

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DIARE  
Di RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN  
TAHUN 2021**



**OLEH :**

**AMALIA  
NIM. P07220118063**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
SAMARINDA  
2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN DIARE**

**Di RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN**

**TAHUN 2021**

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



**OLEH :**

**AMALIA**

**NIM. P07220118063**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SAMARINDA**

**2021**

## SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya diri 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.

Samarinda, 24 Juli 2021

Yang Menyatakan



Amalia  
NIM P07220118063

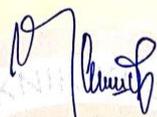
**LEMBAR PERSETUJUAN**

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

TANGGAL, 24 Juli 2021

Oleh

Pembimbing



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

Pembimbing Pendamping



**Ns. Rus Andraini, A.Kp., M.PH**  
NIDN. 40069027101

Mengetahui

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

**Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep.,M.Kep**  
NIP. 1968032919940220

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Diare di Rsud dr.  
Kanjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Telah diuji

Pada Tanggal, 09 Agustus 2021

**PANITIA PENGUJI**

Ketua Penguji :

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

(.....)

Penguji Anggota :

1. **Ns. Siti Nurvani, S.Kep., M.Pd**  
NIDN. 4023126901

(.....)

2. **Ns. Rus Andraini, A.Kp., M.PH**  
NIDN. 4006027101

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

**Hi.Umi Kalsum, S.pd., M.Kes**  
NIP. 196508251985503200

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

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama : Amalia
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 12 April 2000
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Pembangunan RT.38 No.25 Blok B

### B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 022 Balikpapan Tengah
2. SMP Negeri 12 Balikpapan Kota
3. SMA Madrasah Aliyah Negeri Balikpapan Kota
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2018 sampai sekarang

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanallahu Wa Ta'ala atas berkat dan kasih karunia-Nya yang telah diberikan kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan KTI (Karya Tulis Ilmiah) dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Kelas Balikpapan dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo”

Dalam penyusunan KTI peneliti banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan KTI ini penulis telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. DR. 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 G, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan 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. Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd, selaku Pembimbing I dalam penyelesaian KTI
6. Ns. Rus Andraini.,A.Kp.,MPH, selaku Pembimbing II dalam penyelesaian KTI

7. Para dosen dan staf Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan
8. Untuk kedua orangtuaku Bapak Musa dan Ibu Sanafiah serta kedua saudaraku yang telah memberikan dukungan moril dan materil kepada penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini
9. Dan tidak kalah penting untuk berterima kasih kepada diri saya sendiri karena telah melakukan semua kerja keras sampai di tahap ini.
10. Teman-teman angkatan ke-7 Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan yang selalu mendukung dalam penyusunan KTI ini.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Samarinda, 24 Juli 2021

Penulis

Amalia

## ABSTRAK

### “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN DIARE DI RSUD dr.KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN TAHUN 2021”

**Pendahuluan :** Kurang dari 1,7 milyar per tahunnya menurut WHO, masalah kesehatan system pencernaan diare merupakan salah satu penyebab kematian bagi anak- anak. Penyakit diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang termasuk di Indonesia dan merupakan salah satu penyebab kematian dan kesakitan tertinggi pada anak, Penelitian ini bertujuan mempelajari dan memahami Asuhan Keperawatan pada anak dengan diare di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan mengambil dua kasus sebagai unit analisis anak diare sesuai dengan kriteria inklusi di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Metode pengambilan data dengan wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang. Instrumen pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai SDKI, SLKI dan SIKI

**Hasil dan Pembahasan :** Hasil pengkajian klien 1 dan 2 ditegakkan 4 masalah keperawatan sesuai yaitu pada klien 1 muncul masalah keperawatan hipovolemia, diare, resiko defisit nutrisi dan gangguang integritas kulit. Sedangkan pada klien 2 diare, resiko hipovolemia, hipertermi, gangguan integritas kulit. Perbedaan yang ditemukan klien1 mengalami penurunan nafsu makan dan pada klien 1 mengalami peningkatan suhu tubuh . Perencanaan dan pelaksanaan sesuai dengan kebutuhan klien. Evaluasi yang dilakukan pada klien 1 terdapat diagnosa yang teratasi selama 3 hari perawatan dan klien 2 terdapat diagnosa yang terasi setelah 2 hari perawatan yaitu hipertermi ditandai dengan suhu klien 36,9 °C

**Kesimpulan dan Saran :** Dapat disimpulkan bahwa setiap pasien anak diare memiliki respon yang berbeda terhadap penyakitnya. Diharapkan perawat lebih mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif serta meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien anak diare.

**Kata Kunci :** Diare, Asuhan Keperawatan

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM PRASYARAT .....	i
SURAT PERNYATAAN .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR BAGAN .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Medis Diare .....	7
1. Pengertian .....	7
2. Etiologi .....	7
3. Anatomi Fisiologi .....	9
4. Patofisiologi .....	14

5. Manifestasi Klinis .....	15
6. Pemeriksaan Penunjang .....	17
7. Penatalaksanaan .....	18
B. Konsep Masalah Keperawatan .....	21
1. Pengertian Masalah Keperawatan .....	21
2. Komponen Masalah Keperawatan .....	21
3. Pathway Diare .....	24
4. Masalah Keperawatan Pada Klien Diare .....	25
C. Konsep Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diare .....	34
1. Pengkajian .....	34
2. Diagnosa Keperawatan .....	35
3. Intervensi Keperawatan .....	35
4. Implementasi Keperawatan .....	46
5. Evaluasi Keperawatan .....	46
D. Konsep Keperawatan Anak .....	47
1. Paradigma Keperawatan Anak .....	47
2. Batasan Usia Anak .....	50
3. Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan .....	50
4. Prinsip Keperawatan Anak .....	51
5. Peran Perawat Anak .....	52
6. Pengertian hospitalisasi .....	55
7. Dampak Hospitalisasi .....	55

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Pendekatan/Jenis Penelitian .....	58
B. Subyek Penelitian .....	58
C. Definisi Operasional .....	59
D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	60
E. Prosedur Penelitian .....	60
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	60
G. Keabsahan Data .....	61
H. Analisa Data .....	61

### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. HASIL.....	63
B. PEMBAHASAN .....	92

### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	106
B. Saran.....	107

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN – LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan .....	9
--	---

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Bentuk Klinis Diare .....	16
Tabel 2.2 Klasifikasi Dehidrasi Anak Dengan Diare .....	17
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanojoso Djatiwibowo Balikpapan .....	63
Tabel 4.2 Pemeriksaan Fisik Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanojoso Djatiwibowo Balikpapan .....	69
Tabel 4.3 Pemeriksaan Penunjang Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanojoso Djatiwibowo Balikpapan .....	72
Tabel 4.4 Data Fokus Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanojoso Djatiwibowo Balikpapan .....	73
Tabel 4.5 Analisa Data Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanojoso Djatiwibowo Balikpapan .....	74
Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanojoso Djatiwibowo Balikpapan .....	79
Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanojoso Djatiwibowo Balikpapan .....	80
Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanojoso Djatiwibowo Balikpapan .....	83
Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanojoso Djatiwibowo Balikpapan .....	88

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Diare .....	24
-------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1

Lembar Konsul

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Anak sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya (Yuliasati, 2016)

Penyakit diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang termasuk di Indonesia dan merupakan salah satu penyebab kematian dan kesakitan tertinggi pada anak, terutama usia di bawah 5 tahun. Di dunia, 6 juta anak meninggal tiap tahun karena diare dan sebagian besar kejadian tersebut terjadi di negara berkembang (Yusuf, 2016).

Diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal dengan konsistensi lebih cair dari biasanya, dengan frekuensi lebih tinggi dari tiga kali dalam satu hari. Diare juga didefinisikan sebagai suatu kumpulan dari gejala infeksi pada saluran pencernaan yang dapat disebabkan oleh beberapa organisme seperti bakteri, virus, parasit (Mendri & Prayogi, 2017).

Diare disebabkan beberapa faktor, antara lain karena kesehatan lingkungan yang belum memadai, keadaan gizi yang belum memuaskan, keadaan sosial ekonomi dan perilaku masyarakat yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi terjadinya diare. Selain itu, diare juga bisa disebabkan karena

makanan yang tidak sehat atau makanan yang diproses dengan cara yang tidak bersih sehingga terkontaminasi bakteri penyebab diare seperti *Salmonella*, *Shigella* dan *Campylobacter jejuni* (Purwaningdyah, 2015).

Penyakit diare sering menyerang pada anak-anak dikarenakan daya tahan tubuhnya yang masih lemah dari pada orang dewasa . Namun masih banyak ibu yang belum cukup mampu memberikan penanganan yang baik, hal ini dikarenakan pengetahuan tentang penanganan diare pada anak masih rendah sehingga akan mempengaruhi sikap ibu dalam penanganan diare pada anaknya. Peran ibu dalam melakukan penatalaksanaan terhadap diare diperlukan suatu pengetahuan karena pengetahuan merupakan salah satu komponen faktor predisposisi yang penting. Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan terjadinya perubahan sikap, tetapi mempunyai hubungan yang positif, yaitu dengan peningkatan pengetahuan maka dapat terjadi perubahan sikap (Farida, 2016).

Pada negara berkembang diare berkaitan dengan kurangnya pasokan air bersih, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang sanitasi dan hygiene (khususnya kebiasaan mencuci tangan dengan sabun) serta kondisi kesehatan dan status gizi yang kurang baik (Raini, 2016). Kebersihan anak maupun kebersihan lingkungan memegang peranan penting pada tumbuh kembang anak baik fisik maupun psikisnya. Kebersihan anak yang kurang, akan memudahkan terjadi penyakit cacingan dan diare anak (Tawabun, 2015) .

Menurut *World Health Organization* (WHO) 2013 kurang dari 1,7 milyar per tahunnya masalah kesehatan system pencernaan (diare) merupakan salah

satu penyebab kematian bagi anak-anak, diare membunuh sekitar 760.000 anak-anak setiap tahunnya dan anak Indonesia meninggal akibat diare setiap tahunnya adalah 100.000 anak (WHO, 2013). Penyakit diare merupakan Kejadian Luar Biasa (KLB) di Indonesia yang sering disertai dengan kematian. Pada tahun 2018 perkiraan diare di sarana kesehatan berjumlah 7.157.483 dan jumlah penderita yang dilayani di sarana kesehatan 4.165.789 dengan cakupan pelayanan diare yaitu 58,20 % (Profil Kesehatan Indonesia, 2018).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Kalimantan Timur (2017) cakupan penderita diare pada balita yang ditemukan dan ditangani pada kota atau kabupaten di Kalimantan Timur yaitu Mahakam Ulu sebanyak (215%), Paser sebanyak (118%), Kutai Barat sebanyak (114%), Balikpapan sebanyak (102%), Berau sebanyak (100%), Penajam Paser Utara sebanyak (100%), Kutai Timur sebanyak (86%), Bontang sebanyak (80%), Kutai Kartanegara sebanyak (70%), Samarinda sebanyak (57%).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Dinas Kota Balikpapan (2017) angka kejadian diare di Balikpapan pada tahun 2017 adalah sebanyak 17.478 kasus. Sebelumnya angka kejadian diare pada tahun 2016 adalah 17.768.

Tingginya angka kejadian diare anak disebabkan oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko diare yaitu: sanitasi yang buruk, fasilitas kebersihan yang kurang, kebersihan pribadi yang buruk (tidak mencuci tangan sebelum, sesudah makan, dan setelah buang air kecil). Mencuci tangan dengan sabun merupakan salah satu upaya pencegahan penyakit diare. Hal ini dikarenakan tangan merupakan pembawa kuman penyebab penyakit. Resiko

penularan penyakit dapat berkurang dengan adanya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, seperti cuci tangan dengan sabun pada waktu penting. Kebiasaan mencuci tangan harus dibiasakan sejak kecil. Anak-anak merupakan agen perubahan untuk memberikan edukasi baik untuk diri sendiri dan lingkungannya sekaligus mengajarkan pola hidup bersih dan sehat (Depkes RI, 2011).

Peran ibu dalam menurunkan durasi diare pada anak selama perawatan sangat penting. Oleh karena itu, suatu pemahaman yang benar tentang penyakit diare sangat diperlukan untuk para orang tua.

Peran perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan pada anak yang dirawat dengan diare, diantaranya memantau asupan dan 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 (Wong, 2008).

Tindakan keperawatan yang harus dilakukan selanjutnya yaitu menimbang berat badan anak secara akurat, mamantau input dan output yang tepat dengan meneruskan pemberian nutrisi per oral dan melakukan pengambilan specimen untuk pemeriksaan laboratorium. Selain dari tindakan keperawatan, orang tua dan keluarga juga ikut memberikan perawatan seperti memberikan perhatian, semangat dan mendampingi anak selama dirawat dirumah sakit (Nursalam, 2008).

Berdasarkan dengan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus penelitian tentang “Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021”

## **C. Tujuan penelitian**

Berdasarkan latar belakang diatas maka tujuan dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 yaitu :

### 1. Tujuan Umum

Untuk memberikan gambaran pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien anak dengan diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021
- b. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada klien anak dengan diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien anak dengan diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021
- d. Mampu melaksanakan intervensi keperawatan pada klien anak dengan diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021

- e. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021

#### **D. Manfaat penelitian**

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat bagi :

##### **1. Bagi peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil asuhan keperawatan pada anak dengan diare.

##### **2. Bagi tempat penelitian/keluarga**

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

##### **3. Perkembangan Ilmu Keperawatan:**

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya disiplin ilmu keperawatan mengenai asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Medis Diare**

##### **1. Pengertian Diare**

Diare adalah suatu dimana kondisi seseorang BAB (buang air besar) dengan konsistensi lembek atau bisa juga cair, dan bahkan juga dapat berupa air saja dengan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011) . Diare merupakan buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak daripada frekuensi yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali perhari. Buang tersebut dapat/tanpa disertai lendir dan darah (Nurarif & Kusuma, 2015).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa diare adalah penyakit yang ditandai dengan perubahannya bentuk fases, biasanya konsistensi tinja melembek sampai dengan cair, dan disertai bertambahnya frekuensi lebih dari biasanya (3 kali atau lebih dalam sehari).

