

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DIARE
YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**



OLEH :

HIDAYATUN NAJAH
NIM. PO7220117052

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA**

2020

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DIARE
YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) pada
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH :

HIDAYATUN NAJAH
NIM. PO7220117052

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA**

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN PADA**

TANGGAL 11 MEI 2020

Oleh

Pembimbing

Rus Andraini, A.Kp., MPH
NIDN. 4006027101

Pembimbing Pendamping

Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd
NIDN. 4023126901

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep.
NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan
Diare Yang Di Rawat Di Rumah Sakit

Telah Diuji
Pada tanggal 11 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat (.....)
NIDN. 4013106302

Penguji Anggota :

1. **Rus Andraini, A.Kp., MPH** (.....)
NIDN. 4006027101

2. **Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd** (.....)
NIDN. 4023126901

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ketua Program Studi D-III
Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Kaltim

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP. 1965082519855032001

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep
NIP. 196803291994022001

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari karya tulis ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya akan bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku .

Balikpapan, 08 Juli 2020

Yang menyatakan

Hidayatun Najah
NIM P07220117052

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu wata'ala, shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Baginda Rasulullah Shallallahu 'alaihi wasallam, atas berkat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Kelas C Balikpapan dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Diare Yang Di Rawat Di Rumah Sakit"

Dalam penyusunan KTI penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. H. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming Gandini, M. Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M. Kep., Sp. Kep. Mat, selaku penanggung jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Rus Andraini A.Kp, M.PH selaku Dosen Pembimbing I dalam penyelesaian KTI ini.
6. Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd selaku Dosen Pembimbing II dalam penyelesaian KTI ini.
7. Para Dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan.

Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan KTI ini.

Balikpapan, 11 Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DIARE”

Diare adalah kondisi seorang anak mengalami BAB dengan frekuensi yang tidak normal dalam waktu sehari. Menurut WHO sekitar dua miliar kasus penyakit diare di seluruh dunia setiap tahunnya terjadi, dan 1,9 juta anak dibawah usia 5 tahun meninggal karena diare. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian studi kasus dengan melakukan *literatur review* pada asuhan keperawatan. Unit analisis adalah klien anak dengan diare dengan dua sumber kasus *review* yang berbeda. Metode pengambilan data dalam penelitian ini dengan *review* asuhan keperawatan dengan kasus diare pada anak dari 2 sumber *literature* yang berbeda.

Setelah dilakukan *review* kasus asuhan keperawatan maka hasil yang ditemukan diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien 1 ialah diare berhubungan dengan fisiologis (proses infeksi), risiko hipovolemia ditandai dengan kekurangan intake cairan, risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis), risiko gangguan integritas kulit ditandai dengan faktor mekanis (gesekkan), dan pada klien 2 diare berhubungan dengan fisiologis (proses infeksi), dan risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis.

Penyakit diare merupakan penyakit tertinggi pada anak yang dapat menyebabkan kematian, pada anak dengan diare harus diperhatikan personal hygiene anak, nutrisi, dan pola eliminasi yang terjadi pada anak. Diharapkan tenaga kesehatan dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan agar dapat menjadi tenaga kesehatan yang profesional.

Kata Kunci : Diare, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

"NURSING CARE IN CLIENTS OF CHILDREN WITH DIARRHEA"

Diarrhea is a condition of a child experiencing defecation with an abnormal frequency within a day. According to WHO around two billion cases of diarrheal disease worldwide occur each year, and 1.9 million children under the age of 5 die from diarrhea. This research aims to study and understand deeply about nursing care in clients with diarrhea.

This study uses a case study research method by conducting a *literature review* on nursing care. The unit of analysis is the client of children with diarrhea with two sources of case *review* different. The data collection method in this study was by *reviewing* nursing care with diarrhea cases in children from 2 different sources of *literature*.

After a review of nursing care cases, the results found nursing diagnoses that can be enforced on the client 1 is diarrhea associated with physiological (infectious process), the risk of hypovolemia is characterized by lack of fluid intake, the risk of nutritional deficits is marked by psychological factors), the risk of impaired skin integrity is marked with mechanical factors (friction), and on the client 2 diarrhea is associated with physiological (infectious processes), and the risk of nutritional deficits is characterized by psychological factors.

Diarrheal disease is the highest disease in children that can cause death, in children with diarrhea, children's personal hygiene, nutrition, and elimination patterns that occur in children must be considered. It is expected that health workers can improve their knowledge and skills in order to become professional health workers.

Keywords : Diarrhea, Nursing Care

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUL DEPAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Medis Diare.....	7
1. Pengertian.....	7
2. Etiologi.....	7
3. Anatomi Fisiologi.....	14
4. Patofisiologi.....	15
5. Manifestasi Klinis.....	16

6. Pemeriksaan Penunjang.....	18
7. Penatalaksanaan.....	18
B. Masalah Keperawatan.....	23
1. Definisi Masalah Keperawatan.....	23
2. Komponen Masalah Keperawatan.....	23
3. Pathway Diare.....	25
4. Masalah Keperawatan Pada Klien Diare.....	26
C. Konsep Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare.....	35
1. Pengkajian.....	35
2. Diagnosa Keperawatan.....	35
3. Intervensi Keperawatan.....	43
4. Implementasi Keperawatan.....	44
5. Evaluasi Keperawatan.....	44
D. Konsep Keperawatan Anak.....	44
1. Paradigma Keperawatan Anak.....	45
2. Batasan Usia Anak.....	48
4. Pengertian Pertumbuhan Dan Perkembangan.....	48
3. Prinsip Keperawatan Anak.....	48
4. Peran Perawat Anak.....	50
5. Pengertian Hospitalisasi.....	53
6 Dampak Hospitalisasi.....	53
BAB III METODE PENELITIAN.....	59
A. Pendekatan/Desain Penelitian.....	59

B. Subyek Penelitian.....	59
C. Definisi Operasional.....	59
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	61
E. Prosedur Penelitian.....	61
F. Metode dan Instrument Pengumpulan Data.....	61
G. Keabsahan Data.....	62
H. Analisis Data.....	62
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	63
A. HASIL.....	63
1. Pengkajian Keperawatan.....	63
2. Diagnosa Keperawatan.....	76
3. Intervensi Keperawatan.....	79
4. Implementasi Keperawatan.....	81
5. Evaluasi Keperawatan.....	84
B. PEMBAHASAN.....	87
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	105
A. Kesimpulan.....	105
B. Saran.....	107
DAFTAR PUSTAKA.....	108
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Bentuk Klinis Diare.....	17
Tabel 2.2 Klasifikasi Tingkat Dehidrasi Anak Dengan Diare.....	18
Tabel 4.1 Anamnesa Klien Anak Dengan Diare.....	66
Tabel 4.2 Pemeriksaan Fisik Klien Anak Dengan Diare.....	75
Tabel 4.3 Pemeriksaan Penunjang Klien Anak Dengan Diare.....	78
Tabel 4.4 Terapi Klien Anak Dengan Diare.....	78
Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Klien Anak Dengan Diare.....	79
Tabel 4.6 Intervensi Klien Anak Dengan Diare.....	82
Tabel 4.7 Implementasi Klien Anak Dengan Diare.....	84
Tabel 4.8 Evaluasi Klien 1.....	87
Tabel 4.9 Evaluasi Klien 2.....	88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Pencernaan.....	10
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Format Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare Tahun 2018
- Lampiran 2 Format Asuhan Keperawatan Pada Anak R Diare Tahun 2017
- Lampiran 3 Dokumentasi
- Lampiran 4 Lembar Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Peningkatan dan perbaikan upaya kelangsungan perkembangan dan peningkatan kualitas hidup anak merupakan upaya penting untuk masa depan Indonesia yang lebih baik. Upaya kelangsungan perkembangan dan peningkatan kualitas anak berperan penting sejak masa dini kehidupan, yaitu mulai masa didalam kandungan, bayi, hingga anak-anak (Maryunani, 2013)

Anak merupakan generasi penerus bangsa. Awal kokoh atau rapuhnya suatu negara dapat dilihat dari kualitas para generasi penerusnya. Kesehatan merupakan salah satu faktor utama dan sangat penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Ketika kondisi kesehatan anak kurang sehat, maka akan berdampak pada berbagai hal yang berkaitan dengan pertumbuhan, perkembangan, dan terhadap berbagai aktivitas yang akan dilakukannya (Inten & Permatasari, 2019). Penyakit infeksi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di negara maju dan berkembang. *World Health Organization* (WHO) mengemukakan bahwa penyakit infeksi merupakan penyebab utama kematian pada anak-anak (Novard et al, 2019).

Penyakit infeksi yang sering di derita adalah diare, demam tifoid, demam berdarah, infeksi saluran pernapasan atas (influenza, radang amandel, radang tenggorokan), radang paru-paru, merupakan penyakit infeksi yang harus cepat didiagnosis agar tidak semakin parah. Penyakit infeksi merupakan

penyakit yang mudah menyerang anak, hal ini dikarenakan anak belum mempunyai sistem imun yang baik (Mutsaqof et al, 2016).

Menurut WHO dan *United Nations Children's Fund* (UNICEF), ada sekitar dua miliar kasus penyakit diare di seluruh dunia setiap tahunnya, dan 1,9 juta anak dibawah usia 5 tahun meninggal karena diare. Dari semua kematian anak akibat diare, 78% terjadi di Afrika Tenggara dan wilayah Asia (*World Gastroenterology Organisation, 2012*)

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya yang ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali sehari dan pada neonatus lebih dari 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir darah (Rospita et al, 2017). Sedangkan pengertian diare menurut Zein (2004) diare atau mencret didefinisikan sebagai buang air besar dengan feses yang tidak berbentuk (*unformed stools*) atau cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam 24 jam.

Berdasarkan hasil dari Profil Kesehatan Indonesia (2018) diketahui bahwa penyakit diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit yang sering disertai dengan kematian. Pada tahun 2017 terjadi 21 kali kasus diare yang tersebar di 21 provinsi dengan jumlah penderita 1725 orang dan kematian 34 orang (1,97%). Sedangkan selama tahun 2018 Terjadi 10 kali kasus Diare yang tersebar di 8 provinsi, 8 kabupaten/kota yaitu di Kabupaten Tabanan (Bali) dan Kabupaten Buru (Maluku) yang masing-masing terjadi 2 kali kasus dengan jumlah penderita 756 orang dan kematian 36 orang (4,76%). Bila dilihat per kelompok umur

diare tersebar di semua kelompok umur dengan prevalensi tertinggi terdeteksi pada anak balita (1-4 tahun) yaitu 16,7%. Sedangkan menurut jenis kelamin prevalensi laki-laki dan perempuan hampir sama, yaitu 8,9% pada laki-laki dan 9,1% pada perempuan.

Hasil riskesdas tahun 2018 menyatakan angka kejadian diare di Provinsi Kalimantan Timur adalah sebanyak 6,75% kejadian dan berdasarkan Data Profil Kesehatan Dinas Kota Balikpapan pada tahun 2017 angka kejadian diare di Kota Balikpapan pada tahun 2017 adalah sebanyak 17.478 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2017).

Faktor risiko diare dibagi menjadi 3 yaitu faktor karakteristik individu, faktor perilaku pencegahan, dan faktor lingkungan. Faktor karakteristik individu yaitu umur balita <24 bulan, status gizi balita, dan tingkat pendidikan pengasuh balita. Faktor perilaku pencegahan diantaranya, yaitu perilaku mencuci tangan sebelum makan, mencuci peralatan makan sebelum digunakan, mencuci bahan makanan, mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar, dan kebiasaan memberi makan anak di luar rumah. Faktor lingkungan meliputi kepadatan perumahan, ketersediaan sarana air bersih (SAB), pemanfaatan SAB, dan kualitas air bersih (Utami & Luthfiana, 2016).

Selama anak diare terjadi peningkatan hilangnya cairan dan elektrolit (natrium, kalium dan bikarbonat) yang terkandung dalam tinja cair anak. Dehidrasi terjadi bila hilangnya cairan dan elektrolit ini tidak diganti secara adekuat, sehingga timbullah kekurangan cairan elektrolit, hipokalemia, dan hipoglikemia. Diare juga dapat mengakibatkan penurunan asupan makanan

yang menyebabkan penurunan berat badan dan berlanjut ke gagal tumbuh. Berdasarkan data-data diatas dapat menimbulkan masalah-masalah keperawatan yang sering dijumpai pada pasien diare yaitu kekurangan volume cairan, gangguan integritas kulit, defidit nutrisi, risiko syok, dan ansietas (Nuraarif & Kusuma, 2015).

Pada penatalaksanaan diare ada beberapa cara yang dapat dilakukan salah satunya pada diare tanpa dehidrasi dilakukan rencana terapi A yaitu : memberikan cairan banyak dari biasanya, memberikan zinc 10 hari berturut-turut walaupun diare sudah berhenti, memberikan makanan atau asi eksklusif, memberikan antibiotik sesuai dengan indikasi, dan menasehati orang tua. Selanjutnya pada penatalaksanaan diare dengan dehidrasi sedang memberikan terapi B yaitu : memberikan oralit 3 jam pertama, memberikan minum sedikit tapi sering dan memberikan zinc. Kemudian pada penatalaksanaan diare dengan dehidrasi berat dapat memberikan terapi C yaitu: memberikan cairan intravena, memberikan oralit, memberikan minum sedikit tapi sering dan memberikan zinc selama 10 hari berturut-turut (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, 2011).

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).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2020 di ruangan Flamboyan C RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan didapatkan bahwa jumlah kasus diare sejak bulan Agustus 2019 hingga Januari 2020 terdapat sebanyak 10 kasus dengan rata-rata kasus setiap bulannya 1 sampai dengan 2 kasus diare.

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Diare Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak dengan Diare ?”.

C. Tujuan penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien anak dengan Diare.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare.

- b. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada klien anak dengan diare.
- c. Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare.
- d. Mampu melaksanakan intervensi asuhan keperawatan pada klien dengan diare.
- e. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan peneliti dapat menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi dengan tepat untuk klien dengan masalah keperawatan pada sistem pencernaan, khususnya dengan klien anak dengan diagnosa medis diare.

2. Bagi tempat penelitian

Hasil penelitian ini di harapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam upaya pengembangan asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Diare

1. Pengertian

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan berubahnya bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara berlebihan lebih dari 3 kali dalam kurun waktu satu hari (Prawati & Haqi, 2019). Diare adalah kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, 2011).

Berdasarkan beberapa pengertian dapat disimpulkan diare adalah suatu keadaan dimana terjadi pola perubahan BAB lebih dari biasanya (> 3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja lebih encer atau berair dengan atau tanpa darah dan tanpa lendir.

2. Etiologi

Etiologi pada diare menurut Yuliasati & Arnis (2016) ialah :

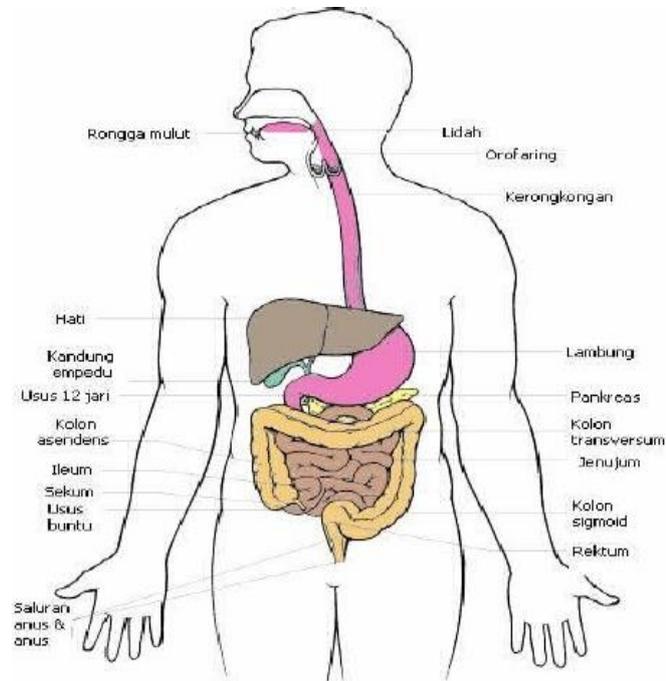
- a. Infeksi enteral yaitu adanya infeksi yang terjadi di saluran pencernaan dimana merupakan penyebab diare pada anak, kuman meliputi infeksi bakteri, virus, parasite, protozoa, serta jamur dan bakteri.

