Saat pengkajian didapatkan data pertumbuhan pasien bahwa Ibu pasien mengatakan saat lahir BB pasien adalah 3100 gram dan TB 48 cm, dan saat ini pasien 1 tahun 1 bulan mempunyai BB 9 kg dan TB 72 cm. Pada pengkajian perkembangan anak, ditemukan bahwa anak menunjukkan perkembangan yang sesuai dengan usia. Dalam aspek motorik kasar, anak mulai bisa tengkurap pada usia 4 bulan, mampu duduk sendiri tanpa bantuan sejak usia 6 bulan, dan sudah dapat berjalan mandiri pada usia 1 tahun 1 bulan meskipun masih sering terjatuh jika berjalan terlalu cepat. Pada motorik halus, anak sudah mampu meraih benda di sekitarnya, memasukkan mainan ke dalam wadah dengan cukup tepat, serta mulai makan sendiri menggunakan sendok, meskipun masih belepotan. Dalam aspek personal sosial, anak sudah mengenali ayah, ibu, dan anggota keluarga lainnya, serta memberikan respons positif seperti tersenyum atau mendekat ketika melihat orang yang dikenalnya. Sedangkan dalam perkembangan bahasa, anak mulai mengucapkan kata “mam... mam...” saat lapar untuk meminta makan dan “Bu... bu...” saat melihat ibunya, meskipun

pelafalannya belum sempurna, namun masih dapat dimengerti. Status gizi An. H normal.

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

Peneliti berasumsi pasien tidak mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan karena status gizi saat ini normal.

4. Pola Nutrisi

Pada saat pengkajian, dilakukan dengan metode wawancara kepada Ibu An. H didapatkan data bahwa selama rumah sakit pasien hanya mau minum ASI sebanyak ± 150 ml per hari. Pemberian makanan tambahan dari rumah sakit hanya sedikit dikonsumsi (± 50 ml).

Menurut (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.

Peneliti berasumsi bahwa saat pengkajian, pasien tidak menunjukkan gejala mual atau muntah karena telah mendapatkan penanganan medis yang tepat selama perawatan di rumah sakit. Selain

itu, keterlibatan aktif keluarga dalam memberikan asupan nutrisi secara konsisten turut berkontribusi terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien. Hal ini juga dapat menjelaskan mengapa nafsu makan pasien mulai membaik, berat badan pasien tetap stabil, dan tidak ditemukan adanya keluhan mual pada pasien.

5. Kepala

Pada pengkajian kepala, diperoleh data bahwa bentuk kepala pasien normal, penyebaran rambut merata, rambut berwarna hitam, kepala bersih tanpa luka atau benjolan, serta fontanel datar dan wajah simetris.

Menurut Ngastiyah (2014), pada pasien dengan diare, terutama bila mengalami dehidrasi, dapat ditemukan tanda-tanda seperti fontanel yang cekung akibat kehilangan cairan tubuh. Namun, pada pasien ini, fontanel tetap datar, menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan fakta di lapangan.

Peneliti berasumsi bahwa kesenjangan ini disebabkan oleh pemberian terapi rehidrasi yang adekuat dan tepat waktu, sehingga tanda klinis berupa fontanel cekung tidak muncul pada pasien.

6. Sistem Integument

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

Menurut (Nursalam, 2005) mengatakan bahwa pada anus dan daerah sekitarnya akan timbul lecet dan kemerahan karena sering defekasi. Namun, dalam pengkajian ini tidak ditemukan tanda-tanda tersebut.

Peneliti berpendapat bahwa kesenjangan antara teori dan data lapangan dapat disebabkan oleh adanya tindakan perawatan kulit yang baik oleh keluarga pasien, yaitu dengan segera mengganti popok setiap kali pasien buang air besar serta membersihkan area perianal menggunakan air bersih dan sabun ringan. Praktik ini mampu menjaga kebersihan kulit, mengurangi paparan feses terhadap kulit, serta mempertahankan integritas kulit, sehingga mencegah terjadinya lecet dan kemerahan sebagaimana dijelaskan dalam teori.

4.3.2 Diagnosa Keperawatan

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

Sedangkan, menurut Nuraarif & Kusuma (2015) diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus diare adalah Diare (D.0020), Hipovolemia (D.0023), Defisit Nustrisi (D.0019), Ansietas (D.0080), dan Gangguan Integritas Kulit (D.0129).

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 Diare dan Hipovolemia. Diagnosa defisit nutrisi tidak muncul karena

pasien tidak mual, muntah, dan pasien sudah minum ASI ($\pm$ 150 ml) dan sedikit demi sedikit diberikan makanan dari rumah sakit (50 ml) yaitu nasi tim, sayur sop dan telur rebus. Diagnosa ansietas tidak muncul karena pasien tidak gelisah, tidak tegang, dan tampak tenang saat digendong dan berbaring di atas bed ditemani ibunya. Diagnosa gangguan integritas kulit tidak muncul karena pada pemeriksaan sistem integument genetalia dan anus tampak bersih, tidak ada luka, tidak tampak kemerahan.