##### **2. Etiologi**

Penyebab diare yang terjadi pada anak dapat dibedakan menjadi beberapa faktor yang saling berkaitan ( Lestari, 2016) :

###### **a. Faktor Infeksi**

- 1) Infeksi enteral: infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak, meliputi : infeksi bakteri (*Vibrio*,

*E. coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*, dsb), infeksi virus (*Enterovirus*, *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Astrovirus*, dll), infeksi parasite (*E. histolytica*, *G. lamblia*, *T. histominis*) dan jamur (*C. albicans*).

2) Infeksi parenteral: merupakan infeksi diluar sistem pencernaan yang dapat menimbulkan diare seperti: otitis media akut, tonsillitis, bronkopneumonia, ensefalitis, dan sebagainya.

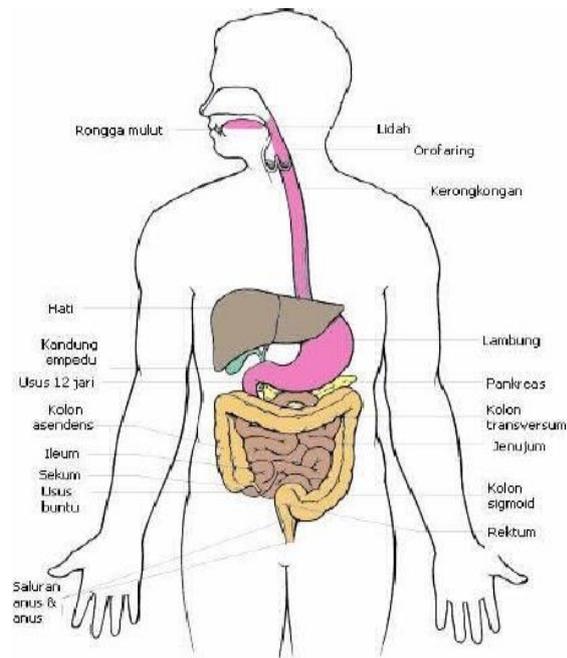
b. Faktor Malabsorbsi

Malabsorbsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltose, dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Intoleransi laktosa merupakan penyebab diare yang terpenting pada bayi dan anak. Di samping itu dapat pula terjadi malabsorbsi lemak dan protein.

c. Faktor Makanan

Diare dapat terjadi karena mengkonsumsi makanan basi, beracun, dan alergi terhadap jenis makanan tertentu.

### 3. Anatomi dan fisiologi pencernaan



**Gambar 2.1**  
Anatomi 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 istmus fausium yaitu perbatasan

antara mulut dengan faring, terdiri dari :

- 1) Vestibulum oris : bagian di antara bibir dan pipi di luar, gusi dan gigi bagian dalam. Bagian atas dan bawah vestibulum dibatasi oleh lipatan membrane mukosa bibir, pipi dan gusi. Pipi membentuk lateral vestibulum, disusun oleh M.buksinator, dilapisi oleh membran mukosa. Sebelah luar M.buksinator, diditutupi oleh fascia bukofaringealis, berhadapan dengan gigi molar kedua. Bagian atas terdapat papilla kecil tempat bermuaranya duktus glandula parotis.
- 2) Kavitas oris propia : Bagian di antara arkus alveolaris, gusi, dan gigi, memiliki atap yang dibentuk oleh alatum durum (palatum keras) bagian depan, palatum mole (palatum lunak) bagian belakang.

b. Gigi

Fungsi gigi adalah 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 makanan sampai rata.

c. 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, pangkal lidah, ujung lidah.

d. 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.

e. Esofagus

Merupakan saluran pencernaan setelah mulut dan faring. Panjangnya kira-kira 25 cm. Posisi vertikal dimulai dari bagian tengah leher bawah faring sampai ujung bawah rongga dada dibelakang trakhea. Pada bagian dalam dibelakang jantung menebus diafragma sampai rongga dada. Fundus lambung melewati persimpangan sebelah kiri diafragma. Lapisan dinding esofagus dari dalam ke luar : lapisan mukosa (selaput lendir), lapisan submukosa, lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang.

f. 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 terdiri 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. Pendorongan 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 faktor intrinsik bersama dengan faktor ekstrinsik dari makanan, membentuk zat yang disebut anti-anemik yang berguna untuk pertukaran trombosit yang disimpan dalam hati.

g. 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 absorbsi 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.

#### h. 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 ascendens, kolon transversum, kolon descendens 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**

Mekanisme dasar yang menyebabkan diare ialah yang pertama gangguan osmotik, akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit dalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus, isi rongga usus yang berlebih ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare. Kedua akibat rangsangan tertentu ( misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

Ketiga gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

Selain itu diare juga dapat terjadi, akibat masuknya mikroorganisme hidup kedalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung,

mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin tersebut terjadi hipersekreasi yang selanjutnya akan menimbulkan diare ( Titik Lestari,2016).

## **5. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis menurut Nurarif dan Kusuma (2016) 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 kaudran 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 berat badan dan nafsu makan
- 3) Demam indikasi terjadi infeksi
- 4) Dehidrasi tanda-tandanya hipotensi takikardi, denyut lemah

Bentuk klinis diare dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 2.1**  
**Bentuk Klinis Diare**

<b>Diagnosa</b>	<b>Didasarkan pada keadaan</b>
Diare cair akut	- Diare lebih dari 3 kali sehari berlangsung kurang dari 14 hari - Tidak mengandung darah
Kolera	- 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	- Dominan darah dan lender dalam tinja - Massa intra abdominal ( abdominal mass) - Tangisan keras dan kepuatan pada bayi

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2016)

Klasifikasi tingkat dehidrasi anak dengan diare dapat dilihat padann 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 : - Letargis/tidak sadar - Mata cekung - Tidak bisa minum atau malas minum - Cubitan kulit perut kembali saat ( $\geq 2$ detik )	- Beri cairan untuk diare dengan dehidrasi bera
Dehidrasi ringan atau sedang	Terdapat 2 atau lebih tanda : - Rewel, gelisah - Mata cekung - Haus, minum dengan lahap - Cubitan kulit kembali dengan lambat	- Beri anak cairan dengan makanan untuk dehidrasi ringan - Setelah dehidrasi, nasihati ibu untuk penanganan dirumah dan kapan kembali segera
Tanpa dehidrasi	Tidak terdapat cukup tanda untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi ringan atau berat	- Beri cairan dan makanan untuk menangani diare dirumah - Nasihati ibu kapan kembai segera - Kunjungan ulang dalam waktu 5 hari jika tidak membaik

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2016)

## 6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) Pemeriksaan penunjang pada diare adalah sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan tinja
  - 1) Makrostropis dan mikroskopis
  - 2) Ph dan kadar gula dalam tinja

- 3) Biarkan resistensi feses (colok dubur)
- b. Analisa gas darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (pernapasan Kusmaul)
- c. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatininuruk mengetahui faal ginjal
- d. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dan pospat.

## 7. Penatalaksanaan

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

- a. Rehidrasi menggunakan oralit osmolaritas rendah

Oralit merupakan campuran garam elektrolit, seperti natrium 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. cara pemberian oralit yaitu satu bungkus oralit dimasukkan ke dalam satu gelas air matang (200 cc)

1. Anak kurang dari 1 tahun diberi 50-100 cc cairan oralit setiap kali buang air besar.
2. Anak lebih dari 1 tahun diberi 100-200 cc cairan oralit setiap kali buang air besar.

b. Berikan Zinc 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. Pada saat diare, anak akan kehilangan zinc dalam tubuhnya. Pemberian Zinc mampu menggantikan kandungan Zinc alami tubuh yang hilang tersebut dan mempercepat penyembuhan diare. Zinc juga meningkatkan sistim kekebalan tubuh sehingga dapat mencegah risiko terulangnya diare selama 2-3 bulan setelah anak sembuh dari diare. 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. Teruskan ASI dan Pemberian Makan

ASI tidak menyebabkan diare, justru ASI dapat mencegah diare. Bayi dibawah 6 bulan sebaiknya hanya mendapat ASI untuk mencegah diare dan meningkatkan sistim imunitas tubuh bayi. anak tetap diberikan ASI bila diare jika anak masih mendapatkan ASI, maka teruskan pemberian ASI sebanyak dia mau. Jika anak mau lebih banyak dari biasanya itu akan lebih baik. Biarkan dia makan sebanyak dan selama

dia mau. anak dengan diare harus diberi makan seperti biasa dengan frekuensi lebih sering. Lakukan ini sampai dua minggu setelah anak berhenti diare. Jangan batasi makanan anak jika ia mau lebih banyak, karena lebih banyak makanan akan membantu mempercepat penyembuhan, pemulihan dan mencegah malnutrisi.

d. Berikan antibiotik secara selektif

Tidak setiap anak diare harus diberikan antibiotik karena tidak semua kasus diare memerlukan antibiotik. Antibiotik hanya diberikan jika ada indikasi, seperti diare berdarah atau diare karena kolera, atau diare dengan disertai penyakit lain. Ini sangat penting karena sering kali ketika diare, masyarakat langsung membeli antibiotik seperti Tetrasiklin atau Ampicillin. Selain tidak efektif, tindakan ini berbahaya karena jika antibiotik tidak dihabiskan sesuai dosis akan menimbulkan resistensi kuman terhadap antibiotik. Selain bahaya resistensi kuman, pemberian antibiotik yang tidak tepat bisa membunuh flora normal yang justru dibutuhkan tubuh. 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 atau pengasuh tentang cara pemberian Oralit, Zinc, ASI atau makanan dan tanda-tanda untuk segera membawa anaknya ke petugas kesehatan jika anak :

1. Buang air besar cair lebih sering
2. Muntah secara berulang-ulang
3. Mengalami rasa haus yang nyata
4. Makan atau minum sedikit
5. Demam
6. Tinjanya berdarah dan tidak membaik dalam waktu 3 hari

## **B. Konsep 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 aktual maupun potensial.

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **2. Komponen Masalah Keperawatan**

Dalam konsep masalah keperawatan terdapat dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) atau label diagnosis dan indikator diagnostik. Dalam perumusan masalah keperawatan pada dibagi menjadi 3 yaitu aktual, 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 penjelas dan fokus diagnostik. Descriptor merupakan pernyataan yang

menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi.

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 :

- a) Fisiologis, biologis, psikologis
- b) Efek terapi atau tindakan
- c) Situasional (lingkungan atau personal
- d) Maturasional

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

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 : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

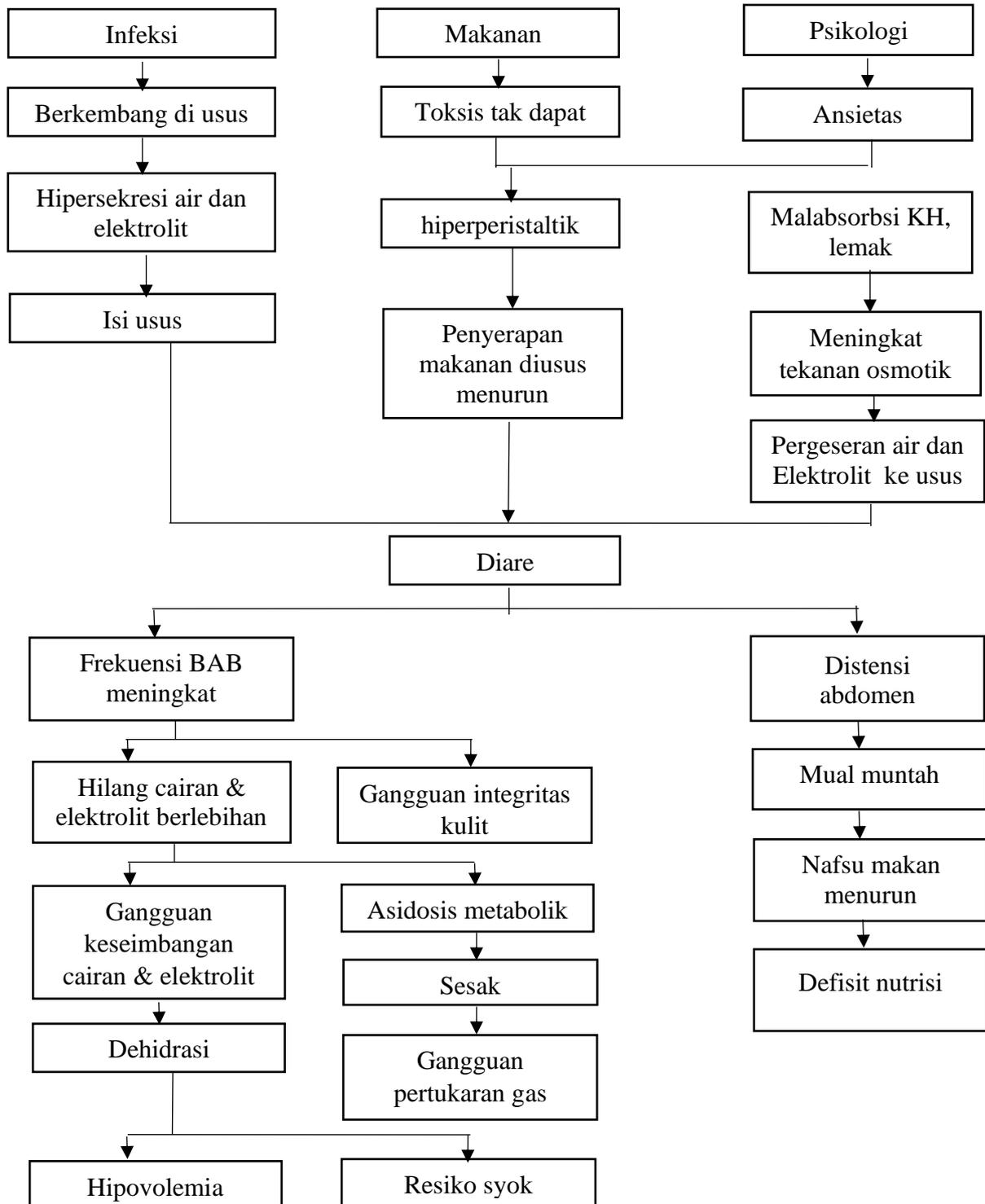
c. Faktor yang berhubungan

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 :

- 1) Fisiologis, biologis, psikologi
- 2) Efek terapi atau tindakan
- 3) Situasional (lingkungan atau personal)
- 4) Maturasional

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

### 3. Pathway penyakit diare



**Bagan 2.1**

**Pathway Penyakit 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 (tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

##### 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

- a) Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- b) Perubahan membran alveolus-kapiler

###### 3) Gejala dan Tanda Mayor

###### a) Subjektif :

(1) Dispnea

###### b) Objektif :

(1)  $PCO_2$  meningkat / menurun

(2)  $PO_2$  menurun

(3) Takikardi

(4) pH arteri meningkat / menurun

(5) bunyi nafas tambahan

1) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

- (1) Pusing
- (2) Penglihatan kabur

b) Objektif

- (1) Sianosis
- (2) Diaforesis
- (3) Gelisah
- (4) Napas cuping hidung
- (5) Pola napas abnormal (cepat/lambat, reguler/ireguler, dalam/dangkal)
- (6) Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan)
- (7) Kesadaran menurun

b. Diare (D.0020)

1) Definisi

Diare adalah pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk.