- b. Infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain diluar alat pencernaan seperti pada otitis media, tonsilitis, bronchopneumonia serta encephalitis dan biasanya banyak terjadi pada anak di bawah usia 2 tahun.
- c. Faktor malabsorpsi, dimana malabsorpsi ini biasa terjadi terhadap karbohidrat seperti disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa), malabsorpsi protein dan lemak.
- d. Faktor Risiko

Menurut Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan (2011) faktor risiko terjadinya diare adalah:

- 1) Faktor perilaku yang meliputi :
 - a) Tidak memberikan air susu ibu/ASI (ASI eksklusif), memberikan makanan pendamping/MP, ASI terlalu dini akan mempercepat bayi kontak terhadap kuman.
 - b) Menggunakan botol susu terbukti meningkatkan risiko terkena penyakit diare karena sangat sulit untuk membersihkan botol susu.
 - c) Tidak menerapkan kebiasaan cuci tangan pakai sabun sebelum memberi ASI/makan, setelah buang air besar (BAB), dan setelah membersihkan BAB anak.
 - d) Penyimpanan makanan yang tidak higienis.
- 2) Faktor lingkungan antara lain:
 - a) Ketersediaan air bersih yang tidak memadai, kurangnya ketersediaan mandi cuci kakus (MCK).

3. Anatomi Fisiologi Pencernaan



Gambar 2.1
 Anatomo Fisiologi Pencernaan
 Sumber : (Syaifuddin, 2016)

Menurut Syaifudin (2016) secara umum susunan saluran pencernaan terdiri dari mulut, faring, esophagus (kerongkongan), lambung, usus halus dan usus besar. Fungsi utama system pencernaan adalah menyediakan zat nutrien yang sudah dicerna secara berkesinambungan, untuk didistribusikan ke dalam sel melalui sirkulasi dengan unsur-unsur (air, elektrolit, dan zat gizi). Sebelum zat ini diperoleh tubuh makanan harus berjalan/bergerak sepanjang saluran pencernaan.

a. Mulut

Mulut merupakan organ yang pertama dari saluran pencernaan yang meluas dari bibir sampai ke isthmus fausium yaitu perbatasan antara mulut dengan faring, terdiri dari :

1) Vestibulum oris

Bagian diantara bibir dan pipi di luar, gusi dan gigi bagian dalam. Bagian atas dan bawah vestibulum dibatasi oleh lipatan membran mukosa bibir, pipi dan gusi. Pipi membentuk lateral vestibulum, disusun oleh M. buksinator ditutupi oleh fascia bukofaringealis, berhadapan dengan gigi molar kedua. Bagian atas terdapat papilla kecil tempat bermuaranya duktus glandula parotis.

Bagian diantara arkus alveolaris, gusi, dan gigi, memiliki atap yang dibentuk oleh palatum durum (palatum keras) bagian depan, palatum mole (palatum lunak) bagian belakang. Dasar mulut sebagian besar dibentuk oleh anterior lidah dan lipatan balik membrane mukosa. Sisa lidah pada gusi diatas mandibula. Garis tengah lipatan membrane mukosa terdapat frenulum lingua yang menghubungkan permukaan bawah lidah dengan dasar mulut. Di kiri dan kanan frenulum lingua terdapat papila kecil bagian puncaknya bermuara duktus duktus glandula submandibularis.

1) Gigi

Gigi memiliki fungsi untuk mengunyah makanan, pemecahan partikel besar menjadi partikel kecil yang dapat ditelan tanpa

menimbulkan tersedak. Proses ini merupakan proses mekanik pertama yang dialami makanan pada waktu melalui saluran pencernaan dengan tujuan menghancurkan makanan, melicinkan, dan membasahi makanan yang kering dengan saliva serta mengaduk makan sampai rata.

2) Lidah

Lidah terdapat dalam kavum oris, merupakan susunan otot serat lintang yang kasar dilengkapi dengan mukosa. Lidah berperan dalam proses mekanisme pencernaan di mulut dengan menggerakkan makanan ke segala arah. Bagian-bagian lidah adalah pangkal lidah dan ujung lidah.

b. Faring

Faring merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan panjangnya kira kira 12 cm, terbentang tegak lurus antara basis kranii setinggi vertebrae servikalis VI, kebawah setinggi tulang rawan krikodea. Faring dibentuk oleh jaringan yang kuat (jaringan otot melingkar), organ terpenting didalamnya adalah tonsil yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit. Untuk mempertahankan tubuh terhadap infeksi, menyaring dan mematikan bakteri/mikroorganisme yang masuk melalui jalan pencernaan dan pernapasan. Faring melanjutkan diri ke esophagus untuk pencernaan makan.

c. Esofagus

Merupakan saluran pencernaan setelah mulut dan faring. Panjangnya kira kira 25 cm. posisi vertical dimulai dari bagian tengah leher bawah faring sampai ujung bawah rongga dada dibelakang trakea. Pada bagian dalam di belakang jantung menembus diafragma sampai rongga dada. Fundus lambung melewati persimpangan sebelah kiri diafragma. Lapisan dinding esophagus dari dalam ke luar meliputi : lapisan selaput selaput lendir, lapisan mukosa, lapisan otot melingkar, dan lapisan otot memanjang.

d. Lambung

Merupakan sebuah kantong muskuler yang letaknya antara esophagus dan usus halus, sebelah kiri abdomen, dibawah diafragma bagian depan pankreas dan limpa. Lambung merupakan saluran yang dapat mengembang karena adanya gerakan peristaltik terutama di daerah epigaster. Variasi dari bentuk lambung sesuai dengan jumlah makanan yang masuk, adanya gelombang peristaltic tekanan organ lain dan postur tubuh. Bagian-bagian dari lambung terdi dari Fundus ventrikuli, Korpus ventrikuli, Antrum pylorus, Kurvatura minor, Kurvatura mayor dan Ostium kardia.

Fungsi lambung :

- 1) Secara mekanis : menyimpan, mencampur dengan secret lambung, dan mengeluarkan kimus kedalam usus. Pendorogan makanan terjadi secara gerakan peristaltic setiap 20 detik.

- 2) Secara kimiawi : bolus dalam lambung akan dicampur dengan asam lambung dan enzim-enzim bergantung jenis makanan enzim yang dihasilkan antara lain pepsin, HCL, renin, dan lapisan lambung.
- 3) Lambung menghasilkan zat factor intrinsic bersama dengan factor ekstrinsik dari makanan, membentuk zat yang disebut anti-anemik yang berguna untuk pertukaran trofosit yang disimpan dalam hati.

e. Usus halus

Usus halus merupakan bagian dari system pencernaan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada sekum. Panjangnya kira-kira 6 meter, merupakan saluran pencernaan yang paling panjang dari tempat proses pencernaan dan absorbs pencernaan. Bentuk dan susunannya berupa lipatan-lipatan melingkar. Makanan dalam intestinum minor dapat masuk karena adanya gerakan dan memberikan permukaan yang lebih halus. Banyak jonjot-jonjot tempat absorpsi dan memperluas permukaannya. Pada ujung dan pangkalnya terdapat katup. Usus halus terdiri dari duodenum, jejunum, ileum.

Fungsi usus halus yaitu menyekresi cairan usus, menerima cairan empedu dan pankreas melalui duktus kolesistik dan duktus pankreatikus, mencerna makanan, mengabsorpsi air garam dan vitamin, protein dalam bentuk asam amino, karbohidrat dalam monoksida, dan menggerakkan kandungan usus.

f. Usus besar

Usus besar merupakan saluran pencernaan berupa usus berpenampang luas atau berdiameter besar dengan panjang kira-kira 1,5-1,7 meter dan penampang 5-5cm. Lanjutan dari usus halus yang tersusun seperti huruf U terbalik mengelilingi usus halus terbentang dari valvula iliosekalis sampai anus.

Lapisan usus besar dari dalam keluar terdiri dari lapisan selaput lendir atau (mukosa), lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang, dan lapisan jaringan ikat. Bagian dari usus besar terdiri dari sekum, kolon asendens, kolon transversum, kolon desendens dan kolon sigmoid. Fungsi usus besar adalah sebagai berikut :

- 1) Menyerap air dan elektrolit, untuk kemudian sisa massa membentuk massa yang lembek yang disebut feses.
- 2) Menyimpan bahan feses.
- 3) Tempat tinggal bakteri koli.

4. Patofisiologi

Berbagai faktor yang menyebabkan terjadinya diare di antaranya karena faktor infeksi dimana proses ini diawali dengan masuknya mikroorganisme ke dalam saluran pencernaan kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan usus. Berikutnya terjadi perubahan dalam kapasitas usus sehingga menyebabkan gangguan fungsi usus dalam mengabsorpsi (penyerapan) cairan dan elektrolit. Dengan adanya toksis bakteri maka akan menyebabkan

gangguan sistem transpor aktif dalam usus akibatnya sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit meningkat.

Faktor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran cairan dan elektrolit ke dalam usus yang dapat meningkatkan rongga usus sehingga terjadi diare. Pada faktor makanan dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak diserap dengan baik sehingga terjadi peningkatan dan penurunan peristaltic yang mengakibatkan penurunan penyerapan makanan yang kemudian terjadi diare.

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis anak diare menurut Wijayaningsih (2013) adalah sebagai berikut :

- a. Mula-mula anak cengeng, gelisah, suhu tubuh mungkin meningkat, nafsu makan berkurang.
- b. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, kadang disertai wial dan wiata.
- c. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur dengan empedu.
- d. Anus dan sekitarnya lecet karena seringnya difekasi dan tinja menjadi lebih asam akibat banyaknya asam laktat.
- e. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelas (elastisitas kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung membrane mukosa kering dan disertai penurunan berat badan.

- f. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan respirasi cepat, tekanan darah menurun, denyut jantung cepat, pasien sangat lemas, kesadaran menurun (apati, somnolen, spoor, komatus) sebagai akibat hipovolemik.
- g. Diuresis berkurang (oliguria sampai anuria).
- h. Bila terjadi asidosis metabolik klien akan tampak pucat dan pernafasan cepat dan dalam.

Sedangkan manifestasi klinis menurut Elin (2009) dalam Nuraarif & Kusuma (2015) yaitu :

- a. Diare Akut
 - 1) Akan hilang dalam waktu 72 jam dari onset
 - 2) Onset yang tak terduga dari buang air besar encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak, nyeri perut
 - 3) Nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut
 - 4) Demam
- b. Diare Kronik
 - 1) Serangan lebih sering selama 2-3 periode yang lebih panjang
 - 2) Penurunan BB dan nafsu makan
 - 3) Demam indikasi terjadi infeksi
 - 4) Dehidrasi tanda-tandanya hipotensi takikardia, denyut lemah.

Bentuk Klinis diare dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.1
Bentuk klinis diare

Diagnosa	Didasarkan pada keadaan
Diare cair akut	<ul style="list-style-type: none"> - Diare lebih dari 3 kali sehari berlangsung kurang dari 14 hari - Tidak mengandung darah

Kolera	<ul style="list-style-type: none"> - Diare yang sering dan banyak akan cepat menimbulkan dehidrasi berat, atau - Diare dengan dehidrasi berat selama terjadi KLB kolera, atau - Diare dengan hasil kultur tinja positif untuk V. Cholera 01 atau 0139
Disentri	- Diare berdarah (terlihat atau dilaporkan)
Diare persisten	- Diare berlangsung selama 14 hari atau lebih
Diare dengan gizi buruk	- Diare apapun yang disertai gizi buruk
Diare terkait antibiotika (Antibiotic Associated Diarrhea)	- Mendapat pengobatan antibiotikoral spectrum luas
Invaginasi	<ul style="list-style-type: none"> - Dominan darah dan lender dalam tinja - Massa intra abdominal (abdominal mass) - Tangisan keras dan kepacutan pada bayi

Sumber: Nurarif, Amin Huda dan Kusuma, Hardhi, 2015

Klasifikasi tingkat dehidrasi anak dengan diare dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2.2
Klasifikasi tingkat dehidrasi anak dengan diare

Klasifikasi	Tanda-tanda atau gejala	Pengobatan
Dehidrasi berat	Terdapat 2 atau lebih tanda : <ul style="list-style-type: none"> - Letargis/tidak sadar - Mata cekung - Tidak bisa minum atau malas minum - Cubitan kulit perut kembali sangat (≥ 2 detik) 	- Beri cairan untuk diare dengan dehidrasi berat
Dehidrasi ringan atau sedang	Terdapat 2 atau lebih tanda : <ul style="list-style-type: none"> - Rewel, gelisah - Mata cekung - Minum dengan lahap, haus - Cubitan kulit kembali dengan lambat 	<ul style="list-style-type: none"> - Beri anak cairan dengan makanan untuk dehidrasi ringan - Setelah rehidrasi, nasehati ibu untuk penanganan di rumah dan kapan kembali segera

Tanpa dehidrasi	- Tidak terdapat cukup tanda untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi ringan atau berat	- Beri cairan dan makanan untuk menangani diare di rumah - Nasehati ibu kapan kembali segera - Kunjungan ulang dalam waktu 5 hari jika tidak membaik
-----------------	---	--

Sumber : Nurarif, Amin Huda dan Kusuma, Hardhi, 2015

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nuraarif & Kusuma (2015) pemeriksaan penunjang pada diagnosa medis diare adalah :

- a. Pemeriksaan tinja meliputi pemeriksaan makroskopis dan mikroskopis, Ph dan kadar gula dalam tinja, dan resistensi feses (colok dubur).
- b. Analisa gas darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa.
- c. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
- d. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na,K,kalsium dan Prosfat.

7. Penatalaksanaan

Menurut Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan (2011) program lima langkah tuntaskan diare yaitu:

- a. Rehidrasi menggunakan Oralit osmolalitas rendah.

Oralit merupakan campuran garam elektrolit, seperti natrium klorida (NaCl), kalium klorida (KCl), dan trisodium sitrat hidrat, serta glukosa anhidrat. Oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terbuang saat diare. Walaupun air sangat penting untuk mencegah dehidrasi, air minum tidak mengandung garam elektrolit yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh

sehingga lebih diutamakan oralit. Campuran glukosa dan garam yang terkandung dalam oralit dapat diserap dengan baik oleh usus penderita diare.

Sejak tahun 2004, WHO/UNICEF merekomendasikan Oralit dengan osmolaritas rendah. Berdasarkan penelitian dengan Oralit osmolaritas rendah diberikan kepada penderita diare akan:

- a. Mengurangi volume tinja hingga 25%
- b. Mengurangi mual muntah hingga 30%
- c. Mengurangi secara bermakna pemberian cairan melalui intravena sampai 33%.

Aturan pemberian oralit menurut banyaknya cairan yang hilang, derajat dehidrasi dapat dibagi berdasarkan :

- 1) Tidak ada dehidrasi, bila terjadi penurunan berat badan 2,5%

Umur < 1 tahun : $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ gelas setiap kali anak mencret

Umur 1 – 4 tahun : $\frac{1}{2}$ - 1 gelas setiap kali anak mencret

Umur diatas 5 Tahun : 1 – $1\frac{1}{2}$ gelas setiap kali anak mencret

- 2) Dehidrasi ringan bila terjadi penurunan berat badan 2,5%-5%

Dosis oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama 75 ml/ kgbb dan selanjutnya diteruskan dengan pemberian oralit seperti diare tanpa dehidrasi.

- 3) Dehidrasi berat bila terjadi penurunan berat badan 5-10%

Penderita diare yang tidak dapat minum harus segera dirujuk ke Puskesmas. Untuk anak dibawah umur 2 tahun cairan harus diberikan

dengan sendok dengan cara 1 sendok setiap 1 sampai 2 menit. Pemberian dengan botol tidak boleh dilakukan. Anak yang lebih besar dapat minum langsung dari gelas. Bila terjadi muntah hentikan dulu selama 10 menit kemudian mulai lagi perlahan-lahan misalnya 1 sendok setiap 2-3 menit. Pemberian cairan ini dilanjutkan sampai dengan diare berhenti.

b. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut

Zinc merupakan salah satu zat gizi mikro yang penting untuk kesehatan dan pertumbuhan anak. Zinc yang ada dalam tubuh akan menurun dalam jumlah besar ketika anak mengalami diare. Untuk menggantikan zinc yang hilang selama diare, anak dapat diberikan zinc yang akan membantu penyembuhan diare serta menjaga agar anak tetap sehat. Zinc merupakan salah satu zat gizi mikro yang penting untuk kesehatan dan pertumbuhan anak. Zinc yang ada dalam tubuh akan menurun dalam jumlah besar ketika anak mengalami diare. Untuk menggantikan zinc yang hilang selama diare, anak dapat diberikan zinc yang akan membantu penyembuhan diare serta menjaga agar anak tetap sehat.