4.3.3 Intervensi Keperawatan

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. Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari studi kepustakaan yang ada. Dalam penelitian ini, intervensi diambil dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018).

Dari teori dan sumber yang telah tercantumkan ternyata tidak ada kesenjangan antara teori yang sudah ada. Karena intervensi disusun dengan menyesuaikan kebutuhan dan kondisi yang terjadi pada pasien dan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur di Ruang Nusa Indag RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar.

4.3.4 Implementasi Keperawatan

Setelah melakukan perencanaan, implementasi dilakukan selama 3 hari pada An. H yaitu pada tanggal 11 April 2025 sampai dengan 13 April 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 pasien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan kesehatan yang lain.

4.3.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut teori, evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama 3 hari dan mengalami perkembangan derajat kesehatan. Hal ini dibuktikan saat melakukan evaluasi peneliti menemukan bahwa klien sudah tidak BAB berlebih lagi dan kebutuhan cairan elektrolit mulai terpenuhi.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa asuhan keperawatan pada anak balita dengan diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar yang dilakukan pada tanggal 11 April 2025 sampai dengan 13 April 2025 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien mengalami diare sebanyak 6 kali sehari dengan konsistensi cair, warna kuning kehijauan, tanda-tanda dehidrasi sedang seperti mukosa bibir kering, mata cowong, kulit teraba kering, dan turgor kulit menurun.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien meliputi:

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

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Dari 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 Keperawatan

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 Keperawatan

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 diare dan Hipovolemi px sudah teratasi.

5.1.6 Analisa Kesenjangan Antara Teori dan Fakta

Setelah dilakukan analisis kesenjangan antara teori dan fakta terdapat kesenjangan pada pengkajian yang meliputi pada riwayat penyakit dahulu, riwayat prenatal, natal, dan postnatal, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, pola nutrisi, kondisi fontanel, dan sistem integument pasien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Diharapkan RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar, khususnya Ruang Nusa Indah, dapat terus meningkatkan pelayanan keperawatan untuk pasien anak dengan diare, melalui optimalisasi manajemen cairan dan edukasi keluarga untuk mempercepat proses penyembuhan.

5.2.2 Bagi Penulis

Penulis diharapkan dapat terus meningkatkan kemampuan dalam pengelolaan kasus keperawatan anak dengan diare melalui penelitian dan praktik yang berkesinambungan.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi untuk penelitian lebih lanjut dengan desain berbeda agar memperkaya kajian ilmiah tentang manajemen keperawatan diare anak.

5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan anak, khususnya dalam asuhan keperawatan pasien dengan masalah diare dan dehidrasi.

5.2.5 Bagi Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga dapat menerapkan pola makan dan hidrasi yang baik di rumah, serta mampu mengenali tanda-tanda dehidrasi sejak dini untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. 2007. *Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Adnan, H. 2010. *Perilaku Pertama Ibu Balita Dalam Menanggulangi Penyakit Diare 9 Pada Anak Balita di Taman Bermain dan TPA “Beniso” Randu Belang Bantul*. Yogyakarta: STIKes Surya Global Yogyakarta.
- Adriyana, A. (2011). *Perkembangan Sosial dan Kognisi Anak Usia Sekolah*. Jakarta: Penerbit Gramedia.
- Ambarwati, S. (2015). *Komplikasi Akibat Diare pada Anak dan Penanganannya*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Badan Statistik Jawa Timur. (2023). *Statistik Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2022*. Surabaya: Badan Statistik Jawa Timur.
- Brandt, K. G., Castro Antunes, M. M., & Silva, G. A. P. (2015). *Diarrhea in Children: Principles of Diagnosis and Treatment*. *Journal of Pediatrics*, 91(6), 13-21.
- Departemen Kesehatan RI. 2011. *Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare Pada Balita, Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*.
- Dinkes Jatim. 2019. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Diunduh dari <https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/Profil%20Kesehatan%20Jatim%202019.pdf>. (diakses pada tanggal 20 Februari 2022, jam 18.55 WIB)
- Hidayat, Aziz Alimul A. 2008. *Pengantar Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta 12160
- Irianto, K., (2012). *Mikrobiologi Menguk Dunia Mikroorganisme*, 76-77, Bandung. Yrama Wigya.