2) Penyebab

a) Fisiologis :

- (1) Inflamasi gastrointestinal
- (2) Iritasi gastrointestinal
- (3) Proses infeksi
- (4) Malabsorpsi

- b) Psikologis :
  - (1) Kecemasan
  - (2) Tingkat stress tinggi
- c) Situasional
  - (1) Terpapar kontaminan
  - (2) Terpapar toksin
  - (3) Penyalahgunaan laksatif
  - (4) Penyalahgunaan zat
  - (5) Program pengobatan (mis. agen tiroid, analgesik, pelunak fases, ferosulfat, antasida, *cimetidine* dan antibiotik
  - (6) Perubahan air dan makanan
  - (7) Bakteri pada air
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
  - a) Subjektif : (tidak tersedia)
  - b) Objektif :
    - (1) Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam
    - (2) Fases lembek atau cair
- 4) Gejala dan Tanda Minor
  - a) Subjektif :
    - (1) Urgency
    - (2) Nyeri/kram abdomen
  - b) Objektif :
    - (1) Frekuensi peristaltic meningkat

(2) Bising usus hiperaktif

c. Hipovolemia (D. 0023)

1) Definisi

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

2) Penyebab

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

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- 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

4) Gejala dan Tanda 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) Definisi

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) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan / kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Bahan kimia iritatif
- f) Suhu lingkungan ekstrem
- g) Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h) Efek samping terapi radiasi
- i) Kelembaban

- j) Proses penuaan
  - k) Neuropati perifer
  - l) Perubahan pigmentasi
  - m) Perubahan hormonal
  - n) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/  
melindungi integritas jaringan
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif : (tidak tersedia)
  - b) Objektif :
    - (1) Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif : (tidak tersedia)
  - 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) Ketidakmampuan menelan makanan

- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
  - c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
  - d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
  - e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
  - f) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif : (tidak tersedia)
  - b) Objektif :
    - (1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
- 4) Gejala dan Tanda 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) Membran mukosa pucat
    - (5) Sariawan
    - (6) Serum albumin turun
    - (7) Rambut rontok berlebihan
    - (8) diare

f. Resiko syok

1) Definisi

Risiko syok yaitu beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

2) Faktor risiko

- a) Hipoksemia
- b) Hipoksia
- c) Hipotensi
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Sepsis
- f) Sindrom respons inflamasi sistemik (*systemic inflammatory response syndrome* [SIRS])

g. Ansietas (D.0080)

1) Definisi

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) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional

- d) Ancaman terhadap konsep diri
  - e) Ancaman terhadap kematian
  - f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
  - g) Disfungsi sistem keluarga
  - h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
  - i) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
  - j) Penyalahgunaan zat
  - k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
  - l) Kurang terpapar informasi
- 3) Gejala dan Tanda 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
- 4) Gejala dan Tanda 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) Diaforesis
- (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 Diare

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

#### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang secara sistematis data dikumpulkan dan di evaluasi untuk menentukan status kesehatan *klien*. tahap ini merupakan dasar dalam mengidentifikasi kebutuhan keperawatan *klien*. pengkajian yang akurat, sistematis dan kontinu akan membantu menentukan tahapan selanjutnya dalam proses keperawatan (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**

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit diare sebagai berikut :

- a. Gangguan pertukaran gas (D.0003)
  - 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan

pertukaran gas (L.01003) meningkat dengan

Kriteria Hasil :

- a) Pola nafas membaik
- b) Warna kulit membaik
- c) Sianosis membaik
- d) Takikardi membaik

2) Intervensi keperawatan

Observasi :

- a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b) Monitor pola napas (mis. bradipnea, takipnea, hiperventilasi)
- c) Monitor kemampuan batuk efektif
- d) Monitor adanya produksi sputum
- e) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g) Auskultasi bunyi napas
- h) Monitor saturasi oksigen
- i) Monitor nilai AGD (Analisa Gas Darah)
- j) Monitor x-ray toraks

Terupetik :

- a) Alur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi :

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

b. Diare (D.0020)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan eliminasi fekal membaik (L.04033) dengan

Kriteria hasil :

- a) Kontrol pengeluaran feses meningkat
- b) Keluhan defeksi lama dan sulit menurun
- c) Mengejan saat defeksi menurun
- d) Distensi abdomen menurun
- e) Nyeri abdomen menurun
- f) Konsistensi feses membaik
- g) Frekuensi defekasi membaik
- h) Peristaltik usus membaik

- 2) Intervensi keperawatan

Observasi :

- a) Identifikasi penyebab diare (mis inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, ansietas, efek obat-obatan, pemberian botol susu).
- b) Identifikasi riwayat pemberian makanan
- c) Identifikasi gejala invaginasi (mis. tangisan keras, keputihan pada bayi)
- d) Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja

- e) Monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis. takikardi nadi terasa lemah, tekanan darah turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, berat badan menurun)
- f) Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal
- g) Monitor jumlah pengeluaran diare
- h) Monitor keamanan penyiapan makan

Teraupetik :

- a) Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, *pedialyte*, *renalyte*)
- b) Pasang jalur intravena
- c) Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), *jika perlu*
- d) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
- e) Ambil sampel feses untuk kultur, *jika perlu*

Edukasi :

- a) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
- b) Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa
- c) Anjurkan melanjutkan pemberian ASI

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat)

- b) Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis. papaverin, ekstrak belladonna, mebeverine)
  - c) Kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis. atapulgit smektit, kaolin-pektin)
- c. Hipovolemia (D.0023)
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka status cairan membaik (L.03028) dengan  
Kriteria hasil :
    - a) Membran mukosa membaik
    - b) Intake cairan membaik
    - c) Frekuensi nadi membaik
    - d) Membran mukosa membaik
    - e) Turgor kulit meningkat
  - 2) Intervensi keperawatan  
Observasi :
    - a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi terasa lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
    - b) Monitor intake dan output cairanTeraupetik :
    - a) Hitung kebutuhan cairan

b) Berikan asupan cairan per oral

Edukasi :

a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan per oral

b) Anjurkan menghindari posisi mendadak

Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)

b) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)

c) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, Plasmanate)

d) Kolaborasi pemberian produk darah

d. Gangguan integritas kulit

1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125) dengan

Kriteria hasil :

a) Elastisitas meningkat

b) Hidrasi meningkat

2) Intervensi keperawatan

Observasi :

a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi perubahan status nutrisi)

Teraupetik :

a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

- b) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- c) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak bada kulit kering
- d) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
- e) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

#### Edukasi

- a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)
  - b) Anjurkan minum air yang cukup
  - c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
  - d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
  - e) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
  - f) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
  - g) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
- e. Defisit nutrisi (D.0019) b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan status nutrisi membaik (L.03030) dengan
- Kriteria hasil :
- 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
  - 2. Diare menurun

3. Frekuensi makan membaik
  4. Nafsu makan membaik
  5. Berat badan membaik
- 2) Intervensi keperawatan
- Observasi :
- a) Identifikasi status nutrisi
  - b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
  - c) Identifikasi makanan yang disukai
  - d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
  - e) Monitor asupan makanan
  - f) Monitor berat badan
  - g) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- Teraupetik :
- a) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
  - b) Lakukan oral *hygiene* sebelum makan, *jika perlu*
  - c) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
  - d) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*
- Edukasi
- a) Anjurkan posisi duduk, *jika mampu*
  - b) Anjurkan diet yang diprogramkan
- Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian obat antimek jika perlu
  - b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan

jenis nutrien yang dibutuhkan, *jika perlu*

f. Resiko syok

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat syok menurun (L.03032) dengan

Kriteria hasil :

- a) Kekuatan nadi meningkat
- b) Output urine meningkat
- c) Akral dingin menurun
- d) Pucat menurun

- 2) Intervensi keperawatan :

Observasi :

- a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, TD, MAP)
- b) Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)
- c) Monitor status cairan (turgor kulit, CRT)
- d) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
- e) Periksa riwayat alergi

Teraupetik :

- a) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- b) Pasang jalur IV, *jika perlu*
- c) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, *jika perlu*
- d) Lakukan *skin test* untuk mencegah reaksi alergi

Edukasi :

- a) Jelaskan penyebab/faktor risiko syok
- b) Jelaskan tanda dan gejala awal syok
- c) Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok
- d) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- e) Anjurkan menghindari allergen

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian IV, *jika perlu*
  - b) Kolaborasi pemberian transfusi darah, *jika perlu*
  - c) Kolaborasi pemberian antiinflamasi, *jika perlu*
- g. Ansietas (D.0080) b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan

Kriteria hasil :

- a) Perilaku gelisah menurun
  - b) Perilaku tegang menurun
  - c) Frekuensi pernafasan menurun
  - d) Pola tidur membaik
  - e) Kontak mata membaik
- 2) Intervensi keperawatan

Observasi :

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal non verbal)

Teraupetik :

- a) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk untuk mengurangi kecemasan, jika *memungkinkan*
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- g) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga tetap bersama pasien, *jika perlu*
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan

- e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h) Latih teknik relaksasi

#### Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien/keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Olfah & Ghofur, 2016).

#### **5. Evaluasi**

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 Anak**

Menurut Yuliasati dan 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 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 dewasa. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola coping 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.

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.

b. Sehat-sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi 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 dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan

anak.

## **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**

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Dalam pengertian lain dikatakan bahwa pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh baik sebagian maupun seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambahnya banyak) sel-sel tuuh dan juga karena bertambahnya besarnya sel.

Sedangkan perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan serta struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang terorganisasi dan berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Dalam hal ini perkembangan juga termasuk perkembangan emosi, intelektual dan perilaku sebagai hasil interaksi

dengan lingkungan (Soetjiningsih, 2012).

#### **4. Prinsip Keperawatan Anak**

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

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

## **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 berkerja sama dengan anggota tim lain, dengan keluarga terutama dalam membantu memecahkan masalah yang berkaitan dengan perawat anak. Perawat merupakan salah satu anggota tim kesehatan yang bekerja dengan anak dan orang tua. Beberapa peran penting seorang perawat, meliputi :

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 di rubah 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 kerja sama 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

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**

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, sehingga mengharuskan seorang anak untuk tinggal dirumah sakit yang akan menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah. Selama proses tersebut, anak dan orangtua dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut berbagai penelitian diitunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh dengan stress (Supartini, 2012).

## **7. Dampak Hospitalisasi**

Hospitalisasi bagi anak tidak hanya akan berdampak pada anak tersebut, tetapi kepada orang tua serta saudara-saudaranya. Berikut ini adalah dampak hospitalisasi terhadap anak dan orang tua yaitu:

### **a. Anak**

Perubahan perilaku merupakan salah satu dampak hospitalisasi pada anak. Anak bereaksi terhadap stres pada saat sebelum, selama dan

setelah proses hospitalisasi. Perubahan perilaku yang dapat diamati pada anak setelah pulang dari rumah sakit adalah merasa kesepian, tidak mau lepas dari orang tua, menuntut perhatian dari orang tua dan takut perpisahan (Supartini, 2012).

Dampak negatif hospitalisasi juga berhubungan dengan lamanya rawat inap, tindakan invasif yang dilakukan serta kecemasan orang tua. Respon yang biasa muncul pada anak akibat hospitalisasi antarlain regresi, cemas karena perpisahan, apatis, takut, dan gangguan tidur terutama terjadi pada anak yang berusia kurang dari 7 tahun (Ramdaniati, 2011).

b. Orang Tua

Perawatan anak di rumah sakit tidak hanya menimbulkan masalah bagi anak, namun juga bagi orang tua. Berbagai macam perasaan muncul pada orang tua yaitu takut, rasa bersalah, stres dan cemas. Perasaan orang tua tidak boleh diabaikan karena apabila orang tua stres, hal ini akan membuat ia tidak dapat merawat anaknya dengan baik dan akan menyebabkan anak akan menjadi semakin stres (Supartini, 2012).

Takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orang tua. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit dan prosedur medis yang dilakukan. Sering kali kecemasan yang paling besar berkaitan dengan trauma dan nyeri yang terjadi pada anak. Perasaan frustrasi sering berhubungan dengan

prosedur dan pengobatan, ketidaktahuan tentang peraturan rumah sakit, rasa tidak diterima oleh petugas, prognosis yang tidak jelas, atau takut mengajukan pertanyaan.