Obat Zinc merupakan tablet dispersible yang larut dalam waktu sekitar 30 detik. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut dengan dosis sebagai berikut:

- 1) Balita umur < 6 bulan: 1/2 tablet (10 mg)/ hari
- 2) Balita umur \geq 6 bulan: 1 tablet (20 mg)/ hari

c. Pemberian Makan

Memberikan makanan selama diare kepada balita (usia 6 bulan ke atas) penderita diare akan membantu anak tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Sering sekali balita yang terkena diare jika tidak diberikan asupan makanan yang sesuai umur dan bergizi akan menyebabkan anak kurang gizi. Bila anak kurang gizi akan meningkatkan risiko anak terkena diare kembali. Oleh karena perlu diperhatikan:

- 1) Bagi ibu yang menyusui bayinya, dukung ibu agar tetap menyusui bahkan meningkatkan pemberian ASI selama diare dan selama masa penyembuhan (bayi 0 – 24 bulan atau lebih).
- 2) Dukung ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayi berusia 0-6 bulan, jika bayinya sudah diberikan makanan lain atau susu formula berikan konseling kepada ibu agar kembali menyusui eksklusif. Dengan menyusu lebih sering maka produksi ASI akan meningkat dan diberikan kepada bayi untuk mempercepat kesembuhan karena ASI memiliki antibodi yang penting untuk meningkatkan kekebalan tubuh bayi.
- 3) Anak berusia 6 bulan ke atas, tingkatkan pemberian makan. Makanan Pendamping ASI (MP ASI) sesuai umur pada bayi 6 – 24 bulan dan sejak balita berusia 1 tahun sudah dapat diberikan makanan keluarga secara bertahap.

- 4) Setelah diare berhenti pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan anak.

d. Antibiotik Selektif

Antibiotik hanya diberikan jika ada indikasi, seperti diare berdarah atau diare karena kolera, atau diare dengan disertai penyakit lain. Efek samping dari penggunaan antibiotik yang tidak rasional adalah timbulnya gangguan fungsi ginjal, hati dan diare yang disebabkan oleh antibiotik.

e. Nasihat kepada orang tua/pengasuh

Berikan nasihat dan cek pemahaman ibu/pengasuh tentang cara pemberian Oralit, Zinc, ASI/makanan dan tanda-tanda untuk segera membawa anaknya ke petugas kesehatan jika anak:

- 1) Buang air besar cair lebih sering
- 2) Muntah berulang-ulang
- 3) Mengalami rasa haus yang nyata
- 4) Makan atau minum sedikit
- 5) Demam
- 6) Tinjanya berdarah
- 7) Tidak membaik dalam 3 hari

B. Masalah Keperawatan

1. Pengertian Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

2. Komponen Masalah Keperawatan

Dalam konsep masalah keperawatan menurut PPNI (2017) terdapat dua komponen utama yaitu masalah (problem) atau label diagnosis dan indikator diagnostik. Dalam perumusan masalah keperawatan pada dibagi menjadi 3 yaitu actual, risiko, dan potensial. Masing-masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut :

a. Masalah (Problem)

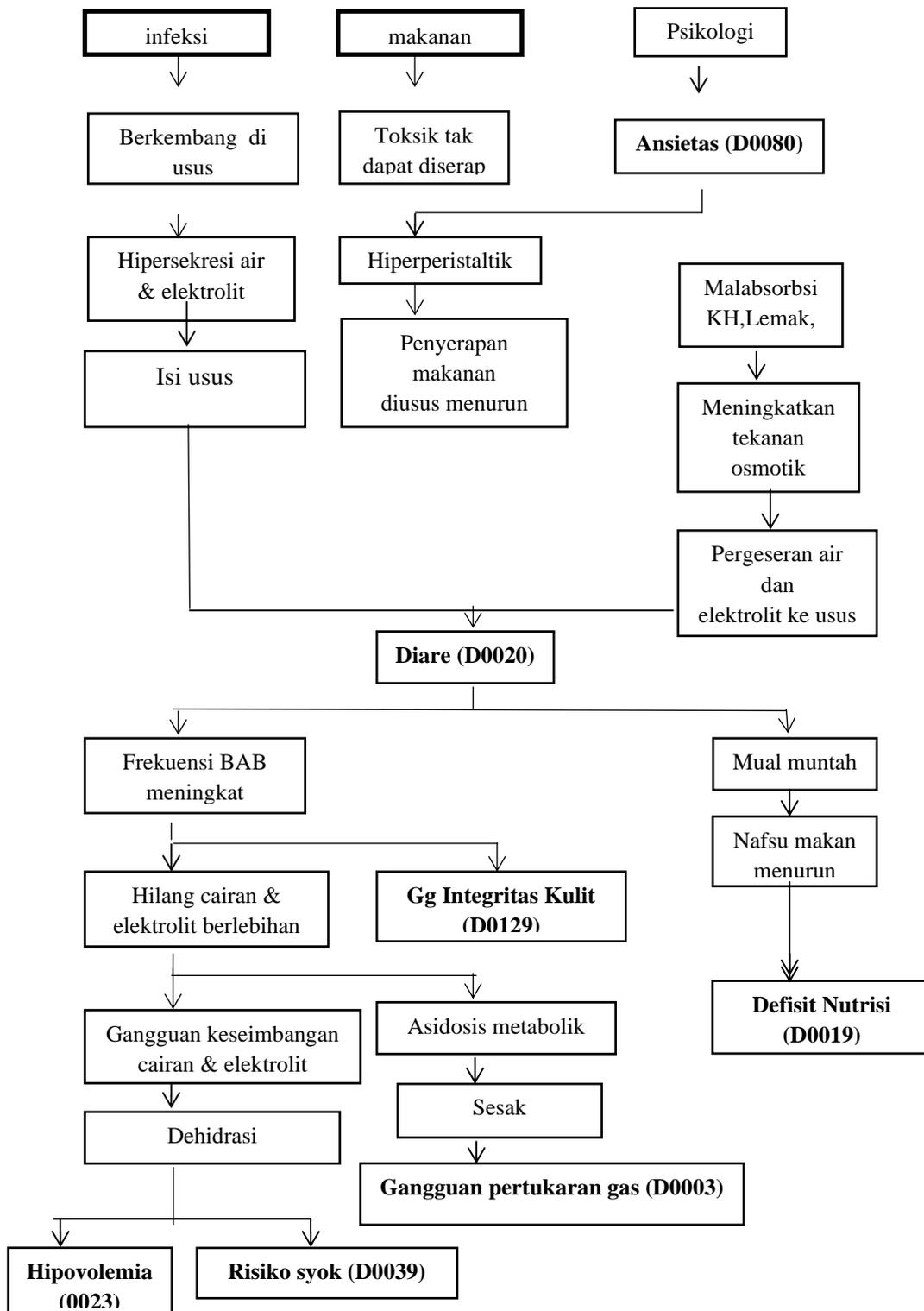
Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas Deskriptor atau penjas dan fokus diagnostik.

b. Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko dengan uraian sebagai berikut :

- 1) Penyebab (*Etiology*) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu : 1) fisiologis, biologis atau psikologis; 2) efek samping terapi/tindakan; 3) situasional (lingkungan antar personal); dan 4) maturasional.
 - 2) Tanda (*sign*) dan Gejala (*Symptom*) . Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostic, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda/ gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu :
 - a) Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis.
 - b) Minor : Jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis.
- c. Faktor Yang Berhubungan
- Faktor yang berhubungan atau kondisi klinis yang terkait atau penyebab pada masalah keperawatan merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan yang mencakup empat kategori yaitu : a. fisiologis, biologis, psikologis; b. efek terapi atau tindakan; c. situasional (lingkungan atau personal); d. maturasional (PPNI, 2017).

3. Pathway Diare



Bagan 2.1 Patway Diare
Sumber : Nurarif & Kusuma (2016) ; PPNI (2017)

4. Masalah Keperawatan Pada Klien Diare

Konsep masalah keperawatan meliputi definisi, kriteria masalah, dan faktor yang berhubungan, berikut ini merupakan penjelasan dari masalah - masalah keperawatan pada penyakit diare :

a. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)

1) Definisi

Gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler

2) Penyebab

Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor :

a) Subjektif : Dispnea

b) Objektif :

(1) Penurunan/Peningkatan PCO_2

(2) PO_2 menurun

(3) Takikardia

(4) pH arteri meningkat/menurun

(5) Bunyi napas tambahan

Kriteria Minor :

a) Subjektif :

(1) Pusing

(2) Penglihatan Kabur

b) Objektif :

(1) Sianosis

(2) Diaforesis

(3) Gelisah

(4) Napas Cuping Hidung

(5) Pola napas abnormal

(6) Warna kulit abnormal

(7) Kesadaran Menurun

b. Diare (D.0020)

1) Pengertian

Diare merupakan pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk

2) Penyebab

a. Fisiologis : Proses infeksi

b. Psikologis : Kecemasan, dan tingkat stress tinggi

c. Situasional :Terpapar kontaminan, terpapar toksin, penyalahgunaan laksatif, penyalahgunaan zat, program pengobatan (mis: agen tiroid, analgesik, pelunak feses, ferosulfat, antasida, cimetidine dan antibiotik), perubahan air, makanan dan bakteri pada air

3) Kriteria Mayor dan Kriteria Minor

Kriteria Mayor

- a) Subjektif : -
- b) Objektif :
 - (1) Defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam
 - (2) Feses lembek atau cair

Kriteria Minor :

- a) Subjektif :
 - (1) Urgency
 - (2) Nyeri/ kram abdomen
- b) Objektif :
 - (1) Frekuensi peristaltic meningkat
 - (2) Bising usus hiperaktif

c. Hipovolemia (D.0023)

1) Pengertian

Hipovolemi merupakan penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel dan /atau intraseluler.

2) Penyebab

- a) Kehilangan cairan aktif
- b) Kekurangan intake cairan

3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor

- a) Subjektif: -

b) Objektif :

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

Kriteria Minor :

a) Subjektif :

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

b) Objektif :

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

d. Gangguan Integritas Kulit (D.0129)

1) Pengertian

Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea,

fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen)

2) Penyebab

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Penurunan mobilitas
- c) Faktor mekanis (gesekan)
- d) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan

3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor

- a) Subjektif : -
- b) Objektif :
 - (1) Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit

Kriteria Minor :

- a) Subjektif : -
- b) Objektif :
 - (1) Nyeri
 - (2) Perdarahan
 - (3) Kemerahan
 - (4) Hematoma

e. Defisit Nutrisi (D.0019)

1) Pengertian

Defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

2) Penyebab

- a) Kurangnya asupan makanan
- b) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- c) Faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)

3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor

- a) Subjektif : -
- b) Objektif :

(1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Kriteria Minor :

- a) Subjektif :
 - (1) Cepat kenyang setelah makan
 - (2) Kram/nyeri abdomen
 - (3) Nafsu makan menurun
- b) Objektif :
 - (1) Bising usus hiperaktif
 - (2) Otot pengunyah lemah
 - (3) Otot menelan lemah

- (4) Membrane mukosa pucat
- (5) Sariawan
- (6) Serum albumin turun
- (7) Rambut rontok berlebihan
- (8) Diare

f. Risiko Syok (D.0039)

1) Pengertian

Risiko syok merupakan risiko untuk mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

2) Faktor Risiko

- a) Hipotensi
- b) Kekurangan volume cairan

g. Ansietas (D.0080)

1) Pengertian

Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Penyebab

- a) Ancaman terhadap kondisi diri

- b) Hubungan orangtua-anak tidak memuaskan
 - c) Terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan dan lain-lain)
 - d) Kurang terpapar informasi
- 3) Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria Mayor

- a) Subjektif :
 - (1) Merasa bingung
 - (2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
 - (3) Sulit berkonsentrasi
- b) Objektif :
 - (1) Tampak gelisah
 - (2) Tampak tegang
 - (3) Sulit tidur

Kriteria Minor :

- a) Subjektif :
 - (1) Mengeluh pusing
 - (2) Anoreksia
 - (3) Palpitasi
 - (4) Merasa tidak berdaya
- b) Objektif :
 - (1) Frekuensi napas meningkat

- (2) Frekuensi nadi meningkat
- (3) Tekanan darah meningkat
- (4) Diaforesisi
- (5) Tremor
- (6) Muka tampak pucat
- (7) Suara bergetar
- (8) Kontak mata buruk
- (9) Sering berkemih
- (10) Berorientasi pada masa lalu

C. Konsep Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare

Dalam proses keperawatan, asuhan keperawatan dibagi menjadi 5 tahap yaitu:

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 diagnosa

keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2016).

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 :

- a. Gangguan pertukaran gas
- b. Diare
- c. Hipovolemi
- d. Gangguan integritas kulit
- e. Defisit nutrisi
- f. Risiko syok
- g. Ansietas

3. Intervensi Keperawatan

Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan PPNI (2019). Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit diare adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolar-kapiler.
 - 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan pertukaran gas pasien meningkat dengan kriteria hasil :
 - a) Pola nafas membaik
 - b) Warna kulit membaik
 - c) Sianosis membaik
 - d) Takikardia membaik
 - 2) Intervensi
 - Obsevasi
 - a) Monitor frekuensi,irama,dan kedalaman upaya nafas
 - b) Monitor pola nafas
 - c) Monitor saturasi oksigen
 - d) Monitor nilai analisa gas darah
 - Terapeutik
 - a) Dokumentasikan hasil pemantauan
 - Edukasi
 - a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
 - Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian obat
- b. Diare b.d fisiologis (proses infeksi)
 - 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan eliminasi fekal pasien membaik dengan kriteria hasil :

- a) Konsistensi feses meningkat
- b) Frekuensi defekasi/bab meningkat
- c) Peristaltik usus meningkat
- d) Kontrol pengeluaran feses meningkat
- e) Nyeri abdomen menurun

2) Intervensi

Observasi

- a) Identifikasi penyebab diare
- b) Identifikasi riwayat pemberian makan
- c) Identifikasi gejala invaginasi
- d) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
- e) Monitor jumlah pengeluaran diare

Terapeutik

- a) Berikan asupan cairan oral (oralit)
- b) Pasang jalur intravena
- c) Berikan cairan intravena
- d) Ambil sample darah untuk pemeriksaan darah lengkap
- e) Ambil sample feses untuk kultur, jik perlu.

Edukasi

- a) Anjurkan manghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa
- b) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat penguas feses
- b) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas

c. Hipovolemi b.d kehilangan cairan aktif

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan

status cairan pasien membaik dengan kriteria hasil :

- a) Turgor kulit membaik
- b) Frekuensi nadi membaik
- c) Tekanan darah membaik
- d) Membrane mukosa membaik
- e) Intake cairan membaik
- f) Output urine meningkat

2) Intervensi

Obsevasi

- a) Periksa tanda dan gejala hypovolemia (missal frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun,haus,lemah).
- b) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- a) Hitung kebutuhan cairan
- b) Berikan asupan cairan oral

Edukasi

- a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- b) Anjurkan menghindari posisi mendadak

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian cairan isotonis (NaCl.RL)
- b) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 ml/kg bb untuk anak.

d. Gangguan integritas kulit b.d ekskresi/BAB sering

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :

- a) Kerusakan lapisan kulit menurun
- b) Nyeri menurun
- c) Kemerahan menurun
- d) Tekstur membaik

2) Intervensi

Observasi

- a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Terapeutik

- a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- b) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare

- c) Gunakan petroleum berbau petroleum atau minyak pada kulit kering

Edukasi

- a) Anjurkan menggunakan pelembab
- b) Anjurkan minum air yang cukup
- c) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- d) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat topical

e. Defisit nutrisi b.d penurunan intake makanan

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan status nutrisi pasien membaik dengan kriteria hasil :

- a) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
- b) Diare menurun
- c) Frekuensi makan membaik
- d) Nafsu makan membaik
- e) Bising usus membaik

- 2) Intervensi

Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi
- b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c) Identifikasi makanan yang disukai

- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrisi
- e) Monitor asupan makanan
- f) Monitor berat badan
- g) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- a) Berikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- b) Berikan makanan tinggi kalori dan protein

Edukasi

- a) Anjurkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu.
- b) Kolaborasi pemberian obat antimetik jika perlu

f. Risiko Syok

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan

tingkat syok pasien menurun dengan kriteria hasil :

- a) Kekuatan nadi meningkat
- b) Output urine meningkat
- c) Frekuensi nafas membaik
- d) Tingkat kesadaran meningkat
- e) Tekanan darah sistolik,diastolic membaik

2) Intervensi

Observasi

- a) Monitor status kardiopulmonal
- b) Monitor frekuensi nafas
- c) Monitor status oksigenasi
- d) Monitor status cairan
- e) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
- f) Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine

Terapeutik

- a) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- b) Pasang jalur IV, jika perlu

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b) Jelaskan penyebab/factor risiko syok
- c) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian IV, jika perlu

g. Ansietas b.d perubahan status kesehatan

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil :
 - a) Perilaku gelisah menurun

- b) Perilaku tegang menurun
 - c) Frekuensi pernapasan menurun
 - d) Pucat menurun
 - e) Kontak mata membaik
- 2) Intervensi
- Obsevasi
- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
 - b) Monitor tanda-tanda ansietas
- Terapeutik
- a) Ciptakan suasana terapeutik untuk mengurangi kecemasan
 - b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
 - c) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
 - d) Gunakan nada suara lemah lembut dengan irama lambat
- Edukasi
- a) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
 - b) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan

sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keperawatan antara lain:

- a. Kemampuan intelektual, teknikal, dan interpersonal.
- b. Kemampuan menilai data baru.
- c. Kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan.
- d. Penyesuaian selama berinteraksi dengan klien.
- e. Kemampuan mengambil keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan.
- f. Kemampuan untuk menjamin kenyamanan dan keamanan serta efektivitas tindakan.