- Juffrie, M. (2011). *Gastroenterologi-Hepatologi Anak*. Jakarta: IDAI.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*, Kementrian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Pedoman Penanggulangan Diare di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI (2019) *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kesehatan Kemenkes RI (2020) *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2019*, Kementrian Kesehatan RI. Jakarta: Pusat Data dan Informasi.
- Mardalena, I., 2018. *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Melvani, R., Purnama, S., & Dewi, K. (2019). *Environmental Factors Contributing to Diarrhea among Children in Low-Income Communities*. Journal of Environmental Health, 81(4), 23-28.
- Notoatmodjo . 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Ngastiyah. 2014. *Perawatan anak sakit edisi 2*. Jakarta : EGC
- Nurarif, S., Amin, I., & Kusuma, H. (2016). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Diare pada Balita di Indonesia*. Jakarta: Penerbit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Nurul, H., Dewi, S., & Rahmawati, L. (2016). *Komplikasi Diare pada Anak dan Penanganannya*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada Press.
- Nurul. (2016). *Peran ASI Eksklusif dan Kebiasaan Mencuci Tangan dalam Pencegahan Diare pada Balita*. Jakarta: Universitas Indonesia.

- Nining, P. (2016). *Prinsip-Prinsip Dasar dalam Penerapan Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Octa, R., Widiastuti, R., & Sari, D. (2014). *Gejala Klinis dan Penanganan Diare pada Anak*. Jakarta: Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Olfah, H., & Ghofur, M. (2016). *Pengkajian Keperawatan dan Penentuan Diagnosis pada Klien*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- 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.
- Susilaningrum, T., Prasetyo, B., & Wahyuni, D. (2013). *Kebutuhan Istirahat pada Bayi dan Anak dengan Diare*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Soenarto Yati., 2012. *Diare Kronis dan Diare Persisten*. Juffrie M., Soenarto S.S.Y., Oswari H., dkk. *Buku Ajar Gastroenterologi-Hepatologi*. Jilid 1.Pp 122. Jakarta. Badan Penerbit IDAI.
- Sodikin. (2012). *Keperawatan Anak Gangguan Pencernaan*. Jakarta : Buku Kedokteran : ECG
- Sugiyono, (2007). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta
- UNICEF. (2016). *Diarrhea: Why children are still dying and what can be done*. New York:
- Wulandari, A. (2012). *Penanganan diare di rumah tangga merupakan upaya menekan angka kesakitan diare pada anak balita*. *Jurnal Health and Sport*. 5(2): 1-9.

Widoyono. (2012). *Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pengendaliannya*. Jakarta: Erlangga.

Yuliastati, N., & Armis, A. (2016). *Perkembangan Konsep Diri dan Pola Koping pada Anak Usia Dini*. Yogyakarta: Penerbit Universitas Gadjah Mada.

*Lampiran 1***LEMBAR INFORM CONSENT**

Nama saya Youlanda Putri. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek mengharap partisipasi klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **"Asuhan Keperawatan Pada Anak Balita dengan Diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo"** dan juga mengharapkan tanggapan serta jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang klien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas klien serta informasi yang klien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa klien atau keluarga telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Nama :	WIBI MAYJITON
Tanda Tangan :	
Tanggal :	

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya wakil/pasien yang telah membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Youlanda Putri yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Balita dengan Diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan menyetujui apabila saya dijadikan responden dan saya sebagai wakil/pasien bersedia menandatangani surat persetujuan ini.

Blitar, Januari 2025

W. H. H.

(NABITATION)

Lampiran 3



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, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/95/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

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

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar

di –

B L I T A R

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 : YOULANDA PUTRI

NIM : P17240223071

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Anak Balita dengan Diare di Ruang Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d April 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. Nusa Indah

3. Peneliti.

Lampiran 4



PEMERINTAH KOTA BLITAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Anjasmoro Nomor 21, Blitar, Kode Pos: 66117, Telp. (0342) 804063
<http://bakesbangpol.blitarkota.go.id>, email: bakesbangpol@blitarkota.go.id

SURAT REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/65/410.204.1/2025

UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/RESEARCH

Memperhatikan : Surat Ketua Prodi D.III Keperawatan Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang
 Nomor : DP.04.03/F.XIII.15.5/95/2025, Tanggal 24 Februari 2025 Perihal
 Permohonan Ijin Penelitian.