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Pendekatan/jenis penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada anak dengan diare. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

##### **B. Subyek Penelitian**

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini adalah sebagai berikut :

###### **1. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012).

Kriteria Inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Subyek ialah pasien yang dirawat inap
- b. Subyek pasien terdiri dari 2 orang klien anak ( laki – laki maupun perempuan) yang dirawat inap dengan *diare*
- c. Pasien kooperatif
- d. Pasien dengan kesadaran penuh
- e. Keluarga bersedia dan menyetujui untuk menjadi pasrtisipan selama penelitian studi berlangsung

## 2. Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi adalah kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sample penelitian, seperti halnya adanya hambatan etis, menolak menjadi responden atau suatu keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian ( Notoatmodjo, 2012).

Kriteria Eksklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Orang tua pasien pada anak *Diare* tidak bersedia dilakuan asuhan keperawatan
- b. Orang tua pasien pada anak tidak kooperatif
- c. Pasien pada anak penurunan kesadaran

## C. Definisi operasional

Definisi operasional adalah konsep – konsep yang berupa kerangka yang menjadi kata – kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang diamati, dan diuji kebenarannya (Sugiyono, 2017).

### 1. Variabel Terikat

Seorang anak mengalami diare dengan kondisi BAB (buang air besar) konsistensi lembek atau bisa juga cair, dan bahkan juga dapat berupa air saja dengan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari. Adapun diare dibagi menjadi tiga klasifikasi, dehidrasi berat bila anak mengalami latergis, mata cekung, tidak bisa minum atau malas minum dan cubitan kulit perut kembali  $> 2$  detik. Dehidrasi ringan/sedang bila anak mengalami rewel, gelisah, mata cekung, haus (minum dengan lahap),

cubitan kembali lambat dan tanpa dehidrasi bila anak tidak terdapat cukup tanda untuk di klasifikasikan sebagai dehidrasi ringan atau berat. Penatalaksanaan melalui rehidrasi, memberikan zink, teruskan ASI bagi yang masih menyusui, dan pemberian makanan.

## 2. Variabel bebas

Asuhan Keperawatan anak dengan diare merupakan suatu proses tindakan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi untuk mengatasi masalah anak dengan diare.

### **D. Lokasi dan waktu penelitian**

Studi kasus ini dilakukan selama 3 hari, adapun tempat dilaksanakan Asuhan Keperawatan anak dengan diare di ruang keperawatan anak RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

### **E. Prosedur penelitian**

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu
2. Mahasiswa melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang telah diperoleh.
3. Setelah di setujui oleh pembimbing kemudian membuat kasus dari kedua klien yang dijadikan subyek penelitian.

### **F. Metode dan instrumen pengumpulan data**

Adapun metode dan instrument pengumpulan data pada penelitian ini adalah :

### 1. Metode pengumpulan data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data pada penyusunan yang digunakan, antara lain :

- a. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.
- b. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan: inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi / IAPP) pada sistem tubuh klien.
- c. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik).

### 2. Instrumen pengumpulan data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan pada anak sesuai ketentuan yang berlaku.

## **G. 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 dilakukan dengan 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.

## **H. Analisa 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.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare yang dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan di Ruang Kemuning dan di Ruangan Flamboyan C. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut :

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan. RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit Umum Balikpapan ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949.

Dalam penelitian ini peneliti melakukan penelitian di Ruang Kemuning dari tanggal 26 Mei – 28 Mei 2021 dan Flamboyan C dari tanggal 31 Mei – 02 Juni 2021.

##### 2. Asuhan Keperawatan

###### a. Pengkajian

###### 1) Anamnesa

**Tabel 4.1**  
**Hasil Anamnesa Klien dengan Diare di RSUD dr. Kanujoso**  
**Djatiwibiwo Balikpapan Tahun 2021**

No	Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
1	Nama	An. R	An. Z
2	No. Registrasi	83.02.xx	82.14.xx
3	Tanggal Lahir/Umur	18 Agustus 2020 / 9 bulan	01 Oktober 2020 / 7 bulan
4	Jenis kelamin	Laki – laki	Laki – laki

No	Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
5	Nama • Ayah • Ibu	• Tn. S • Ny. S	• Tn. J • Ny. S
6	Umur • Ayah • Ibu	• 39 tahun • 30 tahun	• 33 tahun • 32 tahun
7	Pekerjaan • Ayah • Ibu	• Swasta • IRT	• Guru • Guru
8	Pendidikan • Ayah • Ibu	• SMA • SMA	• S1 • S1
9	Alamat	Jl. KH Wahid Hasyim No. 13 Rt. 32	Jl. Gunung satu
10	No. Telp / HP	08521060xxxx	08534808xxxx
11	Agama	Islam	Islam
12	Suku / Bangsa • Ayah • Ibu	• Banjar • Jawa	• Jawa • Jawa
13	Masuk RS tanggal	Senin, 24 Mei 2021	Sabtu, 29 Mei 2021
14	Tanggal Pengkajian	Rabu, 26 Mei 2021	Senin, 31 Mei 2021
15	Di Rawat di Ruangan	Kemuning	Flamboyan C
16	Keluhan Utama	BAB encer	BAB encer
17	Riwayat Penyakit Sekarang	Orang tua klien mengatakan anaknya masuk rumah sakit tanggal 24 Mei 2021 dengan keluhan BAB encer $\pm 6$ kali dalam sehari, klien mengalami BAB encer sejak 5 hari yang lalu. Klien dibawa ke RS karena ada jadwal kemoterapi. Pada klien tidak dapat dikaji pada hari senin dan selasa dikarenakan kondisi klien mengalami suhu tinggi, sehingga pada ruangan klien	Orang tua klien mengatakan anak nya masuk RS pada tanggal 29 Mei 2021 dengan keluhan BAB encer $\pm 7$ kali. Sebelumnya anak diare sejak selasa subuh, BAB cair sehari $\pm 8$ kali perhari dengan konsistensi warna hijau. Orang tua klien mengatakan membawa anaknya ke puskesmas karena tidak ada perubahan anaknya dibawa ke rumah sakit.

		memiliki keterbatasan untuk masuk.	
18	Masa Prenatal	Masa kehamilan ibu selama 9 bulan (39 minggu), kesehatan ibu selama kehamilan sehat / tidak ada keluhan, penambahan BB $\pm 6$ kg, obat yang diminum selama masa kehamilan ialah vitamin penambah darah dan ibu rutin memeriksakan kehamilannya setiap bulan	Masa kehamilan ibu selama 9 bulan ( 38 minggu), kesehatan ibu selama hamil sehat / tidak ada keluhan, penambahan BB $\pm 15$ kg, obat yang diminum selama masa kehamilan ialah penambah darah dan ibu rutin memeriksakan kehamilannya setiap bulan
19	Masa Natal	Lama persalinan sekitar $\pm 1$ jam. Penolong persalinan bidan, obat penghilang nyeri menggunakan obat analgetik. Dan tidak ada komplikasi ibu / janin	Lama persalinan sekitar $\pm 1$ jam. Penolong persalinan bidan, obat penghilang nyeri menggunakan obat analgetik. Dan tidak ada komplikasi ibu / janin
20	Masa Postnatal	Kondisi bayi sehat, warna kulit kemerahan, bayi bergerak aktif, menangis spontan dan kuat, bayi lahir dengan berat badan 3000 gr panjang badan 49 cm dan tidak ada masalah segera setelah lahir	Kondisi bayi sehat, warna kulit kemerahan, bayi bergerak aktif dan menangis kuat, saat lahir berat badan 3200 gram panjang badan 48cm tidak ada masalah segera setelah lahir
21	Masa Neonatal	Bayi dilahirkan di rumah sakit dan dirawat selama 1 hari, selama dirawat tidak ada masalah pernafasan pada bayi, bayi tidak membutuhkan perawatan pendukung, tidak ada perubahan berat badan waktu lahir dan tidak ada	Bayi dilahirkan di rumah sakit dan dirawat selama 1 hari, tidak ada masalah yang berhubungan dengan pernafasan dan tidak ada perawatan pendukung, tidak ada perubahan berat badan waktu lahir dan tidak kelainan BAB dan BAK

		kelainan pada BAB dan BAK	
22	Riwayat Masa Lampau	Orang tua klien mengatakan penyakit yang pernah diderita ialah demam, batuk dan pilek. Klien pernah dirawat di Rumah Sakit dengan diagnosa leukimia dan anemia sekitar 3 bulan yang lalu. Klien tidak pernah dilakukan operasi sebelumnya. Orang tua klien mengatakan anaknya mendapatkan ASI eksklusif 9 bulan, makanan tambahan sejak umur 6 bulan dengan jenis bubur. Klien tidak memiliki alergi makanan, debu dan obat. Riwayat imunisasi lengkap sampai 9 bulan.	Orang tua klien mengatakan penyakit yang pernah diderita ialah demam, batuk dan pilek. Klien sebelumnya belum pernah dirawat dirumah sakit, obat yang biasa digunakan paracetamol / sanmol. Klien tidak pernah dilakukan operasi. Orang tua klien mengatakan anaknya mendapatkan ASI eksklusif 7 bulan, makanan tambahan sejak umur 6 bulan dengan jenis bubur. Klien memiliki alergi makanan telur puyuh, alergi debu dan obat tidak ada. Riwayat imunisasi lengkap sampai dengan 6 bulan
23	Riwayat Kesehatan Keluarga	Orang tua klien mengatakan keluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM, Jantung, Hipertensi. Serta keluarga juga tidak memiliki riwayat penyakit menular.	Orang tua klien mengatakan keluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM, Jantung, Hipertensi. Serta keluarga juga tidak memiliki riwayat penyakit menular.
24	Riwayat Sosial	Orang tua klien mengatakan anaknya diasuh oleh kedua orang tua, hubungan dengan anggota keluarga maupun dengan teman sebaya nya baik. klien periang	Orang tua klien mengatakan anaknya diasuh oleh kedua orang tua dan kakek neneknya, hubungan dengan anggota keluarga maupun dengan teman sebaya

		dan dapat mudah berinteraksi	nya baik, klien mudah berinteraksi
25	Kebutuhan Dasar/sebelum sakit	<p>Orang tua klien mengatakan anaknya tidak ada makanan yang tidak disukai. Selera makan klien baik, pola makan klien teratur 3x dan diselingi dengan ASI. Orang tua klien mengatakan pola tidur anak dirumah <math>\pm</math>11 jam di malam hari dan <math>\pm</math>2jam pada siang hari. Kebiasaan sebelum tidur klien disusui oleh ibunya.</p> <p>Orang tua klien mengatakan klien mandi dan mencuci rambut 2x sehari.</p> <p>Orang tua klien mengatakan klien BAK 4-5x/hari dan BAB 1x/ hari</p>	<p>Orang tua klien mengatakan anaknya tidak ada makanan yang tidak disukai. Selera makan klien baik, pola makan klien teratur 3x dan diselingi dengan ASI dan PASI. Orang tua klien mengatakan anaknya tidur pada malam hari jam 22.00. klien tidur pada siang hari <math>\pm</math>3jam. Kebiasaan sebelum tidur klien disusui oleh ibunya.</p> <p>Orang tua klien mengatakan klien mandi dan mencuci rambut 2x sehari.</p> <p>Orang tua klien mengatakan klien BAK ganti pampers 4x/hari dan BAB 1x/ hari</p>
26	Keadaan Kesehatan Saat Ini	<p>Klien masuk dengan diagnosa medis ALL HR, Anemia, Diare. Klien dilakukan tindakan operasi pemasangan CVC, status nutrisi orang tua klien mengatakan klien susah makan dan hanya mau minum ASI. Status cairan klien minum susu sebanyak 7-8 x/ hari. Klien terpasang infus D5 <math>\frac{1}{2}</math> NS 15 cc/jam. Klien diberikan obat zink 1 x 20 mg (PO), nystatin 4 x 1cc/jam, ceftriaxone 1 x 750</p>	<p>Klien masuk dengan diagnosa diare dehidrasi ringan, klien tidak dilakukan tindakan operasi, status nutrisi klien dapat makan dengan baik dan klien minum dengan kuat. Klien terpasang infus D5 <math>\frac{1}{4}</math> NS 30cc/jam. Klien diberikan obat zink sirup 1 x 20 mg, paracetamol drop 0,8 ml, cefixime sirup 2 x 1,7 ml</p>

		mg (IV)/24 jam, vincristine 0,4 mg, L – Aspariganase 2750 IU (IV) 2x, ondan 2 mg	
27	Pemeriksaan DDST (Pemeriksaan tumbuh kembang tidak dapat dilakukan karena anak sedang sakit. Informasi diperoleh dari orang tua	Oran tua klie mengatakan anak nya bisa bangkit terus duduk, klien mulai mengoceh, orang tua mengatakan anak nya tepek tangan masih belum bisa dan klien bisa mengambil 1 barang	Orang tua klien mengatakan anak nya sudah bisa tanpa dipegang, klien menoleh jika di panggil, klien masih belum bisa panggil mama papa orang tua mengatakan anaknya bisa meraih mainan yang di pegang oleh kakaknya, dan klien masih belum bisa untuk makan sendiri