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).

D. Konsep Keperawatan pada Anak

Menurut Yuliasati & Arnis (2016) konsep dasar keperawatan anak adalah sebagai berikut:

1. Paradigma Keperawatan Anak

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, diantaranya 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 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar.

Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan

dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam.

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 coping 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 mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak.

2. Batasan Usia Anak

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, pasal 1 Ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut definisi WHO, batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 19 tahun (Infodatin, 2014).

3. Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan

Menurut (Wong, 2009) pertumbuhan ialah bertambahnya jumlah dan besarnya sel di seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur. Sedangkan perkembangan ialah sebagai bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan Bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian.

4. 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 mensejahterakan 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.

5. Peran Perawat Anak

Perawat merupakan anggota dari tim pemberi asuhan keperawatan anak dan orang tuanya. Perawat dapat berperan dalam berbagai aspek dalam memberikan pelayanan kesehatan dan bekerjasama dengan anggota tim lain, dengan keluarga terutama dalam membantu memecahkan masalah yang berkaitan dengan perawatan anak. Perawat merupakan salah satu anggota tim kesehatan yang bekerja dengan anak dan orang tua. Beberapa peran penting seorang perawat, meliputi (Nining, 2016) :

- a. Sebagai pendidik. Perawat berperan sebagai pendidik, baik secara langsung dengan memberi penyuluhan/pendidikan kesehatan pada orang tua maupun secara tidak langsung dengan menolong orang tua/anak memahami

pengobatan dan perawatan anaknya. Kebutuhan orang tua terhadap pendidikan kesehatan dapat mencakup pengertian dasar penyakit anaknya, perawatan anak selama dirawat di rumah sakit, serta perawatan lanjut untuk persiapan pulang ke rumah. Tiga domain yang dapat dirubah oleh perawat melalui pendidikan kesehatan adalah pengetahuan, keterampilan serta sikap keluarga dalam hal kesehatan khususnya perawatan anak sakit.

- b. Sebagai konselor. Suatu waktu anak dan keluarganya mempunyai kebutuhan psikologis berupa dukungan/dorongan mental. Sebagai konselor, perawat dapat memberikan konseling keperawatan ketika anak dan keluarganya membutuhkan. Hal inilah yang membedakan layanan konseling dengan pendidikan kesehatan. Dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan dan hadir secara fisik maka perawat dapat saling bertukar pikiran dan pendapat dengan orang tua tentang masalah anak dan keluarganya dan membantu mencari alternatif pemecahannya.
- c. Melakukan koordinasi atau kolaborasi. Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dengan tujuan terlaksananya asuhan yang holistik dan komprehensif. Perawat berada pada posisi kunci untuk menjadi koordinator pelayanan kesehatan karena 24 jam berada di samping pasien. Keluarga adalah mitra perawat, oleh karena itu kerjasama dengan keluarga juga harus terbina dengan baik tidak hanya saat perawat membutuhkan informasi dari

keluarga saja, melainkan seluruh rangkaian proses perawatan anak harus melibatkan keluarga secara aktif.

- d. Sebagai pembuat keputusan etik. Perawat dituntut untuk dapat berperan sebagai pembuat keputusan etik dengan berdasarkan pada nilai normal yang diyakini dengan penekanan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal-hal yang merugikan pasien dan keuntungan asuhan keperawatan yaitu meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat juga harus terlibat dalam perumusan rencana pelayanan kesehatan di tingkat kebijakan. Perawat harus mempunyai suara untuk didengar oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Perawat yang paling mengerti tentang pelayanan keperawatan anak. Oleh karena itu perawat harus dapat meyakinkan pemegang kebijakan bahwa usulan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak.
- e. Sebagai peneliti. Sebagai peneliti perawat anak membutuhkan keterlibatan penuh dalam upaya menemukan masalah-masalah keperawatan anak yang harus diteliti, melaksanakan penelitian langsung dan menggunakan hasil penelitian kesehatan/keperawatan anak dengan tujuan meningkatkan kualitas praktik/asuhan keperawatan pada anak. Pada peran ini diperlukan kemampuan berpikir kritis dalam melihat fenomena yang ada dalam layanan asuhan keperawatan anak sehari-hari dan menelusuri penelitian yang telah dilakukan serta menggunakan literatur untuk memvalidasi

masalah penelitian yang ditemukan. Pada tingkat kualifikasi tertentu, perawat harus dapat melaksanakan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan anak.

6. Pengertian Hospitalisasi

Menurut Saputro&Fazris (2017) yang dimaksud dengan hospitalisasi adalah masuknya individu ke rumah sakit sebagai pasien dengan berbagai alasan seperti pemeriksaan diagnostik, prosedur operasi, perawatan medis, pemberian obat dan menstabilkan atau pemantauan kondisi tubuh.

Hospitalisasi ini merupakan suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini (hospitalisasi) terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi stressor baik terhadap anak maupun orang tua dan keluarga, perubahan kondisi ini merupakan masalah besar yang menimbulkan ketakutan, kecemasan bagi anak yang dapat menyebabkan perubahan fisiologis dan psikologis pada anak jika anak tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan tersebut.

7. Dampak Hospitalisasi

Dampak hospitalisasi pada anak meliputi respon fisiologis yang dapat muncul meliputi seperti perubahan pada sistem kardiovaskuler seperti palpitasi, denyut jantung meningkat, perubahan pola napas yang semakin cepat, selain itu, kondisi hospitalisasi dapat juga menyebabkan nafsu makan menurun, gugup, pusing, tremor, hingga insomnia, keluar keringat dingin dan wajah menjadi kemerahan.

Perubahan perilaku juga dapat terjadi, seperti gelisah, anak rewel, mudah terkejut, menangis, berontak, menghindar hingga menarik diri, tidak sabar, tegang, dan waspada terhadap lingkungan. Hal-hal tersebut membuat anak tidak nyaman serta mengganggu proses perawatan dan pengobatan pada anak. Hospitalisasi juga berdampak pada perkembangan anak. Hal ini bergantung pada faktor- faktor yang saling berhubungan seperti sifat anak, keadaan perawatan dan keluarga.

Perawatan anak yang berkualitas tinggi dapat mempengaruhi perkembangan intelektual anak dengan baik terutama pada anak-anak yang kurang beruntung yang mengalami sakit dan dirawat di rumah sakit. Anak yang sakit dan dirawat akan mengalami kecemasan dan ketakutan. Dampak jangka pendek dari kecemasan dan ketakutan yang tidak segera ditangani akan membuat anak melakukan penolakan terhadap tindakan perawatan dan pengobatan yang diberikan sehingga berpengaruh terhadap lamanya hari rawat, memperberat kondisi anak dan bahkan dapat menyebabkan kematian pada anak.

Dampak jangka panjang dari anak sakit dan dirawat yang tidak segera ditangani akan menyebabkan kesulitan dan kemampuan membaca yang buruk, memiliki gangguan Bahasa dan perkembangan kognitif, menurunnya kemampuan intelektual dan social serta fungsi imun (Saputro & Fazris 2017).

Berikut ini reaksi anak terhadap sakit dan proses hospitalisasi sesuai dengan tahapan perkembangan anak (Wong, 2008) ialah :

a. Fase lahir sampai 12 bulan

Bayi pada usia ini biasanya mengembangkan banyak keterampilan baru. Berada di rumah sakit kadang-kadang tidak memungkinkan mereka untuk berlatih keterampilan ini. Keterampilan ini mungkin termasuk bergulir, duduk, merangkak dan berjalan. Anak pada usia ini dapat menjadi kelompok usia yang paling menantang untuk mempersiapkan operasi karena pemahaman mereka yang terbatas dan penggunaan bahasa.

Anak pada usia ini juga paling sensitif terhadap lingkungan mereka seperti nada suara, sentuhan dan gerakan tiba-tiba. Ketakutan terbesar bagi anak usia ini adalah terpisah dari orangtua mereka. Kehadiran dan ikatan waktu orangtua menjadi bagian paling penting dari rumah sakit untuk proses hospitalisasi anak.

Pada anak usia lebih dari enam bulan terjadi *stranger anxiety* atau cemas apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya. Reaksi yang sering muncul pada anak usia ini adalah menangis keras, marah, ekspresi wajah yang tidak menyenangkan, dan banyak melakukan gerakan sebagai sikap *stranger anxiety*.

b. Fase 2 sampai 24 bulan

Anak-anak pada usia ini juga mulai mengembangkan kemampuan kepercayaan mereka. Pengembangan kepercayaan bisa terganggu atau sulit di rumah sakit karena ada banyak orang yang terlibat dengan perawatan anak. Hal tersebut bisa menimbulkan stres pada anak. Stres juga diakibatkan karena anak mulai menyadari bahwa ia berada jauh dari

keluarga. Anak pada usia ini sering takut pada orang asing dan tidak sepenuhnya memahami mengapa mereka berada di rumah sakit.

Respons perilaku anak pada usia ini dibagi menjadi 3 tahap, yaitu tahap protes, putus asa, dan pengingkaran (denial). Pada tahap protes, respons yang ditunjukkan adalah menangis kuat, menjerit memanggil orangtua atau menolak perhatian yang diberikan orang lain. Sementara itu, pada tahap putus asa, anak sudah bisa mengontrol tangisannya, menjadi kurang aktif daripada sebelumnya, kurang menunjukkan minat untuk makan dan bermain, terlihat sedih dan apatis. Anak mulai secara samar menerima perpisahan ketika mencapai tahap pengingkaran. Selain itu, pada tahap terakhir ini, anak juga mulai membina hubungan secara dangkal dan mulai terlihat menyukai lingkungan barunya (Supartini, 2004).

c. Fase 2 sampai 5 tahun

Perawatan anak pada usia ini membuat anak mengalami stress karena merasa berada jauh dari rumah dan kehilangan rutinitas yang familiar. Reaksi terhadap perpisahan yang ditunjukkan anak usia ini adalah dengan menolak makan, menolak perawatan yang dilakukan, menangis perlahan, dan tidak kooperatif terhadap perawat.

Sebagian besar anak-anak dalam kelompok usia ini siap untuk mandiri dan ingin membuat pilihan. Usia ini juga adalah usia dimana imajinasi dan pemikiran berjalan liar sehingga menyebabkan ketakutan dan mimpi buruk. Anak-anak mungkin takut mereka akan terluka oleh

prosedur rumah sakit. Ketakutan anak terhadap perlukaan muncul karena menganggap tindakan dan prosedur perawatan mengancam integritas tubuhnya. Selain itu, anak-anak mungkin percaya bahwa mereka melakukan sesuatu yang salah dan itulah sebabnya mereka berada di rumah sakit. Perawatan dipersepsikan sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, bersalah dan takut. Anak-anak pada usia ini juga lebih sering bertanya karena mereka mungkin tahu lebih banyak tentang tubuh mereka, tetapi pemahaman mereka masih terbatas.

d. Fase 5 sampai 12 tahun

Proses hospitalisasi memaksa anak berpisah dengan lingkungan yang dicintainya, yakni keluarga dan sekolah (teman-teman). Hal tersebut sangat berpotensi membuat anak menjadi stress. Adanya pembatasan aktivitas akibat proses hospitalisasi membuat anak kehilangan kontrol diri. Hal ini berdampak pada perubahan peran dalam keluarga dan kelompok sosialnya, perasaan takut terhadap kematian, serta adanya kelemahan fisik.

Anak usia sekolah ingin menjadi sangat mandiri dari orangtua mereka. Proses sosialisasi dan hubungan teman sebaya menjadi lebih penting selama usia ini. Anak-anak dalam kelompok usia ini sangat menyadari perubahan tubuh serta penampilan fisik. Mereka sangat sensitif terhadap pemeriksaan tubuh dan mungkin merasa malu, memberi anak-anak dalam kelompok usia ini privasi mereka selama ini akan menjadi hal yang penting untuk dilakukan.

e. Fase 12 tahun ke atas

Ketika di rumah sakit, remaja akan merasa seolah-olah telah kehilangan kontrol penuh dan hidup mereka telah ditahan. Mereka akan merasa seperti telah terputus dari rutinitas normal dan dari teman-teman serta keluarga. Penting bagi pengunjung untuk melakukan besuk pada saat yang tepat. Orangtua diharapkan mendorong remaja untuk membuat keputusan dan mengajukan pertanyaan tentang kondisi atau prosedur perawatan yang akan dijalani oleh mereka. Anak pada usia remaja juga perlu dilibatkan dalam semua percakapan yang dibuat oleh tim medis. Selain itu, orangtua juga harus memberi mereka kesempatan sering membahas apa yang terjadi dan untuk mengekspresikan kekhawatiran yang mungkin mereka miliki.

Kecemasan yang timbul akibat proses hospitalisasi pada anak usia remaja disebabkan adanya perpisahan dengan teman sebaya dan hilangnya privasi diri. Anak pada usia remaja juga menunjukkan reaksi aktif pada pembatasan aktivitas dengan menolak perawatan yang dilakukan dan tidak kooperatif dengan petugas kesehatan. Anak juga menarik diri dari keluarga, sesama pasien dan petugas kesehatan (isolasi).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk *literatur review* untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam *literatur review* asuhan keperawatan adalah dua klien anak dengan kasus diare yang akan di *review* secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Subyek anak terdiri dari 2 (dua) orang anak baik laki-laki maupun perempuan
2. Anak dengan diagnosa medis Diare.
3. Anak yang berusia 1 bulan s/d 14 tahun.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Definisi Operasional adalah batasan penelitian yang dirumuskan dengan tidak menimbulkan perbedaan pengertian antar perorang dan agar orang lain dapat mengulangi penelitian tersebut. Definisi operasional dirumuskan untuk

kepentingan akurasi komunikasi dan replikasi (Nursalam, 2008). Definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Diare

Definisi operasional peneliti ini adalah suatu keadaan dimana terjadi pola perubahan BAB lebih dari biasanya (> 3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja lebih encer atau berair dengan atau tanpa darah dan tanpa lendir, yang dapat diketahui dari diagnosa dokter berdasarkan rekam medik pasien. Penatalaksanaan diare dapat dilakukan dengan menggunakan rencana terapi A yaitu memberikan cairan banyak dari biasanya, memberikan zinc selama 10 hari, memberikan makanan atau asi eksklusif, memberikan antibiotik sesuai dengan indikasi, dan menasehati orang tua, terapi B yaitu memberikan oralit 3 jam pertama, memberikan minum sedikit tapi sering dan memberikan zinc, terapi C pada penatalaksanaan diare yaitu memberikan cairan intravena, memberikan oralit, memberikan minum sedikit tapi sering dan memberikan zinc selama 10 hari berturut-turut.

2. Asuhan Keperawatan Anak dengan Diare

Asuhan Keperawatan klien anak dengan diare merupakan suatu proses tindakan keperawatan yang dilakukan oleh seorang perawat yang diberikan secara langsung kepada pasien dalam tatanan pelayanan kesehatan dengan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi untuk mengatasi masalah klien anak dengan diare.

A. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu klien 1 di ruang rawat inap puskesmas Puuwatu pada tanggal 25 Juni 2018 , dan lokasi penelitian klien 2 di RSI Siti Khadijah Palembang pada tanggal 20 Januari 2017.

D. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Penelitian berupa studi kasus dengan metode *literatur review* yang diawali dengan identifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.
2. Kasus yang telah diperoleh dikonsultasikan ke pembimbing
3. Setelah kasus disetujui kemudian mahasiswa membuat *review* kasus dari kedua subjek.

E. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Pada sub bab ini dijelaskan bahwa metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah *literature review*, dengan melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan melalui media internet kemudian mengulas kasus dari kedua subyek.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan pada anak sesuai ketentuan yang berlaku.

F. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti melakukan Asuhan Keperawatan secara koheren dan komprehensif, peneliti juga memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

G. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menggunakan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil *literatur review* asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare di lokasi yang berbeda dengan judul asuhan keperawatan pada klien anak pasien diare di ruang rawat nginap di puskesmas Puuwatu tahun 2018 oleh Esmi Sinaga dan asuhan keperawatan pada klien anak dengan kasus diare pada di ruang madinah RSI Siti Khadijah Palembang tahun 2017 oleh Andi Fatmawati. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam 2 lokasi yang berbeda. Klien 1 dilakukan di puskesmas Puuwatu, sedangkan klien 2 dilakukan penelitian di Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang berlokasi di Jl. Demang Lebar Daun Pakjo Palembang. Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang ini mulai operasional secara definitif pada tanggal 28 Februari 1980. Tipe Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang ini bertipe C dengan kapasitas 218 tempat tidur, dengan luas tanah 81879 m² dan luas halamannya sebesar 69.050 m².

2. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1) Anamnesa

Tabel 4.1
Hasil Anamnesis Klien Anak Dengan Diare

No	Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
1	Nama	An.C	An.R
2	No Registrasi	xx.xx.xx	xx.xx.xx
3	Tanggal Lahir / Umur	09 Februari 2017 / 1 Tahun	5 tahun
4	Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-Laki
5	Nama <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	Tn. M Ny. J	Tidak ada data Ny. Y
6	Umur <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	26 Tahun 23 Tahun	Tidak ada data 39 Tahun
7	Pekerjaan <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	Wiraswasta Ibu Rumah Tangga	Tidak ada data Ibu Rumah Tangga
8	Pendidikan <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	SMA SMA	Tidak ada data SMA
9	Alamat	Puuwatu	Jalan Aryodilla 3 Palembang
10	No. Telp/ HP	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
11	Agama	Islam	Islam
12	Suku/Bangsa <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	Tidak ada data Tidak ada data	Tidak ada data Tidak ada data
13	Masuk RS tanggal	24 Juni 2018	19 Januari 2016
14	Tanggal Pengkajian	25 Juni 2018	20 Januari 2016
15	Di Rawat di Ruangan	Ruang rawat inap puskesmas Puuwatu	Ruang Madinah RSI Siti Khadijah Palembang
16	Keluhan Utama	An.C masuk Puskesmas Puuwatu pada tanggal 24 Juni 2018 dengan keluhan BAB 3 x sehari encer.	An.A masuk ke RSI Siti Khadijah Palembang dengan keluhan BAB cair tanpa ampas dan muntah.
17	Riwayat Penyakit Sekarang	Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018. Klien dibawa ke puskesmas dengan keluhan	Pengkajian dilakukan pada hari tanggal 20 Januari 2016. Orang tua klien mengatakan bahwa

		<p>BAB encer yang dialami sejak 5 hari yang lalu sebelum masuk ke puskesmas, di selingi muntah - muntah 2 kali sejak 5 hari sebelum masuk ke puskesmas hilang timbul.</p> <p>Pasien rewel (+) riwayat batuk pilek (-) riwayat minum susu formula (-)</p>	<p>anaknya BAB 4-7 kali dalam sehari dan badannya juga panas.</p> <p>Diruang rawat anak dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil pemeriksaan yaitu : Nadi : 105x/menit RR : 26x/menit T : 37,6 C Dilakukan pemasangan infus RL 16 tpm dan kolaborasi pemberian cefotaxime 1x500 mg, bubuk diare 3x1 (1 bungkus), paracetamol (1 sendok).</p>
18	Masa Prenatal	<p>An. C merupakan anak pertama dan selama hamil ibu klien melakukan pemeriksaan rutin ke bidan kurang lebih 6 × (kali).</p> <p>Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah sakit, obat yang diminum ibu selama hamil yaitu tablet penambah darah dari bidan.</p> <p>Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi dan penyakit DM.</p> <p>Ibu klien mengatakan selama kehamilan berat badan naik ± 10 kg.</p> <p>Ibu mengatakan melakukan imunisasi TT 2 × selama kehamilan. Pada usia kehamilan 4 bulan mendapatkan TT 1 (Pertama), TT 2 (dua) pada kehamilan 5 bulan.</p> <p>Orang tua mengatakan tidak mengetahui golongan darahnya.</p>	Tidak ada data
19	Natal	<p>Tempat melahirkan di RSUD Abu Nawas Kota kendari</p> <p>Ibu mengatakan persalinannya lama.</p>	Tidak ada data

		<p>Sehingga dilakukan dengan cara operasi caesar</p> <p>Ibu mengatakan persalinan di tolong oleh dokter, dengan cara caesar</p> <p>Tidak ada komplikasi pada saat anak lahir</p>	
20	Post Natal	<p>Berat badan lahir 2700 gram dan panjang badan 49 cm.</p> <p>Ibu mengatakan pada saat lahir An. C tidak mempunyai penyakit.</p> <p>Problem menyusui</p> <p>Ibu megatakan tidak ada masalah saat menyusui .</p> <p>Sebelum klien dirawat tidak pernah mengalami penyakit yang berat dan hanya pernah mengalami panas / demam.</p> <p>Ibu mengatakan An.C tidak pernah mengalami jatuh atau kecelakaan.</p> <p>Ibu megatakan An.C tidak pernah di lakukan tindakan operasi.</p> <p>Ibu megatakan An.C tidak mempunyai riwayat alergi.</p> <p>Ibu klien mengatakan saat An.C sakit atau demam sebelum dibawah ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan.</p> <p>An.A tidak mempunyai saudara, anak pertama dari Tn. M dan Ny. J</p>	Tidak ada data
21	Masa Neonatal	Tidak ada data	Tidak ada data
22	Riwayat Masa Lampau	<p>Ibu mengatakan sebelum klien dirawat tidak pernah mengalami penyakit yang berat dan hanya pernah mengalami panas / demam.</p> <p>Ibu klien mengatakan saat An.C sakit atau demam sebelum dibawah ke</p>	<p>Ibu mengatakan satu bulan yang lalu anaknya pernah mengalami demam tinggi dan dirawat dirumah sakit selama 5 hari.</p>

		<p>puskesmas untuk mendapatkan pengobatan.</p> <p>Ibu mengatakan An.C tidak pernah mengalami jatuh atau kecelakaan.</p> <p>Ibu megatakan An.C tidak pernah di lakukan tindakan operasi.</p> <p>Ibu megatakan An.C tidak mempunyai riwayat alergi.</p>	
23	Riwayat Kesehatan Keluarga	<p>Keluarga An.C tidak ada yang mengalami penyakit yang menular seperti TB dan Hipertensi.</p>	<p>Klien tinggal bersama kedua orang tuanya dan tidak ada penyakit seperti yang pasien alami maupun penyakit menular seperti hipertensi, jantung, diabetes melitus, hepatitis, HIV/AIDS dan tuberculosis.</p>
24	Riwayat Sosial	<p>An. C diasuh oleh kedua orang tuanya dan tinggal dirumah yang sama. rumah</p> <p>Hubungan anggota keluarga baik</p> <p>Rumah tempat tinggal An. C jauh dari sekolah dan tidak ada tempat bermain.</p> <p>Ibu mengatakan rumah tempat tinggal tidak mempunyai tangga</p> <p>Hubungan dalam keluarga baik</p>	<p>An. R tinggal bersama kedua orang tuanya.</p>
25	Kebutuhan Dasar	<p>Sebelum sakit selera makan anak baik. Dirumah anak C disuapi oleh ibunya makan bubur 3x sehari dengan 1 porsi bubur dihabiskan.</p> <p>An. C dirumah minum ASI dan air putih dengan frekuensi minum 7-12 / sehari.</p> <p>An.C BAK 3-4 x/hari warna jernih kekuningan volume 1000 cc, BAB 1 x / hari dengan konsistensi padat, lembek tidak ada kesulitan</p>	<p>Pola nutrisi sebelum sakit keluarga An. R mengatakan An. R makan 3 x sehari dengan 1 porsi habis dengan jenis nasi, lauk pauk, buah dan air putih, tidak ada keluhan.</p> <p>Pola eliminasi sebelum sakit keluarga An. R mengatakan BAK 5-7 kali sehari dengan warna kuning jernih ± 200 CC</p>

		<p>BAB menggunakan pampers.</p> <p>Kebiasaan tidur anak C pada siang hari tidak teratur sedangkan pada malam hari tidur pada jam 19:00. An. C memiliki kebiasaan sebelum tidur sebelum tidur yaitu selalu disusui oleh ibunya. An. C tidak memiliki kesulitan untuk tidur.</p> <p>Kebiasaan mandi 2x/hari, cuci rambut 2 x / sehari dengan frekuensi 3 x/ minggu, gunting kuku 1 x/2 minggu dengan dibantu oleh ibunya. Sebelum sakit An. C tidak mengalami kesulitan pergerakan tubuh.</p>	<p>sekali BAK dan BAB 1 hari sekali dengan warna kuning kecoklatan, berbentuk lunak dan tidak ada keluhan.</p> <p>Pola istirahat tidur sebelum sakit klien bisa tidur nyenyak dan bangun terasa segar, klien tidur ± 11 jam sehari.</p> <p>Pola aktivitas sebelum sakit keluarga An. R mengatakan makan / minum, toileting, berpakaian, berpindah, ambulasi ROM dilakukan secara mandiri.</p> <p>Pola kognitif dan perceptual sebelum sakit klien dapat berbicara dengan lancar, dapat melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>Pola mekanisme koping sebelum sakit keluarga mengatakan jika An. R ada masalah selalu menceritakan kepada keluarga baik saudara maupun orang tua.</p>
26	Keadaan Kesehatan saat ini	<p>Klien masuk dengan diagnosa medis diare.</p> <p>Status nutrisi klien selama sakit selera makan tidak ada / menurun, klien tidak mau makan. Makanannya hanya asi. Status Cairan An. C minum ASI dan air putih dengan frekuensi minum 7-9 x/ hari.</p> <p>Eliminasi selama sakit BAB menggunakan pampers 3x/ sehari konsistensi cair +</p>	<p>Klien masuk dengan diagnosa medis diare.</p> <p>Pola nutrisi selama sakit keluarga An. R mengatakan klien makan 3 x sehari dengan ½ porsi dengan jenis nasi, lauk pauk, buah, air putih, ada keluhan mual muntah.</p> <p>Pola eliminasi selama sakit keluarga An. R mengatakan BAK 5-7 kali</p>

		<p>ampas, BAK > 3x sehari volume 1000 dengan warna kuning pekat (warna teh pekat), obat pencegah tidak ada.</p> <p>Istirahat tidur selama sakit pada siang hari terganggu tidak teratur, malam hari tidak teratur, pola tidur tidak ada kenyamanan, An. C rewel, dan kesulitan tidur terganggu karena selalu BAB.</p> <p>Personal Hygiene selama sakit / dirawat An. C belum pernah dimandii oleh ibunya.</p> <p>Selama sakit kesulitan pergerakan tubuh terhalang oleh infus.</p> <p>Maka An.C diberikan terapi IVFDRL 18 TPM, L bio 2 x 1, Zinc 2 x 1, injeksi Paracetamol 70 mg (7 cc) bila demam.</p>	<p>sehari dengan warna kuning \pm 180 CC, sekali BAK. BAB 4-7 kali dalam sehari dengan keluhan mencret.</p> <p>Pola istirahat tidur selama sakit ibu klien mengatakan anaknya sering terbangun dan menangis saat tidur, pasien tidur \pm 6 jam sehari.</p> <p>Pola aktivitas selama sakit keluarga An. R mengatakan aktivitas makan/minum, berpakaian, berpindah, ambulasi ROM dibantu oleh keluarga maupun perawat.</p> <p>Terapi yang diperoleh selama dibangsal rawat anak pada tanggal 19 Januari 2016 cairan infus RL 16 tpm, Paracetamol sirup 1 sendok, Cefotaxime 1 x 500 mg, bubuk diare 3x1 (1 bungkus).</p> <p>Pola kognitif dan perceptual selama sakit klien hanya diam dan lesu tidak banyak bicara.</p> <p>Pola mekanisme koping selama sakit klien mengatakan jika ada masalah / keluhan dengn penyakitnya klien selalu bercerita dengan anggota keluarga yang menunggu.</p>
27	Pemeriksaan DDST (Pemeriksaan tumbuh kembang tidak dapat dilakukan karena anak sedang sakit. Informasi yang diberikan diperoleh dari orangtua)	<p>Riwayat tumbuh kembang anak C berat badan : 6300 gram , tinggi badan : 60 cm, An. C belum tumbuh gigi.</p> <p>Perkembangan tiap tahun yaitu An. C berguling saat 4 bulan, An. C belum duduk, An. C merangakak pada usia 7 bulan, An. C sudah berdiri, An. C belum berjala</p>	Tidak ada data

		Senyum kepada orang lain pertama kali saat usia 5 bulani, An. C belum bicara, dan An. C belum dapat berpakaian tanpa bantuan.	
28	Lain-lain	<p>Riwayat nutrisi An.C Pertama kali disusui umur 2 minggu dengan lama pemberian sampai saat ini.</p> <p>Ibu mengatakan anaknya tidak diberikan susu formula. Pada usia 0-4 bulan jenis nutrisi yang diberikan adalah ASI dan lama pemberian 6 bulan. Pada usia 4 -12 jenis nutrisi yang diberikan yaitu bubur saring ditambahkan telur. Sedangkan pada saat ini jenis nutrisi belum diketahui dan lama pemberian belum diketahui.</p> <p>Riwayat imunisasi BCG pada usia 6 bulan reaksi setelah pemberian membentuk abses 1-2 bulan. Imunisasi DPT (1,2,3,4) usia 3,4,5 bulan reaksi pemberian tidak ada. Imunisasi Polio (1,2,3,4) usia 3,4,5 bulan reaksi pemberian tidak ada. Imunisasi Hepatitis usia 0 bulan reaksi pemberian tidak ada.</p> <p>Saat An. C sakit ibu langsung membawah An. C ke puskesmas. Dokter menjelaskan kondisi, diagnosa dan rencana pengobatan yang akan dilakukan oleh medis atau perawat.</p> <p>Ibu merasa cemas dengan kondisi anaknya.</p> <p>Bila anak demam ibu berkunjung ke puskesmas.</p> <p>Ibu klien yang menemani atau tinggal dengan klien pada saat ini</p>	<p>Lingkungan tempat tinggal An. R merupakan lingkungan yang cukup bersih. Pola hubungan dengan keluarga dan lingkungan sekitar rumahnya baik.</p> <p>Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan ibu klien mangatakan bahwa kesehatan itu penting dan harus selalu dijaga.</p> <p>Pola persepsi dan konsep diri keluarga klien mengatakan menerima kondisi anaknya saat ini.</p>

		Anak belum paham karena masih dibawah umur, hanya saja ibu mengatakan An. C saat melihat perawat anaknya selalu menangis.	
--	--	---	--

Sumber : Sinaga (2018), Fatimawati (2017)

Berdasarkan tabel diatas didapatkan data pengkajian pada Klien 1 dan Klien 2 dirawat dengan diagnosa medis diare. Pada klien 1 sama-sama dilakukan pengkajian pada hari ke 2 perawatan klien. Didapatkan data keluhan utama pada Klien 1 masuk ruang rawat Puskesmas Puuwatu dengan keluhan BAB 3 x sehari dengan konsistensi encer, sedangkan pada Klien 2 masuk ke Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang dengan keluhan BAB cair tanpa ampas dan muntah.