Dengan ini menyatakan memberikan rekomendasi penelitian Kepada :

Nama : **Youlanda Putri**
 NIM : **P17240223071**
 Universitas : **Poltekkes Kemenkes Malang**
 Fakultas/Prodi : **D.III Keperawatan Trenggalek**
 Alamat : **Jl. Kalimas No.109 RT.04 RW.05 Kel.Tanjungsari Kec.Sukorejo Kota Blitar**
 Tempat Penelitian : **R SUD Mardi Waluyo Kota Blitar**
 Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Anak Balita Dengan Diare di Ruang Nusa Indah di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar**
 Waktu Pelaksanaan : **03 Maret 2025 s/d 30 April 2025**

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati segala ketentuan yang berlaku ditempat Penelitian / Survey / Research / Magang.
2. Dalam setiap melakukan kegiatan selalu menggunakan identitas yang berlaku.
3. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan yang telah ditetapkan sebagaimana tersebut diatas.
4. Setelah selesai melakukan kegiatan dimaksud, diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah (Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kota Blitar) mengenai hasil pelaksanaan kegiatan dimaksud.
5. Mematuhi Standar Protokol Kesehatan (Prokes).
6. Surat Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Blitar, 03 Maret 2025
 KEPALA BADAN KESATUAN
 BANGSA DAN POLITIK KOTA BLITAR



TOTO ROBANDIYO, S.Sos., M.Si.

Pembina Utama Muda
 Nip.196612041996031004

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kota Blitar
2. Direktur RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar
3. Ketua Prodi D.III Kerawatan Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang
4. Yang Bersangkutan.

Lampiran 5



**KOMITE ETIK PENELITIAN
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(" ETHICAL CLEARANCE ")**



Nomor : 800/ 52.6.1 /410.302.3/KEP/I/2025

KOMITE ETIK PENELITIAN RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA KELAIKAN ETIK RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN JUDUL :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK BALITA DENGAN DIARE DI RUANG NUSA INDAH RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR

PENELITI UTAMA : Youlanda Putri

**PENELITI LAIN : 1. Ns. Tunik, S.Kep.. M.Kep
2. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep.,M.Kes.**

LEMBAGA/TEMPAT PENELITIAN : RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR

DINYATAKAN LAIK ETIK

Blitar, 06 Maret 2025

KETUA



Drastis M. Hardiana, Sp.JP FIHA.

19820322 200901 1 006

Lampiran 6

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN ANAK**A. PENGKAJIAN**

- 1) Biodata pasien :.....
 - a. Nama :.....
 - b. Umur :.....
 - c. Jenis kelamin :.....
 - d. Dx. Medis :.....
 - e. Reg :.....
 - f. Tgl pengkajian :.....
- 2) 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 dan genogram:

.....

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
 -
 -

B. Integumen

.....
.....

C. Neurologi

.....
.....

Pemeriksaan penunjang :.

.....
.....

Penatalaksanaan terapi :

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

Trenggalek,.....

NIM.

ANALISA DATA

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tgl Teratasi	Tanda Tangan

INTERVENSI

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	SLKI	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

Lampiran 7



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
 Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Youlanda Putri
 NIM : P17240223071
 Rencana Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Balita dengan Diare di Ruang
 Nusa Indah RSUD Mardi Waluyo
 Nama Pembimbing : Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep.

NO	TANGGAL	CATATAN PEMBIMBING	TTD
1	22-01-2025	- Judul KTI disederhanakan - BAB 1 Pengertian pada alinea 1 cukup 1 saja Alinea 2 gunakan tahun yang terbaru - BAB 2 Diagnosa sesuaikan dengan patofisiologi Perbaiki penulisan diagnosa, intervensi, implementasi	
2	23-01-2025	- BAB 2 Konsep asuhan keperawatan sesuaikan dengan asuhan keperawatan pada anak diare - BAB 3 Perbaiki batasan istilah Sebutkan kriteria partisipan dengan jelas	
3	24-01-2025	- BAB 2 Setiap diagnosa dicantumkan nomor diagnosanya - BAB 3 Perbaiki prosedur pengumpulan data dengan runtut Perbaiki penulisan	
4	25-01-2025	- BAB 2 Revisi pathway	

5	26-01-2025	- ACC - Persiapkan PPT - Persiapkan Seminar Proposal	
6	10-02-2025	- Perbaiki tabel maurice king	
7	22-04-2025	- BAB 4 - Riwayat perkembangan dibedakan setiap motorik halus, motorik kasar, personal sosial, dan bahasa - Riwayat sosial budaya dijelaskan lebih rinci tentang sangkutpaut dengan penyakit diare	
8	23-04-2025	- BAB 4 - Tambahkan kesenjangan pada kepala	
9	25-04-2025	- BAB 5 - Lengkapi dan tambahkan analisa kesenjangan teori dan fakta	
10	26-04-2025	- Revisi abstrak >250 kata	
11	29-04-2025	- ACC - Persiapkan PPT - Siapkan seminar hasil	

Lampiran 8



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : YOUNGDA PUTRI

NIM : P 17240223071

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
	12/12/20	Alina y rinei edaka.	
	13/12/20	Ace	

Lampiran 9

Dokumentasi Penelitian