Berdasarkan tabel 4.1 yaitu hasil pengkajian pada klien 1 adalah anak dengan usia 9 bulan yang dirawat pada tanggal 24 Mei 2021 dengan keluhan BAB encer 4 kali Klien tampak lemas dan rewel. Pada klien 2 dikaji pada tanggal 31 Mei 2021 dengan keluhan BAB encer sebanyak 3 kali. Pada klien 1 dan 2 didapatkan hasil pengkajian dari orang tua dari orang tua mengenai masa prenatal, natal, postnatal, dan neonatal. Pada klien 1 klien mendapatkan ASI eksklusif 9 bulan, imunisasi dasar lengkap sampai usia 9 bulan, makanan tambahan sejak umur 6 bulan dengan jenis bubur dan pada imunisasi dasar lengkap sampai umur 6 bulan, klien mendapatkan makanan tambahan sejak umur 6 bulan dengan jenis bubur, klien memiliki alergi makanan telur puyuh. Pada klien 1 sebelum sakit selera makan klien baik, pola makan klien teratur 3x dan diselingi dengan ASI pada saat sakit klien susah makan, klien hanya mau minum ASI. Keadaan kesehatan saat ini pada klien 1 klien dilakukan tindakan operasi pemasangan CVC. Klien terpasang

infus D5  $\frac{1}{2}$  NS 15 cc/jam. Klien diberikan obat zink 1 x 20 mg (PO), nystatin 4 x 1cc/jam, ceftriaxone 1 x 750 mg (IV)/24 jam, vincristine 0,4 mg, L – Aspariganase 2750 IU (IV) 2x, ondansetron 2 mg, dan pada klien 2, klien tidak dilakukan tindakan operasi, status nutrisi klien dapat makan dengan baik. Klien terpasang infus D5  $\frac{1}{4}$  NS 30cc/jam. Klien diberikan obat zink sirup 1 x 20 mg, paracetamol drop 0,8 ml, cefixime sirup 2 x 1,7 ml

## 2) Pemeriksaan Fisik

**Tabel 4.2**  
**Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Anak dengan Diare di RSUD**  
**dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**

No	Pemeriksaan Umum	Klien 1	Klien 2
1	Keadaan Umum	Sedang	Sedang
2	Kesadaran	Compos mentis	Compos mentis
3	Tanda – tanda vital	Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil nadi 140x/menit, suhu 36,8 °C, dan respirasi 24x/menit	Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil nadi 100x/menit, suhu 38.3 °C, dan respirasi 23x/menit
4	Status Gizi	Status gizi diperoleh hasil tinggi badan 67 cm, berat badan 8 kg, lingkar kepala 43,5 cm dan lingkar lengan atas 13,5 cm	Status gizi diperoleh hasil tinggi badan 64 cm, berat badan 7 kg, lingkar kepala 41,5 cm dan lingkar lengan atas 13 cm
5	Kulit	Turgor kulit kembali < 2 detik, warna kulit sawo matang	Turgor kulit kembali < 2 detik, warna kulit putih
6	Kuku	Kuku pendek dan bersih	Kuku pendek dan bersih
<b>Pemeriksaan fisik</b>			
1	<b>Inpeksi</b>		
	a. Kepala	<b>Kepala dan Rambut :</b> Bentuk kepala dan wajah simetris, tidak ada edema, kulit kepala bersih tidak	<b>Kepala dan Rambut :</b> Bentuk kepala dan wajah simetris, kulit kepala bersih tidak ada lesi, ubun – ubun

		<p>ada lesi, ubun – ubun tertutup, warna rambut hitam, penyebaran rambut tidak merata</p> <p><b>Mata</b> : kelopak mata bersih tidak ada edema dan nyeri tekan, konjungtiva anemis, sclerea tidak ikterik</p> <p><b>Telinga</b> : bersih tidak ada kotoran,</p> <p><b>Hidung</b> : tidak ada pernafasan cuping hidung, bersih, tidak ada sumbatan pada saat bernafas</p> <p><b>Mulut dan gigi</b> : mukosa bibir kering, tidak terdapat caries gigi, lidah bersih</p>	<p>tertutup, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata</p> <p><b>Mata</b> : kelopak mata bersih tidak ada edema dan nyeri tekan, konjungtiva tidak anemis, sclerea tidak ikterik</p> <p><b>Telinga</b> : bersih tidak ada kotoran,</p> <p><b>Hidung</b> : tidak ada pernafasan cuping hidung, bersih, tidak ada sumbatan pada saat bernafas</p> <p><b>Mulut dan gigi</b> : mukosa bibir lembab, tidak terdapat caries gigi, lidah bersih</p>
	b. Leher	Terdapat pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid	Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
	c. Dada	Bentuk dada datar, tidak ada retraksi pada dada, payudara simetris kiri dan kanan	Bentuk dada datar, tidak ada retraksi pada dada, payudara simetris kiri dan kanan
	d. Perut (abdomen)	Bentuk bulat dan , tidak ada benjolan/massa, gerakan normal dan tidak ada retraksi pada dinding perut	Bentuk bulat dan , tidak ada benjolan/massa, gerakan normal dan tidak ada retraksi pada dinding perut
	e. Genetalia	Genetalia bersih tidak ada lesi, kemampuan berkemih spontan, tidak ada pembengkakan	Genetalia bersih tidak ada lesi, kemampuan berkemih spontan, tidak ada pembengkakan
	f. Anus dan rectum	Terdapat kemerahan sekitar anus	Terdapat kemerahan sekitar anus

	g. Ekstermitas	Tidak ada edema, tidak ada varises,	Tidak ada edema, tidak ada varises,
<b>2</b>	<b>Palpasi</b>		
	a. Leher	Teraba kelenjar getah bening, tidak teraba kelenjar tiroid	Tidak teraba kelenjar getah bening, tidak teraba kelenjar tiroid
	b. Dada	Bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi pada dada	Bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi pada dada
	c. perut	Tidak ada pembesaran, tidak ada acites	Tidak ada pembesaran, tidak ada acites
<b>3</b>	<b>Auskultasi</b>		
	a. Paru – paru	Suara nafas vesikuler, tidak ditemukan weezing dan ronchi	Suara nafas vesikuler, tidak ditemukan weezing dan ronchi
	b. Jantung	Irama reguler terdengar lupdup	Irama reguler terdengar lupdup
	c. Perut ( bising usus)	Bising usus 30x/menit	Bising usus 35x/menit
<b>4</b>	<b>Perkusi</b>		
	a. Dada (suara )	Perkusi sonor	Perkusi sonor
	b. Perut	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan/massa	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan/massa
	c. Ekstermitas (patella)	Reflek patella normal	Reflek patella normal

Berdasarkan tabel 4.2 yaitu hasil pemeriksaan fisik pada klien 1 keadaan umum klien sedang tanda-tanda vital didapatkan hasil nadi 140x/menit, suhu 36,8°C, dan respirasi 24x/menit tinggi badan 67 cm, berat badan 8 kg, lingkar kepala 43,5 cm dan lingkar lengan atas 13,5 cm sedangkan pada klien 2 keadaan umum sedang tanda-tanda vital didapatkan hasil nadi 100x/menit, suhu 38.3 °C, dan respirasi 23x/menit tinggi badan 64 cm, berat badan 7kg, lingkar kepala 41,5 cm dan lingkar lengan atas 13 cm. Pada pemeriksaan anus dan rectum, klien 1 dan 2 terdapat iritasi disekitar anus.

## 3) Pemeriksaan penunjang

**Tabel 4.3**  
**Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien dengan Anak Diare di RSUD**  
**dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**

No	Pemeriksaan Penunjang	Klien 1	Klien 2
1	Laboratorium	Darah lengkap tanggal 24 Mei 2021 Hematologi lengkap : Hb : 9,7 g/dL(10-,5 - 13,5 g/dL) Leukosit : 6,61 10 <sup>3</sup> /uL (5.00 – 11.00 ) Eritrosit 5,33 10 <sup>6</sup> /uL (4.00 – 5.30 ) Hematokrit : 45,8 % ( 35.00 – 45.0) Trombosit : 168 10 <sup>3</sup> /UI (150-450) Hitung jenis leukosit Basofil 0,4 % Eusinofil 0,5 % Limfosit 20,1 %	Darah lengkap tanggal 29 Mei 2021 Hb : 10.0 g/dL (10-,5 - 13,5 g/dL) Leukosit : 15,61 10 <sup>3</sup> /uL (5.00 – 11.00 ) Eritrosit : 4,5 10 <sup>6</sup> /uL (4.00 – 5.30 ) Trombosit : 168 10 <sup>3</sup> /uL (150-450) Hematokrit : 46,0% ( 35.00 – 45.0)

Berdasarkan hasil laboratorium diatas pada klien 1 hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan ialah pemeriksaan darah lengkap dimana terjadi peningkatan hematokrit dan eritrosit. Sedangkan pada klien 2 terjadi peningkatan hematokrit dan leukosit.

## b. Data Fokus

**Tabel 4.4**  
**Data Fokus Klien dengan Anak Diare di RSUD dr. Kanujoso**  
**Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**

Klien 1	Klien 2
<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 4 kali</li> <li>2. Orang tua klien mengatakan anaknya susah makan</li> <li>3. Orang tua klien mengatakan sebelum menyusui anaknya orang tua klien tidak mencuci tangan terlebih dahulu</li> <li>4. Orang tua klien mengatakan anaknya sering diberi makan seperti makanan orang dewasa</li> <li>5. Orang tua klien mengatakan klien masih ASI sampai sekarang</li> <li>6. Orang tua klien mengatakan terdapat iritasi disekitar anus</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nadi : 140 x/menit</li> <li>2. Suhu : 36, 8°C</li> <li>3. RR : 24x/menit</li> <li>4. Mukosa bibir kering</li> <li>5. Turgor kulit &lt; 2detik</li> <li>6. BAB encer kuning kecoklataan dan berampas</li> <li>7. BB sekarang 8kg</li> <li>8. BB sebelum 9kg</li> <li>9. TB : 67 cm</li> <li>10. Makanan tampak tidak dihabiskan</li> <li>11. Terpsang infus D5 1/2 Ns 15 cc/jam</li> <li>12. Adanya kemerahan disekitar anus</li> </ol>	<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 3x berwarna kuning kehijauan disertai lendir dan darah</li> <li>2. Orang tua klien mengatakan anaknya masih asi sampai sekarang dan diselingi susu formula</li> <li>3. Orang tua klien mengatakan anaknya kalau malam pada saat tidur klien diberi susu yang sudah lebih dari 2-3 jam</li> <li>4. Orang tua klien mengatakan adanya iritasi di sekitar anus</li> <li>5. Orang tua klien mengatakan anaknya demam sudah 2 hari yang lalu</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nadi : 100x/menit</li> <li>2. Suhu : 38,3 °C</li> <li>3. RR : 23x/menit</li> <li>4. Mukosa bibir lembab</li> <li>5. Turgor kulit &lt; 2 detik</li> <li>6. Akral teraba hangat</li> <li>7. Adanya kemerahan disekitar anus</li> <li>8. Terpasang infus D 1/4 NS 30cc/jam</li> <li>9. BB : 7kg</li> <li>10. TB : 64 cm</li> </ol>

## c. Analisa Data

**Tabel 4.5**  
**Analisa Data Klien dengan Anak Diare di RSUD dr. Kanujoso**  
**Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**

No	Data	Etiologi	Problem
Klien 1			
1	DS : a. Orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 4 kali. b. Orang tua klien mengatakan anaknya susah makan DO : a. N : 140x/menit b. S : 36,8 °C c. RR : 24x/menit d. Mukosa bibir kering e. Klien terlihat rewel f. Turgor kulit < 2 detik g. Terpasang D5 1/2 Ns 15 cc/jam	Kehilangan Cairan Aktif	Hipovolemia
2	DS : a. Orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 4 kali dengan konsistensi encer berwarna kuning kecoklatan dan berampas b. Orang tua klien	Proses Infeksi	Diare

	<p>mengatakan menyusui anaknya orang tua tidak mencuci tangan dulu</p> <p>c. Orang tua klien mengatakan anaknya sering diberikan makan seperti makanan orang dewasa</p> <p>DO :</p> <p>a. Konsistensi BAB encer kuning kecoklatan dan berampas</p> <p>b. Nadi : 140 x/menit</p> <p>c. Suhu : 36, 8°C</p> <p>d. RR : 24x/menit</p>		
3	<p>DS :</p> <p>a. Orang tua klien mengatakan klien masih ASI sampai sekarang</p> <p>b. Orang tua klien mengatakan anaknya susah untuk makan</p> <p>DO :</p> <p>a. BB sekarang: 8 kg</p> <p>b. BB sebelum : 9kg</p> <p>c. TB : 67 cm</p> <p>d. Makanan tampak tidak dihabiskan</p>	Faktor Psikologis	Resiko Defisit Nutrisi

	<p>e. <math>D5 \frac{1}{2}</math> Ns 15 cc/jam</p> <p>f. IMT (BB : TB<sup>2</sup>) (8 : 67<sup>2</sup>) (8 : 4489) = 17,82 (normal)</p>		
4	<p>DS :</p> <p>a. klien mengatakan terdapat iritasi disekitar anus</p> <p>DO :</p> <p>b. Adanya kemerahan di sekitar anus</p>	Kelembaban	Gangguan Integritas kulit
<b>Klien 2</b>			
1	<p>DS :</p> <p>a. Orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 3x tadi pagi encer berwarna kuning kehijaun disertai lendir dan darah</p> <p>b. Orang tua klien mengatakan anaknya masih ASI sampai sekarang dan diselingi dengan susu formula</p> <p>c. Orang tua klien mengatakan anaknya kalau malam pada saat tidur klien diberi susu</p>	Proses Infeksi	Diare

	<p>yang sudah lebih dari 2-3 jam</p> <p>d. Orang tua klien mengatakan adanya iritasi disekitar anus</p> <p>DO :</p> <p>a. BAB encer encer dan berampas disertai lendir dan darah</p> <p>b. Adanya kemerahan disekitar anus</p> <p>c. N : 100x/menit</p> <p>d. S : 38,3 °C</p> <p>e. RR : 23x/menit</p> <p>f. Mukosa bibir lembab</p> <p>g. BB : 7kg</p> <p>h. TB : 64cm</p>		
2	<p>DS :</p> <p>a. Orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 3x tadi pagi dengan konsisten encer berwarna kuning kehijaun disertai lendir dan darah</p> <p>DO :</p> <p>a. N : 100x/menit</p> <p>b. S : 38,3 °C</p> <p>c. RR : 23x/menit</p> <p>d. Mukosa bibir lembab</p>	Kehilangan Cairan Aktif	Resiko Hipovolemia

	e. Turgor kulit kembali <2 detik		
3	<p>DS :</p> <p>a. Orang tua klien mengatakan anaknya demam sudah 2 hari yang lalu</p> <p>DO :</p> <p>a. N : 100 x/menit</p> <p>b. S : 38,3 °C</p> <p>c. RR : 23x/menit</p> <p>d. Akral teraba hangat</p>	Dehidrasi	Hipertermi
4	<p>DS :</p> <p>a. Orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 3x tadi pagi dengan konsisten encer berwarna kuning kehijauan disertai lendir dan darah</p> <p>b. Orang tua klien mengatakan klien mengalami iritasi disekitar anus</p> <p>DO :</p> <p>a. Adanya kemerahan disekitar anus</p>	Kelembaban	Gangguan integritas kulit

**d. Diagnosa Keperawatan**

**Tabel 4.6**  
**Diagnosa Keperawatan Klien Anak dengan Diare di RSUD dr.**  
**Kanujosa Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**

No	Klien 1		Klien 2	
	Hari / tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari / tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
1	26 Mei 2021	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	31 Mei 2021	Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)
2	26 Mei 2021	Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)	31 Mei 2021	Resiko hipovolemia Berhubungan dengan cairan aktif (D.0034)
3	26 Mei 2021	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (D.0032)	31 Mei 2021	Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi (D.0130)
4	26 Mei 2021	Gangguan integritas kulit (D.0129)	31 Mei 2021	Gangguan integritas kulit (D.0129)

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 sama – sama ditemuka 4 diagnosa keperawatan yang muncul. Berdasarkan masing – masing diagnosa pada klien 1 dan 2 didapatkan 2 diagnosa yang sama.