Pada riwayat penyakit sekarang klien 1 Klien dibawah ke puskesmas dengan keluhan BAB encer yang dialami sejak 5 hari yang lalu, di selingi muntah-muntah 2 kali hilang timbul sejak 5 hari lalu, sedangkan pada klien 2 dengan keluhan BAB 4-7 kali dalam sehari dan badan panas. Pada riwayat masa lampau pada klien 1 sebelumnya tidak pernah di rawat di rumah sakit sedangkan pada klien 2 sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit selama 5 hari dikarenakan demam tinggi. Pada Klien 1 didapatkan hasil pengkajian dari orang tua mengenai masa prenatal, natal, dan post natal anak, sedangkan pada Klien 2 tidak didapatkan hasil pengkajian serupa. Pada klien 1 imunisasi dasar anak lengkap sedangkan pada klien 2 imunisasi dasar anak tidak dijelaskan. Pada riwayat kesehatan keluarga baik klien 1 maupun klien 2 tidak ada yang mengalami sakit yang sama seperti klien dan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan lainnya.

Pada klien 1 status nutrisi klien selama sakit selera makan tidak ada / menurun, sedangkan pada klien 2 Pola nutrisi selama sakit makan 3 x sehari dengan ½ porsi bubur, lauk pauk, buah, dan air putih. Status cairan pada Klien 1 minum asi dan air putih 7-9 x/hari, terpasang cairan kristaloid (RL) 18 tpm, terapi atau obat-obatan saat ini klien 1 di berikan obat antipiretik L bio 2 x 1, Zinc 2 x 1, injeksi Paracetamol 70 mg (7 cc) bila demam. Sedangkan status cairan pada klien 2 minum air putih dengan frekuensi tidak ditemukan data, terpasang cairan ikristaloid (RL) 16 tpm, untuk pemberian terapi atau obat-obatan klien diberikan obat Paracetamol sirup 1 sendok, Cefotaxime 1 x 500 mg, bubuk diare 3x1 (1 bungkus).

Adapun data lainnya yang di peroleh dari hasil anamnesa yaitu pada Klien 1 tinggal ditempat tinggal jauh dari sekolah dan tidak ada tempat bermain, tidak terdapat tangga. Sedangkan pada Klien 2 tinggal di lingkungan lingkungan yang cukup bersih. Pada klien 1 mengalami trauma/hospitalisasi dengan perawat karena klien menangis saat melihat perawat sedangkan pada klien 2 tidak ditemukan data pengkajian hospitalisasi.

2) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.2
Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Anak Dengan Diare

No	Pemeriksaan Umum	Klien 1	Klien 2
1.	Keadaan Umum	KU: Lemah	Tidak ada data
2.	Kesadaran	Kes: Composmentis	Kes: Composmentis
3.	Tanda-tanda vital	Nadi 138 x/menit, suhu tubuh 37°C, pernafasan: 30 x/menit. Tb: 60 cm Bb: 6300 gram Lingkar lengan atas: 10 cm Lingkar kepala: 34 cm Lingkar dada: 33 cm Lingkar perut: 32 cm	Nadi :105 x/menit, Suhu: 37,6°C, pernafasan: 26 x/menit.

4.	Status Gizi	<p>Dirumah : selera makan anak baik, makan bubur 3× sehari dengan 1 porsi bubur dihabiskan.</p> <p>Dirumah sakit : selera makan tidak ada / menurun, klien tidak mau makan. Makanannya hanya asi.</p>	<p>Dirumah : makan 3 x sehari dengan 1 porsi habis dengan jenis nasi, lauk pauk, buah dan air putih, tidak ada keluhan.</p> <p>Dirumah sakit : Nafsu makan menurun, diet bubur, porsi makan ½ porsi, keluhan mual muntah.</p>
5.	Pemeriksaan Fisik : Inspeksi		
	a. Kepala	Kepala tidak ada kelainan, rambut pendek, kulit rambut bersih, kelopak mata bersih tidak anemis pada konjungtiva, mukosa mulut kering, tidak ada masalah kemampuan menelan, hidung bersih tidak ada peradangan, telinga bersih tidak ada kelainan, tidak terdapat kuman pada lubang telinga.	Bentuk kepala normal, kulit kepala bersih tidak ada ketombe dengan rambut hitam tidak ada uban. Hasil pemeriksaan muka dari mata palpebra tidak ada oedem, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, diameter kanan kiri simetris, reflek terhadap cahaya baik, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Pemeriksaan hidung bersih, simetris, tidak ada jejas dan tidak ada secret. Pemeriksaan mulut dengan hasil simetris, warna bibir pucat mukosa kering, dan kebersihan cukup. Kemampuan mengunyah normal, kemampuan menelan normal.
	b. Leher	Tidak ada pembesaran pada leher.	Tidak ada data
	c. dada	Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, gerakan dada simetris kanan dan kiri.	Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri tidak ada jejas.
	d. Punggung	Tidak ada data	Tidak ada data
	e. Perut	Tidak ada data	normal
	f. Genitalia	Bersih tidak ada kelainan.	Tidak ada kelainan
	g. Anus dan Rektum	Tampak kemerahan daerah anus.	Tidak ada kelainan. Colon dan Rektum normal.
	h. Tulang Belakang Ekstermitas	Crt < 3 detik, clubbing finger normal.	Ekstermitas kanan dan kiri bawah tidak ada oedem, tidak ada varises dikaki. Pada ekstermitas bagian atas akral teraba hangat, perfusi baik, refleksi

			fisiologis +/- (bicip, fleksi, tricip, ekstensi).
	Palpasi		
	a. Leher b. Dada c. Perut	Pada An. A leher tidak teraba pembesaran, dada simetris antara kanan dan kiri.	Pada An. R pergerakan dinding dada sama antara kanan dan kiri tidak ada oedem.
	Auskultasi		
	a. Paru-paru b. Jantung c. Perut	Suara nafas vesikuler. Peristaltik usus 24 x/menit	Tidak ada data
	Perkusi		
	a. Dada b. Perut c. Ekstermitas	Tidak ada data	Pada An.R diperkusi resonan dan saat auskultasi bunyi vesikuler di seluruh lapang paru.
6.	Sistem saraf		
	a. Fungsi cerebral b. Keadaran c. Bicara ekspresive	Baik tidak ada gangguan Composmentis -	Tidak ada data
	Fungsi cranial	Nervus I : tidak ada Nervus II : tidak ada Nervus III, IV, VI : tidak ada Nervus V : tidak ada Nervus VI : tidak ada Nervus VII : tidak ada Nervus VIII : tidak ada Nervus IX : tidak ada Nervus X : tidak ada Nervus XI : tidak ada Nervus XII : tidak ada	Tidak ada data
	Fungsi Motorik	Tidak mengalami kelemahan otak	Tidak ada data
	Refleks Basep	Merasakan semua rangsangan yang diberikan	Tidak ada data

Sumber : Sinaga (2018), Fatimawati (2017)

Berdasarkan tabel diatas didapatkan data hasil pemeriksaan fisik pada Klien 1 suhu 37°C, pernafasan 30 x/menit, nadi 138 x/menit, mukosa bibir kering, CRT < 3 detik dan tampak kemerahan daerah anus. Sedangkan pada Klien 2 didapatkan hasil pemeriksaan fisik, warna bibir pucat mukosa kering,

tidak ada kelainan colon dan rektum normal, hasil pengukuran tanda-tanda vital pada klien 2 suhu 37,6°C, pernafasan: 26 x/menit, nadi :105x/menit.

3) Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.3
Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Anak Dengan Diare

No	Pemeriksaan penunjang	Klien 1	Klien 2
1.	Laboratorium	Hasil pemeriksaan laboratorium hematologi Wbc: 5,6 103/UL Hgb: 10,2 9/dl Hct: 29,1 % MCV: 79,3 FI MCH: 27,8 Pg RBC: 3,6 106/UL	Hasil pemeriksaan laboratorium Hgb : 13,3 L,g,dl Leukosit : 19,9 10 ³ /ul Hematokrit : 38% Trombosit : 417 k/ul Basofil : 0.0% Eosinofil : 0,0% Netrofil Batang : 1,0% Netrofit Segmen : 86,0% Limfosit : 11,0 Monosit : 2,0% Elektrolit darah natrium : 133. Mmol/L Kalium : 5,07 mmol/L Klorida : 117 mmol/L

Sumber : Sinaga (2018), Fatimawati (2017)

Berdasarkan hasil laboratorium diatas terjadi penurunan hematokrit (Normal 40,0 – 54,0%) pada klien 1 dan klien 2. Pada hasil klien 1 juga terdapat penurunan hemoglobin (Normal 13,0 – 18,0 g/dl), sedangkan pada klien 2 penurunan limfosit (20 – 40%), dan peningkatan leukosit (Normal 4,0 – 10,0).

4) Terapi

Tabel 4.4
Terapi klien Anak dengan Diare

No	Klien 1	Klien 2
1	IVFDRL 18 tpm L Bio 2 Zinc 2 Injeksi Pracetamol 70 mg (7 cc) bila demam	RL 16 tpm (IVFDRL) Paracetamol syrup 1 sendok Cefotaxime 1x500 mg Bubuk diare 3x1 (1 bungkus)

Sumber : Sinaga (2018), Fatimawati (2017)

Berdasarkan table 4.4 diatas terdapat data terapi klien 1 dan klien 2 , pada klien 1 mendapatkan terapi IVFDRL 18 tpm, L Bio 2, Zinc 2, dan Injeksi Paracetamol 70 mg (7 cc) bila demam . Sedangkan pada data klien 2 mendapatkan terapi RL 16 tpm (IVFDRL), Paracetamol sirup 1 sendok, Cefotaxime 1x500 mg, dan Bubuk diare 3x1 (1 bungkus)

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5
Diagnosa Keperawatan Klien Anak Dengan Diare

No	Data	Problem	Etiologi (Penyebab, Tanda & Gejala)
Klien 1			
1.	DS: <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan anaknya BAB sejak 5 hari yang lalu. • Ibu klien mengatakan anaknya BAB encer 3 sehari. DO: <ul style="list-style-type: none"> • Nampak BAB encer 3 x /sehari • Peristaltik usus 24 x/ menit • Anak tampak lemah dan lemas 	Diare	Virus, Parasit,Bakteri, Mikroorganisme ↓ Infeksi pada sel ↓ Berkembang diusus ↓ Hipersekresi air dan elektrolit ↓ Isi rongga usus berlebihan ↓ Diare

2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu Klien mengatakan anaknya BAB sejak 5 hari yang lalu. Ibu klien mengatakan anaknya BAB encer \pm 3 x / sehari. Ibu mengatakan anaknya lemas. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nampak BAB encer 3 x / sehari. Mukosa bibir kering Turgor kulit kering. Klien tampak lemah dan lemas. Tana-tanda vital <ul style="list-style-type: none"> a. Nadi : 138x/menit b. Pernapasan : 30x/menit c. Suhu : 37 C IV terpasang RL 18 tpm. 	Kekurangan volume cairan	<p>Diare</p> <p>↓</p> <p>Frekuensi BAB meningkat</p> <p>↓</p> <p>Hilangnya cairan dan elektrolit berlebihan</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Keseimbangan cairan dan elektrolit</p> <p>↓</p> <p>Dehidrasi</p> <p>↓</p> <p>Risiko kekurangan volume cairan</p>
Klien 2			
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan An. R BAB 4 -7 kali dalam sehari, sebelum dibawa ke Rs mencret (BAB) tanpa ampas. An. R mengalami mual muntah > 3x. Anak R tidak pernah mengalami penyakit ini sebelumnya. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tidak mau untuk minum Klien lemas, bibir kering, turgor kulit tidak elastis, mata cekung, kulit berekeringat, klien rewel, tanda- tanda vital <ul style="list-style-type: none"> S: 37,6 °C N: 105 x /menit RR: 26 x/menit BB 13,5 kg, TB 92 cm Hasil laboratorium <ul style="list-style-type: none"> Hgb : 13,3 L,g,dl Leukosit : 19,9 10³/ul Hematokrit : 38% Trombosit : 417 k/ul Basofil : 0.0% Eosinofil : 0,0% 	Kekurangan volume cairan	Kehilangan cairan aktif

	Netrofil Batang : 1,0% Netrofit Segmen : 86,0% Limfosit : 11,0 Monosit : 2,0% Elektrolit darah natrium : 133. Mmol/L Kalium : 5,07 mmol/L Klorida : 117 mmol/L		
2.	DS: <ul style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan An. R tidak mau makan, adanya mual dan muntah. DO: <ul style="list-style-type: none"> Ku : Lemah Klien rewel Membrane mukosa pucat Penurunan berat badan. Kelemahan otot untuk menelan, ketidakmampuan memakan makanan, menghabiskan ½ sendok dari porsi makan. Terpasang infus NACL 16 tpm. 	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Tidak ada data

Sumber : Sinaga (2018), Fatimawati (2017)

Berdasarkan tabel diatas Klien 1 dan Klien 2 mempunyai kesamaan yaitu sama – sama menegakkan 2 diagnosa keperawatan. Adapun diagnosa pada Klien 1 yaitu diare berhubungan dengan Proses infeksi virus, parasit, bakteri, mikroorganisme dan diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan frekuensi BAB meningkat. Sedangkan pada Klien 2 di diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, dan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

c. Perencanaan

Tabel 4.6
Intervensi Keperawatan Klien Anak Dengan Diare

Dx Keperawatan	Kriteria Hasil	Perencanaan
Klien 1		
<p>Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus</p> <p>Data subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan anaknya BAB sejak 5 hari yang lalu. Ibu klien mengatakan anaknya BAB encer 3 x/ sehari <p>Data obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Nampak BAB encer 3 Peristaltik usus 24 x/ menit Anak tampak lemah dan lemas 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Diare pada klien teratasi.</p> <p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> Bowel elimination Electrolyte and acid base balance <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Feses berbentuk, BAB Menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi Tidak mengalami diare Menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan Mempertahankan turgor kulit 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> Diarhae Management Evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal Ajarkan pasien untuk menggunakan obat anti diare Evaluasi intake makanan yang masuk Identifikasi faktor penyebab dari diare Monitor tanda dan gejala diare Observasi turgor kulit secara rutin Ukur diare/keluaran BAB Hubungi dokter jika ada kenaikan bising usus Monitor persiapan makanan yang aman
<p>Kerusakan integritas kulit b/d ekskresi/BAB sering</p> <p>Data subyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu klien mengatakan kemerahan daerah pantat <p>Data obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak kemerahan daerah anus 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien tidak terjadi infeksi</p> <p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> Issue Integrity : Skin and mucous membranes Hemodyalis akses <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi). Tidak ada luka/lesi pada kulit Perfusi jaringan baik Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang Mampu melindungi kulit dan mempertahankan 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pressure management Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering Monitor kulit akan adanya kemerahan Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang kemerahan Monitor status nutrisi pasien Memandikan pasien dengan air hangat

	kelembaban kulit dan perawatan alami.	
Dx Keperawatan	Kriteria Hasil	Perencanaan
Klien 2		
Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil : 1. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi 2. Elastis turgor baik, membrane mukosa lembab 3. BAB normal 4. TTV dalam batas normal	1. Kaji tanda – tanda vital pasien 2. Kaji tanda – tanda dehidrasi 3. Kaji intake dan output cairan 4. Anjurkan keluarga untuk memberikan minum sedikit tapi sering. 5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat dan cairan, infus NACL gtt 16 x/m dan oralit.
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kekurangan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Kebutuhan nutrisi terpenuhi 2. Mual dan muntah tidak ada 3. Nafsu makan meningkat 4. Tidak ada tanda – tanda malnutrisi 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 7. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan 8. Diet habis 1 porsi yang disediakan	1. Kaji pola nutrisi pasien 2. Timbang berat badan pasien 3. Kaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi 4. Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin 5. Berikan diet dalam kondisi hangat dan porsi kecil tapi sering 6. Kolaborasi dengan tim ahli gizi dalam pemenuhan / penentuan diet pasien

Sumber : Sinaga (2018), Fatimawati (2017)

Tabel diatas menjelaskan mengenai intervensi yang akan diberikan pada klien 1 dan klien 2 selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan, tetapi ditemukan data ketidaksesuaian antara diagnosa dalam tabel analisa data dan tabel intervensi keperawatan diatas yaitu pada tabel analisa data Klien 1 ditegakkan diagnosa kekurangan

volume cairan namun pada tabel intervensi ditegakkan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering.

d. Implementasi

Tabel 4.7
Implementasi Keperawatan Klien Anak Dengan Diare

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Klien 1		
Senin, 25 Juni 2018		
09:00	Menganjurkan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare pada klien	Tidak ada data
09:15	Mengobservasi turgor kulit	Tidak ada data
11:00	Anjurkan pada ibu klien untuk mengganti pakaian yang longgar pada klien	Tidak ada data
11:15	Memonitoring kulit akan adanya kemerahan	Tidak ada data
12:30	Penatalaksanaan pemberian medikasi infuse	Tidak ada data
Selasa 26 Juni 2018		
09:00	Menganjurkan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare pada klien	Tidak ada data
09:30	Mengobservasi turgor kulit Anjurkan pada ibu klien untuk mengganti pakaian yang longgar pada klien	Tidak ada data
09:45	Memonitoring kulit akan adanya kemerahan	Tidak ada data
11:00	Penatalaksanaan pemberian medikasi infuse	Tidak ada data
12:00	Mengoleskan lotion atau baby oil pada daerah anus	Tidak ada data

Rabu 27 Juni 2018 09:00	Menganjurkan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare pada klien	Tidak ada data
09:30	Mengobservasi turgor kulit	Tidak ada data
09:45	Anjurkan pada ibu klien untuk mengganti pakaian yang longgar pada klien	Tidak ada data
11:00	Memonitoring kulit akan adanya kemerahan	Tidak ada data
12:00	Penatalaksanaan pemberian medikasi infuse	Tidak ada data
Klien 2		
20/01/2016 08:30	Kaji tanda – tanda vital klien	<ul style="list-style-type: none"> • Makanan bubur terutama kuahnya • P : 105 x/menit • RR : 26 x/menit • T : 37, 6 C • Mukosa bibir lembab • Minuman sudah diberikan sedikit tapi sering • Cairan masuk melalui infuse NACL 500 cc • BAB masih encer > 4x • Diberikan cairan NACL dan larutan oralit. • Makan bubur sedikit 3 x/hari • BB : 13,5 kg • Adanya mual muntah • Diet sudah diberikan
09:20	Kaji tanda – tanda dehidrasi.	
09:30	Kaji intake dan output cairan	
09:35	Anjurkan keluarga untuk memberikan minum sedikit tapi sering	
10: 40	Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat dan cairan infus RL gtt 16 x/m, oralit	
10:45	Kaji pola nutrisi klien	
11:30	Timbang berat badan klien	
11:45	Kaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi	
12:30	Anjurkan pasien untuk meningkat protein dan vitamin	
12:45	Berikan diet dalam kondisi hangat dan porsi tapi sering.	
13:20	Kolaborasi dengan tim ahli gizi dalam pemenuhan atau penentuan diet klien	
21/01/2016 14:00	Kaji tanda – tanda vital klien	

14:30	Kaji tanda - tanda dehidrasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Makanan bubur terutama kuahnya
15:25	Kaji intake dan output cairan	<ul style="list-style-type: none"> • P : 105 x/menit • RR : 26 x/menit • T : 37, 6 C
15:40	Anjurkan keluarga untuk memberikan minum sedikit tapi sering	<ul style="list-style-type: none"> • Mukosa bibir lembab • Minuman sudah diberikan sedikit tapi sering
15:45	Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat dan cairan infus RL gtt 16 Kaji pola nutrisi klien Timbang berat badan klien Kaji faktor penyebab gangguan pemenuhan klien	<ul style="list-style-type: none"> • Cairan masuk melalui infuse NACL 500 cc • BAB masih encer > 4x • Diberikan cairan NACL dan larutan oralit.
16:35	Anjurkan klien untuk meningkat protein dan vitamin	<ul style="list-style-type: none"> • Makan bubur sedikit 3 x/hari
16:30	Berikan diet dalam kondisi hangat dan porsi tapi sering.	<ul style="list-style-type: none"> • BB : 13,5 kg
17:25	Kolaborasi dengan tim ahli gizi dalam pemenuhan atau penentuan diet pasien.	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya mual muntah • Diet sudah diberikan

Sumber : Sinaga (2018), Fatimawati (2017)

Berdasarkan tabel diatas bahwa Implementasi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai, namun terdapat beberapa intervensi yang tidak dilakukan. Implementasi pada klien 1 dilakukan selama 3 hari di ruang rawat inap puskesmas Puuwatu pada tanggal 25 Juni 2018 s/d 27 Juni 2018, sedangkan pada klien 2 dilakukan selama 2 hari di rumah sakit mulai dari tanggal 20 Januari 2016 s/d 21 Januari 2016.

e. Evaluasi

Tabel 4.8
Evaluasi Klien 1

Dx	Klien 1		
	Hari		
	Hari I	Hari II	Hari III
	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien Mengatakan anaknya bab encer $\pm 3x$ Sehari • Ibu klien Mengatakan masih adanya kemerahan pada daerah anus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fases berbentuk, BAB sehari sekali tiga kali • Klien belum bisa minum obat • Belum mampu mempertahankan turgor kulit • Keluarga belum mampu mempertahankan kelembaban kulit pada klien • Tampak kemerahan pada bagian anus • Pemberian L. Bio 1tab/oral , Zink 1tab/oral <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diare(sedang) • Kerusakan integritas kulit <p>P : Intervensi 1,2,3,4 dan 5 di lanjutkan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan anaknya bab encer • Ibu klien mengatakan masih adanya kemerahan pada daerah anus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fases berbentuk, BAB sehari dua kali • Mampu mempertahankan turgor kulit • Keluarga mulai mampu mempertahankan kelembaban kulit pada klien • Tampak kemerahan pada bagian anus • Pemberian L. Bio 1tab/oral , Zink 1tab/oral <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diare (sedang) - Kerusakan integritas kulit <p>P : Intervensi 1,2,3,4, dan 5 di pertahankan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu klien mengatakan anaknya BAB satu kali sehari • Ibu klien mengatakan daerah sekitar anus tidak nampak lagi kemerahan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi BAB satu kali sehari dengan konsistensi padat • Turgor kulit klien kering • Keluarga mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit • Pada Kulit sekitar anus klien tidak nampak kemerahan lagi • Pemberian L. Bio 1tab/oral , Zink 1tab/oral <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diare teratasi , integritas kulit yang baik di pertahankan <p>P : Intervensi di pertahankan</p>

Sumber : Sinaga (2018)

Tabel di atas menjelaskan bahwa pada klien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di puskesmas Puuwatu evaluasi pada klien 1 menunjukkan diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan proses infeksi inflamasi di usus teratasi dan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan eksresi/BAB sering dipertahankan di hari ke 3 perawatan.

Tabel 4.9
Evaluasi Klien 2

Dx	Klien 2		
	Hari I	Hari II	Hari III
Dx 1 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ny.Y mengatakan anaknya masih BAB 4-7 kali dalam sehari Ny.Y mengatakan anaknya sudah memberikan minum sedikit tapi sering <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> An. R tampak rewel Klien masih tidak mau minum Mata cekung Turgor kulit tidak elastis Klien lemas Kulit berkeriat Tanda-tanda vital <p>Suhu : 37,5 C Nadi : 105 x/menit Pernafasan : 26 x/menit BB : 13,5 kg Tb : 92 cm</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> BAB >3x 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ny.Y mengatakan BAB anaknya sudah mulai berkurang Ny.Y mengatakan sudah memberikan minuman sedikit tapi sering. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> An. R masih sedikit rewel An. R sudah mulai mau minum An. R masih sedikit lemas Turgor kulit mulai membaik Kulit An. R tidak lagi berkeriat Tanda-tanda vital <p>Suhu : 37 C Nadi : 105 x/menit Respirasi : 26 x/menit Bb : 13,5 kg Tb : 92 cm</p> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> BAB klien sudah mulai berkurang 	Tidak ada data

	<p>P :</p> <p>Intervensi Lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji kekurangan cairan • Kaji TTV • Observasi dehidrasi • Anjurkan keluarga memberikan minum sedikit tapi sering. • Terpasang infus NACL gtt 16 tts/mnt, An.R diberikan terapi oralit, paracetamol, dan ini cefotaxime. 	<p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji kekurangan cairan • Kaji TTV • Observasi dehidrasi • Anjurkan keluarga memberikan minuman sedikit tapi sering • Terpasang infus NACL gtt 16 tts/nt, An. R diberikan terapi oralit dan injeksi cefotaxime. 	
<p>Dx 2</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny. Y mengatakan anaknya masih mual muntah • Ny.Y mengatakan An. R tidak mau makan • Ny.Y mengatakan An. R hanya menghabiskan ½ sendok dari 1 porsi makan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • An.R masih terbaring tidur • Membrane mukosa pucat • Penurunan berat badan • Kelemahan otot untuk menelan • Ketidakmampuan memakan makanan • Menghindari makanan • Keadaan umum lemah • TTV <p>Suhu : 36,6 C Nadi : 105 x/menit Pernafasan : 26 x/menit Bb : 13,5 kg</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien masih mual muntah <p>P :</p> <p>Intervensi lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji pola nutrisi • Timbang BB 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny. Y mengatkan mual dan muntah anaknya berkurang • Ny. Y mengatakan anaknya mulai mau makan • Ny. Y mengatakan An. R mulai menghabiskan 1-6 sendok dari 1 porsi makan. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • An. R mulai bangun dari tempat tidur. • Adanya peningkatan berat badan • Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan. • Keadaan umum mulai membaik • TTV <p>Suhu : 36,6 C Nadi : 105 x/menit Respirasi : 12 x/menit Bb : 13,5 kg</p> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mual muntah klien mulai berkurang <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji pola nutrisi • Timbang BB 	<p>Tidak ada data</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji penyebab gangguan pemenuhan nutrisi • Berikan diet • Kolaborasi dengan tim ahli gizi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji penyebab gangguan pemenuhan nutrisi • Berikan diet • Kolaborasi dengan tim ahli gizi 	
--	--	---	--

Sumber : Fatimawati (2017)

Tabel di atas menjelaskan bahwa pada klien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari di Rumah Sakit Islam Siti Khadijah evaluasi pada klien 2 menunjukkan terdapat 2 diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian yaitu diagnosa kekurangan volume cairan dan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan di hari ke 2 perawatan.

B. PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas mengenai adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada anak klien 1 pada tanggal 25 Juni 2018 dan klien 2 pada tanggal 20 Januari 2017. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Hasil dari pengkajian ditemukan beberapa data yaitu klien 1 berusia 1 tahun dan klien 2 berusia 5 tahun dengan diagnos medis diare. Ditemukan pengkajian pada klien 1 yaitu BAB encer 3 x sehari diselingi muntah, nafsu makan menurun, mukosa mulut kering, dan ditemukan anus tampak merah. Sedangkan pada pengkajian klien 2 ditemukan data BAB cair tanpa ampas

4 – 7 x sehari, muntah, penurunan nafsu makan, warna bibir pucat, mukosa kering, dan suhu peningkatan tubuh 37,6 °C.

Berdasarkan hasil yang telah dikemukakan diatas maka peneliti menghubungkan dengan teori menurut Wijayaningsih (2013) yang menjelaskan bahwa manifestasi klinis diare pada anak yaitu anak cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan berkurang, sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, anus dan sekitarnya lecet, terdapat tanda dan gejala dehidrasi, elastisitas kulit menurun, mata cekung membrane mukosa kering, dan pasien sangat lemas.

Perbedaan yang ditemukan pada klien 1 dan klien 2 ditemukan data klien 1 mengalami hospitalisasi karena klien menangis ketika melihat perawat, sedangkan pada klien 2 tidak ditemukan data pengkajian hospitalisasi. Menurut Saputro & Fazris (2017) hospitalisasi dapat menyebabkan perubahan perilaku yang dapat terjadi, seperti gelisah, anak rewel, mudah terkejut, menangis, berontak, menghindari hingga menarik diri, tidak sabar, dan waspada terhadap lingkungan.

Menurut asumsi peneliti pada pengkajian kedua klien tidak hanya dilihat dari keadaan kesehatan anak saja, melainkan psikologis anak juga harus diperhatikan. Karena ketika seorang anak mengalami hospitalisasi maka anak akan merasa tidak nyaman dan mengganggu proses perawatan dan pengobatan pada anak. Dalam hal ini perawat harus dapat melakukan pengkajian lebih dalam agar semua masalah yang dirasakan oleh klien dapat diketahui dan dapat dilakukan implementasi secara menyeluruh (holistik).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan Nurarif dan Kusuma (2016) dan mengacu pada standar diagnosa keperawatan PPNI (2017) terdapat 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus diare. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 1 yaitu diare berhubungan dengan proses infeksi proses infeksi inflamasi di usus dan kekurangan volume cairan. Sedangkan pada klien 2 yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual muntah.

Terdapat penegakkan diagnosa yang sama pada klien 1 dan klien 2 yaitu sebagai berikut :

- a) Diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan pada klien 1, dan diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif pada klien 2. Dari hasil pengkajian yang ditemukan pada klien 1 didapatkan data subjektif klien BAB sejak 5 hari lalu dengan frekuensi ± 3 x / sehari dengan konsistensi encer, dan klien lemas. Data objektif yang ditemukan pada klien 1 tampak BAB encer 3 x/hari, mukosa bibir kering, tampak lemah, tanda – tanda vital nadi 138 x/menit, pernapasan 30 x/menit, suhu 37°C , dan terpasang RL 18 tpm. Sedangkan hasil pengkajian pada klien 2 didapatkan data subjektif BAB 4-7 x/ hari encer tanpa ampas, mual dan muntah > 3 kali, dan data objektif yang didapatkan pada klien 2 yaitu klien tidak

mau minum, klien lemas, bibir kering, klien rewel, tanda – tanda vital suhu 37,6 °C, nadi 105 x /menit, pernafasan 26 x/menit, berat badan 13,5 kg, tinggi badan 92 cm, dan hasil laboratorium leukosit tinggi 19,9 103/ul, penurunan hematokrit 38% dan penurunan limfosit 11,0%.

Pada penderita diare terjadi peningkatan tekanan osmotik dalam usus sehingga terjadi pergeseran cairan dan elektrolit dalam rongga usus. Perubahan dalam kapasitas usus menyebabkan gangguan fungsi usus dalam mengabsorpsi (penyerapan) cairan dan elektrolit (cairan yang disekresi lebih banyak dari kapasitas absorpsi atau adanya kegagalan absorpsi). Ketika hal itu terjadi frekuensi BAB akan meningkat sehingga mengakibatkan hilangnya cairan dan elektrolit berlebihan melalui feses, maka gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit akan terjadi hingga mengakibatkan kekurangan volume cairan.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan yang tercantum pada klien 1 dan 2 menurut teori penulisan diagnosa pada SDKI PPNI (2017) maka menjadi hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023). Menurut asumsi peneliti penegakkan diagnosa tersebut belum memenuhi validasi penegakan diagnosa keperawatan pada SDKI (PPNI, 2017) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen dari tanda mayor dan tanda minor sebagai pendukung . Kriteria mayor yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, dan

hematokrit meningkat. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data subjektif ialah merasa lemah dan merasa haus. Kriteria minor yang dapat ditemukan pada data objektif ialah pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, dan berat badan turun tiba-tiba (PPNI, 2017).

Kemudian penegakkan diagnosa yang berbeda pada klien 1 dan klien 2 yaitu adalah diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus pada klien 1, dan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, yang dijelaskan sebagai berikut :

- a) Diagnosa diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus pada klien 1 didapatkan hasil pengkajian data subjektif BAB dengan frekuensi 3x/sehari dan konsistensi encer. Data objektif didapatkan data pada klien 1 yaitu tampak lemah dan lemas, tampak bab 3 x/sehari, dan peristaltik usus 24 x/menit.

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

Ketika infeksi mikroorganisme terjadi dalam saluran pencernaan kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus. Sehingga menyebabkan gangguan fungsi usus dalam mengabsorpsi (penyerapan) cairan dan elektrolit. Dengan adanya

toksis bakteri maka akan menyebabkan gangguan sistem transpor aktif dalam usus, akibatnya sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit meningkat sehingga mengakibatkan diare.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan yang tercantum pada klien 1 menurut panduan teori penulisan diagnosa pada SDKI PPNI (2017) maka menjadi diare berhubungan dengan fisiologis (D.0020).

Menurut asumsi peneliti diagnosa diare berhubungan dengan fisiologis sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis keperawatan pada SDKI (PPNI, 2017) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen dari tanda mayor dan tanda minor sebagai pendukung yang ditemukan meliputi kriteria mayor dalam data objektif BAB dengan frekuensi 3x/sehari, dan feses lembek atau cair, dan kriteria minor dalam data objektif frekuensi peristaltik yang meningkat.