## e. Perencanaan

**Tabel 4.7**  
**Perencanaan Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanujosa**  
**Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**

<b>Dx keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Perencanaan</b>
Klien 1		
1. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ( <b>D.0023</b> )	<p><b>L : Status Cairan ( L. 03028 )</b>            Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam keperawatan, diharapkan status cairan membaik dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membran mukoasa membaik</li> <li>2. Frekuensi nadi membaik</li> <li>3. Turgor kulit meningkat</li> </ol>	<p><b>I : Manajemen Hipovolemia ( I.03116 )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia</li> <li>1.2 Monitor intake dan output cairan</li> <li>1.3 Berikan asupan cairan per oral</li> <li>1.4 Kolaborasi pemberian cairan IV</li> </ol>
2. Diare berhubungan dengan proses infeksi ( <b>D.0020</b> )	<p><b>L : Eliminasi Fekal ( L.04033 )</b>            Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal pasien membaik dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsistensi feses membaik</li> <li>2. Frekuensi defekasi membaik</li> <li>3. Peristaltik usus membaik</li> </ol>	<p><b>I : Manajemen Diare ( I.03101 )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi penyebab diare</li> <li>2.2 Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</li> <li>2.3 Monitor iritasi kulit di daerah perianal</li> <li>2.4 Mengajarkan makan porsi kecil dan sering</li> <li>2.5 Anjurkan melanjutkan ASI</li> </ol>
3. Resiko defisit nutrisi berhubungan	<p><b>L : Status Nutrisi ( L.03030 )</b>            Setelah dilakukan intervensi</p>	<p><b>I : Manajemen Nutrisi ( I.03119 )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 identifikasi status nutrisi</li> </ol>

<p>dengan faktor psikologis ( <b>D.0032</b> )</p> <p>4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban ( <b>D.0129</b> )</p>	<p>keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Diare menurun</li> <li>3. rekuensi makan membaik</li> <li>4. Nafsu makan membaik</li> </ol> <p><b>L : Integritas Kulit dan Jaringan ( L.14125 )</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.2 identifikasi makan yang disukai</li> <li>3.3 berikan makanan tinggi kalori</li> <li>3.4 berikan suplemen makanan jika perlu</li> <li>3.5 kolaborasi pemberian obat antimetik jika perlu</li> </ol> <p><b>I : Perawatan Integritas Kulit ( I.11353 )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>4.2 bersihkan perineal dengan air hangat</li> <li>4.3 anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>4.4 anjurkan minum air yang cukup</li> </ol>
<b>Klien 2</b>		
<p>1. Diare berhubungan dengan proses infeksi ( <b>D.0020</b> )</p>	<p><b>L : Eliminasi Fekal ( L.04033 )</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal pasien membaik dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsistensi membaik</li> <li>2. Frekuensi defekasi membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi penyebab diare</li> <li>1.2 Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</li> <li>1.3 Monitor iritasi kulit di daerah perianal</li> <li>1.4 Anjurkan makan porsi kecil dan sering</li> <li>1.5 Anjurkan melanjutkan ASI</li> </ol>

<p>2. Resiko hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ( <b>D.0034</b> )</p>	<p><b>L : Status Cairan ( L. 03028 )</b> Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam keperawatan, diharapkan status cairan membaik dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membran mukosa membaik</li> <li>2. Frekuensi nadi membaik</li> <li>3. Turgor kulit meningkat</li> </ol>	<p><b>I : Manajemen Hipovolemia ( I.03116 )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia</li> <li>2.2 Monitor intake dan output cairan</li> <li>2.3 Berikan asupan cairan per oral</li> <li>2.4 Kolaborasi pemberian cairan IV</li> <li>2.5 Anjurkan memperbanyak asupan cairan per oral</li> </ol>
<p>3. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi ( <b>D.0130</b> )</p>	<p><b>L :Termoregulasi ( L: 14134 )</b> Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh membaik</li> <li>2. Suhu kulit membaik</li> <li>3. Ventilasi membaik</li> </ol>	<p><b>I : Manajemenn Hipotermia ( I : 14507 )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 identifikasi penyebab hipertermia</li> <li>3.2 monitor suhu tubuh</li> <li>3.3 sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>3.4 longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>3.5 lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompresi dingin pada dahi, leher dada, abdomen, aksila)</li> </ol>
<p>4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban (I.11353)</p>	<p><b>L : Integritas Kulit dan Jaringan ( L.14125 )</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan KH :</p>	<p><b>L : Perawatan Integritas Kulit ( I.11353 )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>4.2 bersihkan perineal dengan air hangat</li> <li>4.3 anjurkan menggunakan pelembab</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> </ol>	4.4 anjurkan minum air yang cukup
--	--	-----------------------------------

Berdasarkan tabel 4.7 yaitu menunjukkan perencanaan berdasarkan diagnosa yang muncul untuk mengatasi masalah tersebut. Pada klien 1 dan klien 2 perencanaan dibuat sesuai dengan teori SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

#### f. Implementasi

**Tabel 4.8**  
**Implementasi Perencanaan Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan 2021**

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<b>Klien 1</b>		
Rabu, 26 Mei 2021		
10.30	1.1 Memeriksa tanda dan gejala hipovolemi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N : 140x/menit</li> <li>• Turgor kulit kembali &lt;2detik</li> <li>• Mukosa bibir kering</li> </ul>
10.40	2.2 Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BAB encer 4 kali dengan konsistensi encer kuning kecoklatan dan berampas</li> </ul>
10.55	2.3 Memonitor iritasi iritasi disekitar perineal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya kemerahan disekitar perineal</li> </ul>
11.00	1.3 Memberikan cairan per oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan klien obat zink</li> </ul>
11.30	1.4 Mengkolaborasi pemberian cairan IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien terpasang infus D5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> NS 15 cc/jam</li> </ul>

11.40	3.1 mengidentifikasi status nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua klien mengatakan anak susah makan</li> <li>• Makanan tidak dihabiskan</li> <li>• Anak menyukai makanan yang dimasak ibunya</li> </ul>
12.00	3.2 mengidentifikasi makanan yang disukai	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anak mengalami diare BAB encer 4 kali dengan konsistensi encer warna kuning kecoklatan dan berampas</li> </ul>
12.10	4.1 mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit  4.2 membersihkan perineal dengan air hangat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• membersihkan daerah anus dengan air hangat</li> </ul>
Kamis, 27 Mei		
16.10	2.2 Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua klien mengatakan BAB encer 2 kali dengan warna kuning kecoklatan dan berampas</li> </ul>
16.15	2.3 monitor iritasi kulit di daerah perianal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masih ada kemerahan disekitar anus</li> </ul>
16.20	4.3 menganjurkan menggunakan pelembab	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua klien memberikan anaknya pelembab (mustela)</li> </ul>
16.25	3.1 Mengidentifikasi status nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua klien mengatakan anaknya sudah mau makan sedikit demi sedikit</li> </ul>
16.30	2.4 menganjurkan makanan porsi kecil dan sering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua mengatakan klien sudah diberi makan sedikit sedikit</li> </ul>

Jum'at, 28 Mei 2021	16.35	3.3 Memberikan makanan tinggi kalori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua klien memberikan anaknya makanan buah alpukat dan pisang</li> </ul>
	18.20	2.2 Memonitor intake dan output cairan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intake – output 270cc - 97cc 173cc/6jam</li> </ul>
	16.10	2.2 Memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua klien mengatakan BAB hanya 2 kali sejak tadi pagi</li> </ul>
	16.15	2.3 memonitor iritasi disekitar perineal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kemerahan disekitar anus sudah berkurang</li> </ul>
	16.25	4.2 membersihkan perineal dengan air hangat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• membersihkan daerah anus dengan air hangat dan orang tua setuju</li> </ul>
	16.30	4.4 menganjurkan minum air yang cukup  1.6 menganjurkan melanjutkan ASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• orang tua mengatakan anaknya minum dengan kuat</li> </ul>
	17.45	3.1 mengidentifikasi status nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mendapatkan ASI sampai sekarang</li> </ul>
	18.15	2.2 memonitor intake dan output cairan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nafsu makan membaik dan makanan dihabiskan</li> <li>• Intake – output 290cc -100cc = 190cc/6 jam</li> </ul>
<b>Klien 2</b>			
Senin, 31 Mei			
15.10	1.1 memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BAB encer 3x dengan konsistensi encer berwarna</li> </ul>	

		<p>kuning kehijauan disertai lendir dan darah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nadi : 100x/menit</li> <li>• Mukosa bibir lembab</li> <li>• Turgor kulit kembali &lt;2detik</li> </ul>
15.15	2.1 memonitor tanda dan gejala hypovolemia	
15.20	4.1 mengidentifikasi penyebab gangguan integritas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BAB encer 3x dengan konsistensi encer berwarna kuning kehijauan disertai lendir dan darah</li> </ul>
15.30	1.3 memonitor iritasi kulit di daerah perianal disekitar anus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya iritasi di sekitar anus</li> <li>• Membersihkan perineal dengan air hangat setelah klien BAB</li> </ul>
15.35	4.2 membersihkan perineal dengan air hangat	
15.40	3.2 memonitor suhu tubuh	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S : 38.3 °C</li> </ul>
15.50	3.5 melakukan pendingin eksternal (kompres dingin di dahi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua klien bersedia dan</li> <li>• anak tidak gelisah</li> </ul>
Selasa, 01 Juni 2021		
14.10	1.2 memonitor warna, volume frekuensi dan konsistensi tinja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BAB encer 2 kali warna kuning kehijauan</li> </ul>
14.15	1.3 memonitor iritasi disekitar perineal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masih ada kemerahan disekitar anus</li> </ul>
14.20	4.3 menganjurkan menggunakan pelembab	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien menggunakan</li> </ul>

14.25	2.2 memonitor intake dan output	pelembab cussions baby
14.30	1.4 menganjurkan makan porsi kecil dan sering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intake – output = 395-79,2 = 315,8 cc/6jam</li> <li>• Klien makan dengan lahap</li> </ul>
14.35	2.4 mengkolaborasi pemberian cairan iv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpasang infus D5 <sup>1</sup>/<sub>4</sub> NS</li> </ul>
14.40	3.2 memonitor suhu tubuh	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30cc/jam</li> <li>• S : 36.9°C</li> </ul>
14.45	3.3 menyediakan lingkungan yang dingin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruang klien terpasang AC</li> </ul>
Rabu, 02 Juni 2021		
08.30	1.1 memonitor warna, volume frekuensi dan konsistensi tinja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua klien mengatakan belum ada BAB pagi ini</li> </ul>
08.35	1.3 memonitor iritasi disekitar perineal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemerahan disekitar anus berkurang</li> </ul>
08.40	4.3 menganjurkan menggunakan pelembab	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang tua klien memberikan pelembab cussions baby</li> </ul>
08.45	1.6 menganjurkan melanjutkan ASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mendapatkan asi sampai sekarang</li> </ul>
08.50	2.5 menganjurkan memperbanyak cairan per oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien minum ASI ±7 – 8 kali</li> </ul>

Berdasarkan tabel 4.8 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan dari intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien 1 dilakukan selama 3 hari di rumah sakit pada tanggal 26 Mei – 28 Mei 2021 dan

pada klien 2 dilakukan selama 3 hari di rumah sakit mulai tanggal 31 Mei – 02 Juni 2021

**g. Evaluasi**

**Tabel 4.9**  
**Evaluasi Klien Anak dengan Diare di RSUD dr. Kanujoso**  
**Djatiwibowo Balikpapan 2021**

Dx	Klien 1		
	Hari		
	Hari I	Hari II	Hari III
1	<p><b>Jam 14. 05</b> S : anak mengalami diare BAB encer 4x dari pagi dengan konsistensi encer warna kuning kecoklatan dan berampas</p> <p>O :</p> <p>(1) N : 140x/menit (2) RR 23x/menit (3) S : 36,4 (4) Tidak ada muntah (5) Mukosa bibir tampak kering (6) Turgor kulit kembali &lt;2 detik</p> <p>A : masalah belum teratasi P : lanjutka intervensi</p>	<p><b>Jam : 20.05</b> S : orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer dari pagi sampai sekarang jadi 3 kali berwarna kuning kecoklatan dan berampas</p> <p>O :</p> <p>(1) N : 120x/menit (2) RR : 22x/menit (3) S : 36,7 (4) Mukosa bibir sudah tidak kering (5) Turgor kulit kembali &lt;2detik</p> <p>A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p>	<p><b>Jam 20:10</b> S : orang tua klien mengatakan BAB encer 2 kali sejak tadi pagi warna kuning kecoklatan</p> <p>O :</p> <p>(1) N : 108x/menit (2) RR : 22x/menit (3) S : 36.5 (4) Mukosa bibir tampak lembab (5) Klien tidak rewel dan gelisah</p> <p>A : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
2	<p><b>Jam : 14.10</b> S : orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 4 kali</p>	<p><b>Jam : 20.10</b> S : orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 3 kali</p>	<p><b>Jam 20.15</b> S : orang tua mengatakan anaknya BAB encer sejak</p>