- b) Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 2 adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Pada saat pengkajian didapatkan data subjektif, klien tidak mau makan dan mual muntah, dan data objektif keadaan umum lemah, membrane mukosa pucat, penurunan berat badan, kelemahan otot untuk menelan, dan ketidakmampuan memakan makanan menghabiskan $\frac{1}{2}$ sendok dari porsi makan.

Kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat kemudian akan terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare, hal tersebut akan mendorong nafsu makan menurun akibat dari reaksi mual muntah (Anggraeni, 2017).

Diare dapat menjadi faktor risiko terjadinya malnutrisi disebabkan antara lain asupan makanan penderita diare menurun sebagai, adanya anoreksia (kehilangan nafsu makan), berkurangnya absorpsi zat makanan, kehilangan langsung zat makanan melalui usus dalam bentuk tinja, bertambahnya kebutuhan zat makanan oleh tubuh karena terjadi peningkatan katabolisme, serta kehilangan cairan dan elektrolit dalam jumlah banyak (dehidrasi) dalam waktu relatif singkat.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan yang tercantum pada klien 2 menurut panduan penulisan diagnosa pada SDKI PPNI(2017) maka menjadi defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makan (D.0019). Menurut peneliti penegakkan diagnose tersebut belum memenuhi validasi penegakkan diagnosis keperawatan pada SDKI PPNI (2017) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen dari tanda mayor dan tanda minor sebagai pendukung. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data objektifnya meliputi berat badan menurun minimal 10% dibawah

rentan ideal. Sedangkan kriteria minornya dari data subjektif cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, dan nafsu makan menurun, dan dari data objektif yaitu bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, dan diare (PPNI, 2017).

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti berasumsi bahwa terdapat diagnosa keperawatan lain yang dapat ditegakkan pada klien 1 yaitu diagnosa keperawatan risiko hipovolemia ditandai dengan kekurangan intake cairan (D.0034), hal ini dibuktikan pada hasil pengkajian cairan pada klien, sebelum sakit klien minum ASI dan air putih 7 – 12 gelas sedangkan selama sakit klien hanya mengkonsumsi 7 – 9 gelas ASI dan air putih. Diagnosa keperawatan kedua yang dapat ditegakkan pada klien 1 ialah diagnosa keperawatan risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (D.0032), hal ini sesuai dengan pengkajian nutrisi sebelum sakit klien makan bubur 3 x sehari dengan 1 porsi habis, sedangkan pada sakit klien tidak mau makan hanya minum ASI dan air putih. Diagnosa keperawatan ketiga yang dapat ditegakkan pada klien 1 yaitu risiko gangguan integritas kulit / jaringan ditandai dengan faktor gesekan dibuktikan dengan faktor mekanis (D.0139), hal ini dibuktikan pada pemeriksaan fisik klien 1 ditemukan anus klien tampak merah.

Sedangkan pada klien 2 menurut asumsi peneliti diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan yaitu diagnosa keperawatan diare

berhubungan dengan fisiologis (D.0020), hal ini dibuktikan pada pengkajian klien BAB 4-7 x / sehari, dan feses cair. Selanjutnya diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada klien 2 ialah diagnosa keperawatan risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (D.0032) , hal ini dibuktikan pada pengkajian nutrisi klien selama sakit klien makan 3 x sehari dengan ½ porsi saja yang dapat dihabiskan.

3. Intervensi Keperawatan

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 disusun setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Ditemukan ketidaksesuaian data dalam analisa data dan intervensi keperawatan yaitu pada tabel analisa data klien 1 ditegakkan diagnosa keperawatan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif namun pada tabel intervensi disusun perencanaan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan ekskresi/BAB sering.

Intervensi keperawatan yang disusun pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan proses fisiologis (risiko infeksi) yaitu observasi : Observasi turgor kulit secara rutin, monitor tanda dan gejala diare,identifikasi faktor penyebab diare, monitor persiapan makanan yang aman, evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal, evaluasi intake makanan yang masuk, terapeutik : diarhae management,

ukur diare / keluaran BAB, edukasi : Ajarkan pasien untuk menggunakan obat anti diare , kolaborasi : hubungi dokter jika ada kenaikan bising usus.

Sedangkan intervensi yang disusun pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi / BAB sering yaitu observasi : monitor kulit akan adanya kemerahan, monitor status nutrisi pasien, terapeutik : pressure management, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, oleskan lotion / minyak / baby oil pada daerah yang kemerahan, memandikan pasien dengan air hangat, edukasi anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, dan tidak ada intervensi kolaborasi.

Intervensi yang disusun pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu observasi : Kaji tanda-tanda vital pasien, kaji tanda-tanda dehidrasi, kaji intake dan output cairan, edukasi : anjurkan keluarga untuk memberikan minum sedikit tapi sering, kolaborasi : kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat dan cairan.

Sedangkan intervensi yang disusun pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan intake makanan yaitu observasi : kaji pola nutrisi pasien, kaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi, terapeutik : timbang berat badan pasien, berikan diet dalam kondisi hangat dan porsi kecil tapi sering, edukasi : anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin, kolaborasi : kolaborasi dengan tim ahli gizi dalam pemenuhan / penentuan diet pasien.

Menurut panduan SIKI PPNI (2018) intervensi keperawatan harus memuat 4 komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi, dan menggunakan panduan SLKI (PPNI, 2019). Maka intervensi yang sesuai dengan panduan PPNI tersebut ialah sebagai berikut : Intervensi dan kriteria hasil pada diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan fisiologis (proses infeksi) yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan eliminasi fekal pasien membaik (L.03101) dengan kriteria hasil : konsistensi feses meningkat, frekuensi defekasi/bab meningkat, peristaltik usus meningkat, kontrol pengeluaran feses meningkat, nyeri abdomen menurun dengan intervensi observasi : identifikasi penyebab diare, identifikasi riwayat pemberian makan, identifikasi gejala invaginasi, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor jumlah pengeluaran diare, terapeutik : berikan asupan cairan oral (oralit), pasang jalur intravena, berikan cairan intravena, ambil sample darah untuk pemeriksaan darah lengkap, ambil sample feses untuk kultur, jika perlu, edukasi anjurkan manghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa, anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, kolaborasi : kolaborasi pemberian obat penguas feses, kolaborasi pemberian obat antimotilitas.

Intervensi dan kriteria hasil pada diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan eksresi / BAB sering yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.11353) dengan kriteria hasil kerusakan

lapisan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, tekstur membaik, dengan intervensi observasi : identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, terapeutik : ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare, gunakan petroleum berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, edukasi : anjurkan menggunakan pelembab, anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya, kolaborasi : kolaborasi pemberian obat topical.

Intervensi dan kriteria hasil pada diagnosa keperawatan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status cairan pasien membaik (L. 03114) dengan kriteria hasil turgor kulit membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, membrane mukosa membaik, intake cairan membaik, output urine meningkat, dengan intervensi observasi : periksa tanda dan gejala hypovolemia (missal frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun,haus,lemah), monitor intake dan output cairan, terapeutik : hitung kebutuhan cairan, berikan asupan cairan oral, edukasi : anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, anjurkan menghindari posisi mendadak, kolaborasi : kolaborasi pemberian cairan isotonis (Nacl.RL), kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 ml/kg bb untuk anak.

Intervensi dan kriteria hasil pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan intake makanan yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi pasien membaik (L.03119) dengan kriteria hasil porsi makanan yang dihabiskan meningkat, diare menurun, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, dengan intervensi observasi : identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan nutrisi, monitor asupan makanan, monitor berat badan, terapeutik : berikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi kalori dan protein, edukasi : anjurkan diet yang diprogramkan, kolaborasi : kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu, kolaborasi pemberian obat antimetik jika perlu.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien 1 pada dan pada klien 2 dilakukan disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun. Implementasi yang dilakukan pada klien 1 pada tanggal 25 Juni 2018 yaitu menganjurkan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare pada klien, mengobservasi turgor kulit, anjurkan pada ibu klien untuk mengganti pakaian yang longgar pada klien, memonitoring kulit akan adanya kemerahan, penatalaksanaan pemberian medikasi infuse. Implementasi yang dilakukan klien 1 pada tanggal 26 Juni 2018 yaitu menganjurkan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare pada klien,

mengobservasi turgor kulit, anjurkan pada ibu klien untuk mengganti pakaian yang longgar pada klien, memonitoring kulit akan adanya kemerahan, penatalaksanaan pemberian medikasi infuse, dan mengoleskan lotion atau baby oil pada daerah anus. Implementasi yang dilakukan pada klien 1 pada tanggal 27 Juni 2018 yaitu Menganjurkan kepada ibu klien untuk memberikan obat anti diare pada klien mengobservasi turgor kulit, anjurkan pada ibu klien untuk mengganti pakaian yang longgar pada klien, memonitoring kulit akan adanya kemerahan, dan penatalaksanaan pemberian medikasi infuse

Dalam implementasi diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan fisiologis (proses infeksi) pada klien 1 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu diarrae management, evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal, evaluasi intake makanan yang masuk, identifikasi faktor penyebab dari diare, monitor tanda dan gejala diare, observasi turgor kulit secara rutin, ukur diare/keluaran BAB, hubungi dokter jika ada kenaikan bising usus, dan monitor persiapan makanan yang aman.

Sedangkan implementasi yang tidak dilakukan pada diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi / BAB sering pada klien 1 ialah pressure management, jaga kebersihan kulit tetap bersih dan kering, monitor status nutrisi klien, dan memandikan klien dengan air hangat.

Implementasi yang dilakukan pada klien 2 dimulai pada tanggal 20 Januari 2017 s/d 21 Januari 2017. Implementasi yang dilakukan pada klien

2 dengan diagnosa keperawatan hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan intake makanan sudah dilakukan sesuai dengan intervensi asuhan keperawatan yang telah disusun. Implementasi pada diagnosa hipovolemi dengan kehilangan cairan aktif yang dilakukan ialah kaji tanda – tanda vital pasien, kaji tanda-tanda dehidrasi, kaji intake dan output cairan, anjurkan keluarga untuk memberikan minum sedikit tapi sering, dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat dan cairan, infus NACL gtt 16 x/m dan oralit.

Sedangkan Implementasi diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan intake makanan pada klien 2 yang telah dilakukan adalah kaji pola nutrisi pasien, timbang berat badan pasien, kaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi, anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin, berikan diet dalam kondisi hangat dan porsi kecil tapi sering, dan kolaborasi dengan tim ahli gizi dalam pemenuhan / penentuan diet pasien.

Kesimpulan dari uraian diatas adalah pada klien 1 tidak dilakukan semua tindakan yang telah direncanakan, sedangkan pada klien 2 dilakukan semua tindakan yang telah direncanakan.

5. Evaluasi Keperawatan

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).

Hasil evaluasi yang dilakukan pada klien 1 terdapat diagnosa keperawatan yang teratasi setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan fisiologis (proses infeksi) dan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan eksresi/BAB sering . Sedangkan pada klien 2 terdapat diagnosa yang teratasi sebagian setelah 2 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan intake makanan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan BAB IV mengenai, penerapan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare pada klien 1 di ruang rawat nginap puskesmas Puuwatu dan klien 2 di RSI Siti Khadijah Palembang, maka kesimpulan dan saran adalah sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian didapatkan dari hasil studi *review* kasus pada klien 1 dan klien 2. Terdapat perbedaan dalam pengkajian yaitu pada klien 1 ditemukan pengkajian masa prenatal, natal, dan post natal, dan data imunisasi lengkap sedangkan pada klien 2 tidak ditemukan hasil pengkajian tersebut. Adapun pengkajian serupa yang didapatkan pada klien 1 dan klien 2 meliputi keluhan BAB dengan konsistensi cair dengan frekuensi yang sering.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien diare sebanyak 7 diagnosa yaitu gangguan pertukaran gas, hipovolemia, diare, defisit nutrisi, gangguan integritas kulit, ansietas, dan risiko syok. Namun pada klien 1 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan ialah diare berhubungan dengan fisiologis (proses infeksi), risiko hipovolemia ditandai dengan kekurangan intake cairan, risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis), risiko gangguan integritas kulit ditandai dengan faktor

mekanis (gesekkan), sedangkan pada klien 2 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah diare berhubungan dengan fisiologis (proses infeksi), dan risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang digunakan dalam kasus pada klien 1 dan klien 2 disusun sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan dan disesuaikan dengan teori yang ada. Intervensi disusun sesuai dengan masalah yang ditemukan berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun. Implementasi pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan kebutuhan klien dengan diare. Dalam implementasi pada klien 1 ditemukan rencana tindakan yang tidak dilakukan sedangkan pada klien 2 melakukan semua rencana tindakan yang telah dibuat..

5. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan pada klien 1 selama 3 hari dan pada klien 2 selama 2 hari perawatan dan dibuat dalam bentuk SOAP. Pada klien 1 didapatkan 2 diagnosa yang teratasi, sedangkan pada klien 2 didapatkan 2 diagnosa yang teratasi sebagian.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman, serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan perawat mampu melakukan kerjasama yang baik dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare secara komprehensif dan mengikuti perkembangan literature-literatur keperawatan yang terbaru.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Aniq Noor Mutsaqof, Wiharto S.T M.Kom, Esti Suryani S.Si M.Kom (2016). Sistem Pakar Untuk Mendiagnosis Penyakit Infeksi Menggunakan Forward Chaining.
- Amih Huda Nuraarif, S.Kep., Ns & Hardhi Kusuma, S.Kep., Ns. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. Yogyakarta.
- Andi Fatmawati. 2017. Asuhan Keperawatan Pada An. R Dengan Kasus Diare Pada Anak Di Ruang Madinah RSI Siti Khadijah Palembang.
(<http://repository.stik-sitikhadijah.ac.id/241/1/41505001.pdf>)
- Anik Maryunani. (2013). Ilmu Kesehatan Anak Dalam Kebidanan. Jakarta.
- Esmi Sinaga. (2018). Asuhan keperawatan anak pada anak c pasien diare ruang rawat nginap di puskesmas puuwatu tahun.
(<https://www.scribd.com/document/394184751/KTI-ESMI-SINAGA>)
- Debby Daviani Prawati, Dani Nasirul Haqi. (2019). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diare Di Tambak Sari, Kota Surabaya.
- Dinar Nur Inten, Andalusia Neneng Permatasari. (2019). Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini Literasi Kesehatan pada Anak Usia Dini melalui Kegiatan Eating Clean.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. (2011). Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare Balita. Jakarta.
- Kartika Sari Wijayaningsih. (2013). Asuhan Keperawatan Anak. Jakarta.
- M. Fadila Arie Novard, Netti Suharti, Roslaili Rasyid. (2019). Gambaran Bakteri Penyebab Infeksi Pada Anak Berdasarkan Jenis Spesimen dan Pola Resistensinya di Laboratorium RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2014-2016.
- Ns. Yuliasati, S.Kep, M.Kep, Amelia Arnis. (2016). Keperawatan Anak. Jakarta.
- Nursalam. (2008). Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta Selatan.
- Profil Kesehatan Indonesia. (2018). Jakarta

- Profil Kesehatan Indonesia. (2017).
- Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Infodatin). (2014). Kondisi pencapaian program kesehatan anak Indonesia. Jakarta.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018).
- Rospita, Teuku Tahlil, Mulyadi. (2017). Upaya Pencegahan Diare Pada Keluarga Dengan Balita Berdasarkan Pendekatan Planned Behavior Theory.
- Heri Saputro & Intan Fazrin . (2017). Anak Sakit Wajib Bermain di Rumah Sakit. Jakarta.
- Syaifuddin. (2016). Anatomi Fisiologi (Monica Ester, Ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Tim Pokja Sdki PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.
- Tim Pokja Siki PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.
- Tim Pokja Slki PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan.
- Nurul Utami & Nabila Luthfiana. (2016). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kejadian Diare pada Anak. *Majority*, 5(4).
- Wong, (2008). Wong, buku ajar keperawatan pediatrik (Vol 2). Jakarta: EGC.
- Wong, (2009). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik.
- World Gastroenterology Organisation. (2012). Practice guideline for acute diarrhea in adults and children: A global perspective.
- Yuliastati Nining. (2016). Keperawatan Anak. Jakarta.
- Yustiana Olfah, APP., M.Kes & Abdul Ghofur, S.Kp, M. K. (2016). Dokumentasi Keperawatan. Jakarta.
- Umar Zein. (2004). Diare Akut Infeksius Pada Dewasa.