	<p>konsistensi encer warna kuning kecoklatan dan berampas</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) BAB encer berwarna kuning</li> <li>(2) kecoklatan dan berampas</li> <li>(3) Bising usus 30x/menit</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>berwarna kuning kecoklatan dan berampas</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) BAB encer berwarna kuning kecoklatan dan berampas</li> <li>(2) Bising usus 18x/menit</li> </ol> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	<p>tadi pagi hanya 2 kali warna kuning kecoklatan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Bising usus 10x/menit</li> <li>(2) BAB masih encer</li> </ol> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
3	<p><b>Jam 14 :15</b></p> <p>S : orang tua klien mengatakan anaknya msih susah makan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) porsi makan masih tersisa banyak</li> <li>(2) N : 130x/menit</li> <li>(3) RR : 23x/menit</li> <li>(4) S : 36,4</li> <li>(5) Tidak ada muntah</li> <li>(6) Klien tampak lemas</li> </ol> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	<p><b>Jam 20 :15</b></p> <p>S : orang tua klien mengatakan anaknya sudah mulai makan sedikit demi sedikit (porsi mulai naik).</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Porsi makan tersisa ½ porsi</li> <li>(2) N : 120x/menit</li> <li>(3) RR : 22x/menit</li> <li>(4) S : 36,7</li> <li>(5) Klien tampak tidak rewel</li> <li>(6) Klien terlihat sedang minum susu</li> </ol> <p>A : masalah teratasi sebagian</p>	<p><b>Jam 20.20</b></p> <p>S : orang tua klien mengatakan nafsu makan anak sudah membaik, makanan dihabiskan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) N : 118x/menit</li> <li>(2) S : 36.5</li> <li>(3) RR 22x/menit</li> <li>(4) Makanan tampak dihabiskan</li> </ol> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>

4	<p><b>Jam 14. 20</b> S : orang tua klien mengatakan adanya kemerahan disekitar anus O : adanya kemerahan disekitar anus A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p>	<p>P : lanjutkan intervensi</p> <p><b>Jam 20.20</b> S : orang tua mengatakan masih ada kemerahan di sekitar anus O : tampak masih kemerahan disekitar anus A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p>	<p><b>Jam 20.25</b> S : orang tua klien mengatakan kemerahan berkurang O : kemerahan berkurang A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan</p>
<b>Dx</b>	<b>Klien 2</b>		
	<b>Hari</b>		
	<b>Hari I</b>	<b>Hari II</b>	<b>Hari III</b>
<b>1</b>	<p><b>Jam 20.05</b> S : orang tua klien mengatakan anaknya BAB encer 4 kali sampe malam ini berwarna kuning kehijauan terdapat ampas O : (1) BU : 35x/menit (2) BAB encer berwarna kuning kehijauan A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p>	<p><b>Jam 20.05</b> S : orang tua mengatakan anaknya BAB encer 3 kali berwarna kuning kehijauan tidak berlendir dan berdarah O : (1) BU : 20x/menit (2) Bab encer warna kuning kehijauan A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p>	<p><b>Jam 12.15</b> S : orang tua klien mengatakan klien BAB padat hanya 1 kali tadi pagi sekitar jam 10an O : (1) BU : 13x/menit (2) Tampak tidak ada BAB di pempers A : masalah teratasi P : intervensi di hentikan</p>
<b>2.</b>	<p><b>Jam 20.10</b> S : orang tua klien mengatakan</p>	<p><b>Jam 20.10</b> S : orang tua klien mengatakan</p>	<p><b>Jam 12.20</b> S : orang tua klien mengatakan</p>

	<p>deman naik turun, adanya BAB encer 4 sampai malam ini kali berwarna kuning kehijauan dan terdapat ampas</p> <p>O :</p> <p>(1) N : 90x/menit (2) RR : 21x/menit (3) S : 37.7 (4) mukosa bibir lembab (5) Turgor kulit kembali &lt; 2 detik</p> <p>A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p>	<p>BAB encer 3 kali dan demam sudah turun</p> <p>O :</p> <p>(1) N : 105x/menit (2) S : 36,9 (3) RR : 22x/menit (4) Mukosa bibir lembab (5) Turgor kulit Kembali &lt; 2 detik</p> <p>A : masalah belum teratasi P : lanjutka intervensi</p>	<p>klien BAB padat hanya 1 kali tadi sekitar jam 10</p> <p>O :</p> <p>(1) N : 110x/menit (2) S : 36,8 (3) RR : 21x/menit (4) Tampak tidak ada BAB di pempers (5) Turgor kulit Kembali &lt; 2 detik</p> <p>A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan</p>
3.	<p><b>Jam 20.15</b> S : orang tua klien mengatakan demam naik turun</p> <p>O :</p> <p>(1) N : 90x/menit (2) RR : 21x/menit (3) S : 37.7 (4) Akral hangat</p> <p>A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p>	<p><b>Jam 20.15</b> S : orang tua klien mengatakan klien demam sudah turun</p> <p>O :</p> <p>(1) N : 105x/menit (2) S : 36.9 (3) RR : 22x/menit</p> <p>A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan</p>	<p><b>Jam 12.25</b> S : orang tua klien mengatakan kemerahan sudah berkurang</p> <p>O : kemerahan tampak berkurang</p> <p>A : masalah teratasi P : intervensi di hentikan</p>
4	<p><b>Jam 20.20</b> S : orang tua klien mengatakan adanya disekitar anus</p>	<p><b>Jam 20.20</b> S : orang tua klien mengatakan iritasi di</p>	

	O : adanya kemerahan disekitar anus A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	sekitar anus berkurang O : kemerahan berkurang A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
--	---	---	--

Berdasarkan tabel 4.9 di atas bahwa pada klien 1 dan 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari. Evaluasi pada klien 1 menunjukkan 4 diagnosa keperawatan yang teratasi selama 3 hari, sedangkan pada klien 2 menunjukkan 3 diagnosa yang teratasi selama 3 hari dan 1 diagnosa teratasi selama 2 hari.

## B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada anak klien 1 dan 2 dengan kasus Diare di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan 2021. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang secara sistemis data dikumpulkan dan di evaluasi untuk menentukan status kesehatan klien ( Olfah & Ghofur, 2016).

Berdasarkan teori yang ada menurut Direktorat Jendral Pengendalian Lingkungan dan Penyehatan Lingkungan (2011) Diare adalah suatu dimana kondisi seseorang BAB (buang air besar ) dengan konsistensi lembek atau bisa juga cair, dan bahkan bisa berupa air saja dengan frekuensinya lebih

sering (biasanya tiga kali atau lebih).

Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada tanggal 26 Mei 2021 sedangkan pada klien 2 pada tanggal 31 Mei 2021. Klien 1 berusia 9 bulan dan klien 2 berusia 7 bulan dengan diagnosa medis diare. Ditemukan pengkajian klien 1 yaitu BAB encer 4 kali sehari nafsu makan menurun mukosa bibir kering, dan adanya kemerahan disekitar anus. Sedangkan klien 2 BAB encer 4 kali dalam satu hari berampas, tidak ada penurunan nafsu makan, mukosa bibir lembab dan adanya peningkatan suhu tubuh 38.3°C.

Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua klien dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital yaitu klien 1 N : 140 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36,8 °C. Sedangkan klien 2 yaitu N : 100 x/menit, RR : 23 x/menit, S : 38.3°C

Pada pengkajian klien 1 ditemukan data orang tua klien mengatakan sebelum menyusui tidak mencuci tangan. Hal ini sesuai dengan teori (Tawabun, 2015) bahwa kebersihan anak maupun kebersihan lingkungan memegang peran penting pada tumbuh kembang anak baik fisik maupun psikisnya, kebersihan anak yang kurang akan memudahkan terjadi penyakit cacingan dan diare anak.

Menurut asumsi peneliti perbedaan yang ditemukan pada klien 1 dan klien 2 ditemukan data klien 1 mengalami penurunan nafsu makan sedangkan pada klien 2 tidak ditemukan bahwa klien mengalami penurunan nafsu makan dan pada klien 1 tidak ada peningkatan suhu tubuh sedangkan pada klien 2 mengalami peningkatan pada suhu tubuh.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penelitian 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan Nurarif dan Kusuma (2015) dan mengacu pada standar diagnosa keperawatan PPNI (2017) terdapat 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus diare.

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 1 dan 2, pada klien 1 yaitu diare berhubungan dengan proses infeksi, hipovolemi berhubungan dengan cairan aktif, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban. Dan pada klien 2 yaitu diare berhubungan dengan proses infeksi, resiko hipovolemi berhubungan dengan cairan aktif, hipertermi berhubungan dengan dehidrasi dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban.

Berikut ini pembahasan diagnosa yang sama pada kasus klien 1 dan 2 yaitu :

### a. Diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan proses infeksi

Dari hasil pengkajian yang ditemukan pada klien 1 didapatkan data subjektif klien BAB encer sejak 5 hari yang lalu, BAB encer 4 kali

sehari dengan konsistensi encer kuning, kecoklatan dan berampas dan klien lemas. Data objektif yang ditemukan pada klien 1 tampak BAB encer kuning kecoklatan dan berampas. Sedangkan hasil pengkjian pada klien 2 didapatkan hasil data subjektif BAB encer 3 kali berwarna kuning kehijauan disertai lendir dan darah. Data objektif yang ditemukan BAB encer dan berampas disertai lendir dan darah.

Diare adalah pengeluaran fases yang tidak normal dengan konsistensi lebih cair dari biasanya, dengan frekuensi lebih tinggi dari tiga kali dalam satu hari. Diare juga didefinisikan sebagai suatu kumpulan dari gejala infeksi pada saluran pencernaan yang dapat disebabkan oleh beberapa organisme seperti bakteri, virus, parasit (Mendri & Prayogi, 2017).

Ketika infeksi organisme terjadi dalam salura pecernaan kemudian bekembang diusus dan terjadi hipersekresi air dan elektrolit dalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan anakan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

Pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa keperawatan diare, gejala dan tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa pada SDKI yaitu sekitar 80-100% dan tanda minor sebagai pendukung yang ditemukan dari gejala dan tanda mayor data objektif defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam, dan fases lembek atau cair, dan kriteria minor dalam data objektif.

b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban

Menurut (PPNI, 2017) gangguan integritas kulit/jaringan memiliki definisi kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament). Gejala dan tanda mayor objektif kerusakan jaringan dan atau/ lapisan kulit, sedangkan gejala dan tanda minor objektif nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

Dari hasil pengkajian pada klien 1 dan 2 ditemukan data klien mengalami iritasi disekitar anus.

Pada klien 1 dan 2 diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit dapat ditegakkan karena adanya perubahan sirkulasi yang menyebabkan kelembaban dan kekurangan/kelebihan volume cairan dan tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa pada SDKI yaitu sekitar 80-100%.

Berikut ini pembahasan diagnosa yang berbeda pada klien 1 dan 2 yaitu klien 1 hipovolemia dan resiko defisit nutrisi sedangkan pada klien 2 terangkat diagnosa resiko hipovolemia dan hipertermi :

a. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Menurut (PPNI, 2017) hipovolemi memiliki definisi penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseluler. Gejala tanda mayor 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 dan pada data objektif ialah pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, dan berat badan menurun tiba – tiba.

Dari hasil pengkajian yang ditemukan pada klien 1 didapatkan data subjektif klien BAB encer sejak 5 hari yang lalu, BAB encer 4 kali sehari dengan konsistensi encer kuning kecoklatan berampas dan klien lemas. Data objektif N : 140x/menit RR : 24x/menit, S : 36.8, mukosa bibir kering, turgor kulit kembali <2 detik, dan hematokrit meningkat, klien rewel, terpasang infus D5<sup>1/2</sup> Ns 15cc/jam.

Pada penderita diare frekuensi BAB meningkat sehingga mengakibatkan hilangnya cairan dan elektrolit berlebihan melalui feses, maka gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan terjadi dehidrasi hingga mengakibatkan hipovolemia ( kekurangan volume cairan).

Pada klien 1 muncul masalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Hal ini sesuai data yang ditemukan oleh penulis yaitu pada klien 1 dan adanya frekuensi BAB encer lebih dari 3 kali dalam sehari serta mukosa bibir kering. Dan dengan diagnosa hipovolemia tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan pada SDKI yaitu 80-100%.

- b. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keenganan untuk makan)

Menurut (PPNI, 2017) resiko defisit nutrisi adalah berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Pada diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi terdapat faktor resiko ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi dan faktor psikologis.

Dari hasil pengkajian ditemukan data subjektif klien masih ASI sampai sekarang, klien susah makan dan pada data objektif berat badan 8kg sebelum sakit 9 kg tinggi badan 67, makanan tidak dihabiskan membran mukosa pucat, dan diare.

Pada klien 1 muncul masalah resiko defisit nutrisi karena tidak ditemukan tanda mayor berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal untuk memenuhi validasi penegakkan diagnosa aktual pada SDKI sekitar 80-100%.

- c. Resiko Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Menurut (PPNI, 2017) memiliki definisi berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial dan atau intra seluler.

Pada klien 1 muncul masalah resiko hipovolemia tanda mayor yang didapatkan belum memenuhi validasi penegakkan diagnosa keperawatan pada SDKI sekitar 80-100% karena didapatkan data

subjektif pada klien 2 dimana klien BAB encer 4kali dari pagi sampai malam . data objektif N : 100x/menit S : 38,3 °C, RR : 23x/menit, Mukosa bibir lembab dan Turgor kulit kembali <2 detik, klien dapat minum dan makan dengan baik.

d. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi

Menurut (PPNI, 2017) hipertermi memiliki definisi suhu tubuh meingkat diatas rentang normal. Gejala dan tanda mayor objektif suhu tubuh di atas nilai normal sedangkan gejala dan tanda minor kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit teraba hangat.

Pada saat pengkajian ditemukan masalah keperawatan hipertermia berhubungan dengan dehidrasi pada klien 2 sedangkan pada klien 1 tidak ditemukan diagnosa hipertermia.

Hasil pengkajian pada klien 2 ditemukan data subjektif klien mengalami demam mulai 2 hari yang lalu dan data objektif N : 100 x/menit, RR : 23 x/menit, S : 38.3°C dan akral teraba hangat.

Penegakkan diagnosa hipertermi terdapat gejala/tanda mayor 80-100% untuk memvalidasi diagnosis dan terdapat tanda minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosa.

Pada data klien 2 didapatkan data objektif suhu tubuh diatas nilai normal dan diagnosa yang ditegakkan terdapat 80-100% tanda mayor sebagai syarat penegakkan diagnosa.

Menurut asumsi peneliti dalam melakukan penegakkan diagnosa sesuai dengan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu pada klien 1 dan 2 ditegakkan 4 diagnosa keperawatan yaitu pada klien klien 1 dan 1 terdapat persamaan diagnosa yaitu diagnosa diare dan gangguan integritas kulit. Dan diagnosa yang berbeda pada klien 1 dan 2 yaitu klien 1 terdapat diagnosa hipovolemia dan resiko defisit nutrisi sedangkan pada klien 2 terdapat diagnosa resiko hipovolemia dan hipertermi.

### **3. Intervensi keperawatan**

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah intervensi, intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua klien sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Menurut buku SIKI, terdapat 4 tindakan dalam intervensi keperawatan yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Pada masalah keperawatan diare yang dilakukan pada klien 1 dan 2, intervensinya yaitu observasi : identifikasi penyebab diare, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor tanda dan gejala hipovolemia dan monitor iritasi kulit di daerah perinial, edukasi : anjurkan makanan porsi kecil tapi sering dan anjurkan melanjutkan pemberian ASI.

Pada masalah keperawatan hipovolemi yang dilakukan pada klien 1, intervensinya yaitu observasi : identifikasi tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, terapeutik : berikan asupan cairan per oral dan kolaborasi : kolaborasi pemberian cairan IV.

Pada masalah keperawatan gangguan integritas kulit yang dilakukan pada klien 1 dan 2, intervensinya yaitu observasi : identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, terapeutik : bersihkan perinial dengan air hangat, edukasi : anjurkan menggunakan pelembab dan anjurkan minum air yang cukup.

Pada masalah keperawatan defisit nutrisi yang dilakukan pada klien 1, intervensinya yaitu observasi : identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, terapeutik : berikan suplemen makanan jika perlu, edukasi : kolaborasi pemberian obat antimetik jika perlu.

Pada masalah keperawatan hipertermi pada klien 2, intervensinya yaitu observasi : identifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh, terapeutik : sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, dan lakukan pendinginan eksternal.

Pada masalah keperawatan risiko hipovolemia intervensinya yang dilakukan pada klien 2 yaitu observasi : identifikasi tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, terapeutik : berikan asupan cairan per oral dan kolaborasi : kolaborasi pemberian cairan IV

Menurut asumsi peneliti intervensi keperawatan pada klien 1 dan 2 sesuai dengan teori yang terdapat pada SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada klien 1 dan 2 sesuai dengan teori yang terdapat pada SLKI.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien keluarga, atau mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor – faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Olfah & Ghofur, 2016).

Implementasi pada klien 1 dilakukan pada tanggal 26 Mei 2021 – 28 Mei 2021, sedangkan klien 2 pada tanggal 31 Mei 2021 – 02 Juni 2021. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang mengacu pada SIKI.

Implementasi yang dilakukan peneliti pada klien 1 pada hari pertama yaitu : mengidentifikasi penyebab diare, memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, memonitor tanda dan gejala hipovolemia, memonitor adanya iritasi di daerah perineal, memeriksa tanda dan gejala hipovolemia, memberikan cairan per oral, mengkolaborasi pemberian cairan IV, mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, membersihkan perineal dengan air hangat., selanjutnya peneliti mengidentifikasi status nutrisi Orang tua klien mengatakan klien susah makan.

Pada hari kedua peneliti melakukan memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, memonitor iritasi kulit di daerah perineal, mengidentifikasi status nutrisi, memonitor intake dan output cairan. Peneliti juga melakukan tindakan edukasi dengan menganjurkan klien menggunakan pelembab dan menganjurkan makan porsi kecil dan sering. Orang tua klien mengatakan memberikan klien pelembab (mustela) dan klien sudah diberi makan sedikit sedikit.

Pada hari ketiga peneliti melakukan memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, memonitor iritasi disekitar perineal, membersihkan perineal dengan air hangat, mengidentifikasi status nutrisi, memonitor intake output. Peneliti juga melakukan tindakan edukasi dengan menganjurkan minum air yang cukup dan menganjurkan melanjutkan ASI. Orang tua klien mengatakan klien minum dengan kuat dan klien mendapatkan ASI sampai sekarang.

Sedangkan implementasi yang dilakukan peneliti pada klien 2 di hari pertama yaitu : memonitor warna volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, memonitor iritasi kulit di daerah perineal dan disekitar anus, membersihkan perineal dengan air hangat, memonitor tanda dan gejala hipovolemi, mengidentifikasi penyebab hipertermi, memonitor suhu tubuh, melakukan pendinginan eksternal, melonggarkan atau melepaskan pakaian, menyediakan lingkungan yang dingin.

Pada hari kedua peneliti melakukan memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, memonitor iritasi disekitar perineal, mengkolaborasi pemberian cairan iv, memonitor suhu tubuh, memonitor intake dan output, menyediakan lingkungan yang dingin. Peneliti juga melakukan edukasi dengan menganjurkan menggunakan pelembab dan menganjurkan porsi kecil dan sering. Orang tua klien mengatakan klien menggunakan pelembab (cussons baby) dan klien makan dengan lahap

Pada hari ketiga peneliti melakukan memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, memonitor iritasi disekitar perineal. Peneliti juga melakukan edukasi dengan menganjurkan menggunakan pelembab, menganjurkan melanjutkan ASI, Orang tua klien mengatakan klien menggunakan pelembab, klien mendapatkan ASI sampai sekarang dan klien minum ASI  $\pm 7-8$  kali.

Menurut asumsi peneliti dari uraian diatas pada klien 1 tidak dilakukan semua tindakan yang direncanakan sedangkan pada klien 2 dilakukan semua Tindakan yang telah direncanakan.

## **5. Evaluasi**

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 dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien (Olfah & Ghofur, 2016).

Menurut asumsi peneliti hasil evaluasi yang dilakukan pada klien 1 dan 2 terdapat diagnosa yang teratasi selama setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan yaitu diagnosa keperawatan diare, hipovolemi, resiko hipovolemi, defisit nutrisi, dan gangguan integritas kulit. Dan pada klien 2 terdapat diagnosa yang teratasi setelah 2 hari keperawatan yaitu hipertermi ditandai dengan orang tua klien mengatakan anaknya sudah tidak demam dengan suhu 36,9 °C.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil peneliti dan pembahasan yang telah diuraikan pada BAB IV peneliti mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### **A. KESIMPULAN**

##### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian antara klien 1 dan 2 terdapat 3 kasus yang sama yaitu pada kasus data kedua klien mengalami keluhan utama BAB dengan konsistensi cair dengan frekuensi yang sering. Dan terdapat perbedaan pada klien 1 dan 2 yaitu pada klien 1 mengalami susah makan dan nafsu makan menurun sedangkan pada klien 2 tidak ada, dan pada klien 2 mengalami demam dengan suhu 38.3°C

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diare sebanyak 7 diagnosa yaitu gangguan pertukaran gas, hipovolemia, diare, defisit nutri, gangguan integritas kulit, ansietas, dan resiko syok. Namun pada klien 1 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan ialah diare, hipovolemia, resiko defisit nutrisi, gangguan integritas kulit, dan pada klien 2 diagnosa yang dapat ditegakkan ialah diare, resiko hipovolemia, gangguan integritas kulit dan hipertermi.

##### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang digunakan dalam kasus pada klien 1 dan 2 disusun sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan dan disesuaikan dengan

menyesuaikan keluhan dan kondisi pada klien. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri atau kolaborasi.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah disusun. Implementasi keperawatan pada kedua kasus tersebut telah dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun oleh peneliti.

#### 5. Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dan 2 selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Evaluasi pada klien 1 dan 2 semua masalah teratasi.

### **B. SARAN**

#### 1. Bagi peneliti

Hasil penelitian yang peneliti dapatkan dapat menjadi bahan acuan dan menjadi bahan pembanding pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada klien anak dengan diare

#### 2. Bagi tempat peneliti

Studi kasus pada klien 1 dan klien2 dengan asuhan keperawata pada klien anak diare dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif.

#### 3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah ilmu pengetahuan

dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien anak dengan diare secara komprehensif dan mengikuti perkembangan ilmu keperawatan yang terbaru.

## DAFTAR PUSTAKA

- DEPKES RI. (2011). Situasi Diare di Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan  
Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. (2011).  
Panduan Sosialisasi Tatalaksana Diare Balita. Jakarta.
- Farida (2016). Diare Pencegahan dan Pengobatan . Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mendri, & Prayogi (2017). Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit dan Bayi Resiko  
Tinggi. Yogyakarta.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan  
Nanda Nic Noc. Yogyakarta.
- Nursalam. (2008). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu  
Keperawatan. Jakarta Selatan.
- Notoatmodjo (2012). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka
- Olfah, Y., & Ghofur, A (2016). Dokumentasi Keperawatan. Jakarta.
- Profil Kesehatan Indonesia. (2018). Data dan Informasi Profil Kesehatan. Jakarta:  
Kemenkes.
- Purwaningdyah (2015.). Efektifitas ekstra Biji Pepaya Sebagai Anti Diare ada  
Mencit Yang Diinduksi Salmonella Typhimurium. Jurnal Pangan Dan  
Agrindustri.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonsia (Infodatin).  
(2014). Kondisi Pencapaian Program Kesehatan Anak Indonesi. Jakarta.
- Soetjiningsih (2012). Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: EGC.
- Sugiyono (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif. Bandung : Alfabeta
- Supartini (2012). Konsep Dasar Keperawatan Anak . Jakarta: EGC.
- Syaifuddin (2016). Anatomi Fisiologi (Monica Ester, Ed). Jakarta: Buku  
Kedokteran EGC.
- Tawabun (2015). Hubunan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Diare Pada Anak  
Usia Sekolah. E-Journal Keperawatan .
- Tim Pokja Sdki PPNI. (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta  
Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta  
Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta  
Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI

- Titik Lestari. (2016). Asuhan Keperawatan Anak. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wong. (2008). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik (Vol 2). Jakarta: EGC.
- World Health Organization. (2013). Diarrhoeal.
- Yuliasati, & nining (2016). Keperawatan Anak. Jakarta: Pusdik SDM kesehatan
- Yusuf. (2013). Profil diare diruang rawat inap anak. Sari Pediatri.

Lampiran



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM

PRODI D-III KEPERAWATAN



## LEMBAR KONSULTASI

## BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Amalia  
 NIM : P07220118063  
 PEMBIMBING I : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd  
 PEMBIMBING II : Ns. Rus Andraini A.Kp.,M.PH

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	Januari 21/2021 /01	- Bab 1 latar belakang - judul penelitian	- latar belakang harus menjelaskan masalah, kronologi, solusi - penulisan sumber - paragraf satu dengan yg lainnya harus bertalian - judul penelitian Ace		
2.	Minggu 31/2021 /01	- Bab 1	- penulisan harus diperbaiki - tanda titik sebelum kutipan - sumber kembali UTM. sesuai dengan deduktif-induktif atau sebaliknya		

3.	Selasa 02/02	- Bab 1 latar belakang	- perhatikan hump paragraf - kerinci Lem - hindari kutup kurung double	df	
4.	Selasa 09/02	- Bab 1	- penulisan diperhaluskan - tanda titik setelah kutipan - hindari kata hubung		df
5.	Rabu 17/02	- Bab 1 revisi ke 2	- susun proposal ikuti panduan - perhatikan penulisan - cara penulisan sumber diperbaiki - tambah materi akhir	df	
6.	Sabtu 20/02	- Bab 1 - Bab 2 - Bab 3	- materi proposal disesuaikan - proposal perbaikan kembali - perhatikan kembali penulisan - hindari kata hubung abnormal		df
7.	Kamis 1/03	- Bab 2 - Bab 3	- Cari data angka kejadiannya Diac - perhatikan penyetiaan - cara penulisan sumber diperbaiki	df	

8.	Kaku 16/06  Jum'at 18/06 2021	- bab IV  - revisi bab IV - mengirim pengkajian sampai evaluasi melalui Email	- arsip lengkap Smartika penelitian  - arsip lengkap dibuat dan pengkajian sampai evaluasi  - kuara arsip	. <i>af</i>	
9.	Jum'at 18/06 2021	- mengirim pengkajian melalui email  - bab I - V mengirim melalui email	- tabel diberi judul  - Cetak kembali Bab 3  - perbaiki daftar pustaka		. <i>af</i>
10.	Kamis 24/06 2021	- bab IV dan bab V  - mengirim bab I - bab V melalui email	- ketikan seperti lagi  - pada pembahasan merubikan teori-teori pendukung  - prosedur penelitian diteliti kembali	. <i>af</i>	

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

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