

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. G. B DENGAN DIARE  
DI RUANGAN KENANGA RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**



**NAMA: NOVI REDE DIDA**

**NIM: PO. 530320116321**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D III KEPERAWATAN**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. G. B DENGAN DIARE**  
**DI RUANGAN KENANGA RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan



**NAMA: NOVI REDE DIDA**

**NIM: PO. 530320116321**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**PRODI D III KEPERAWATAN**

**2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

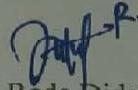
Nama : Novi Rede Dida  
NIM : PO. 530320116321  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bawah Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar - benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 11 Juni 2019

Pembuat Pernyataan

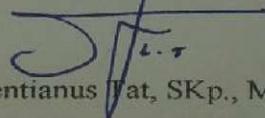


Novi Rede Dida

PO. 530320116321

Mengetahui

Pembimbing



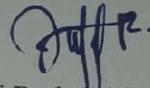
Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes

NIP. 196911281993031005

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Novi Rede Dida, NIM : PO. 530320116321  
dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien An. G. B Dengan Diare  
di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”  
telah di periksa dan di setujui untuk diujikan

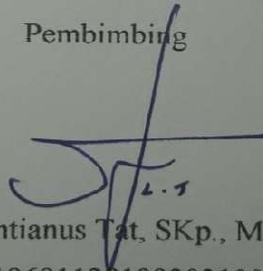
Disusun Oleh :



Novi Rede Dida  
PO. 530320116321

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal 11 Juni 2019

Pembimbing



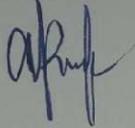
Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes  
NIP. 196911281993031005

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah oleh Novi Rede Dida dengan judul  
Asuhan Keperawatan Pada An. G. B Dengan Diare di Ruang Kenanga  
RSUD. Prof. Dr.W. Z. Johannes Kupang  
Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 12 Juni 2019.

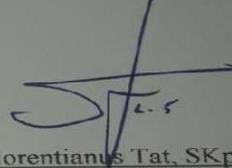
Dewan Penguji

Penguji I



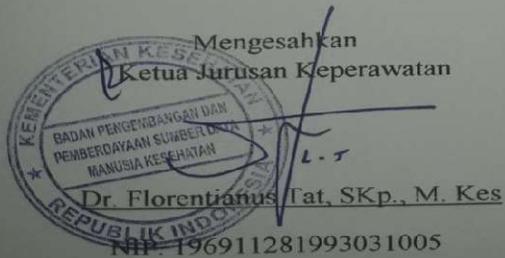
Aben B. Y. H. Romana, S. Kep, Ns., M. Kep  
NIP. 196711181989032001

Penguji II



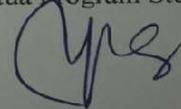
Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengetahui  
Ketua Program Studi



Margaretha Teli, S. Kep, Ns., MSc-PH  
NIP. 197707272000032002

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Novi Rede Dida  
Tempat Tanggal Lahir : Teriwu, 14 September 1998  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Liliba  
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD Negeri Teriwu Sabu Barat Tahun 2010
2. Tamat SMP Negeri Teriwu Sabu Barat Tahun 2013
3. Tamat SMA Negeri Satu Sabu Barat Tahun 2016
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan

### Motto

“ Jawaban sebuah keberhasilan adalah terus belajar dan tak kenal putus asa “

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. G. B dengan Diare di Ruang Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang” ini dapat tersusun dan selesai tepat waktu.

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dukungan dan bimbingan banyak didapat dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan lain-lain. Oleh karena itu, ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya disampaikan kepada :

1. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes selaku pembimbing dan juga sebagai Ketua Jurusan Keperawatan yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Aben B. Y. H. Romana, S.Kep., Ns, M. Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Maria Oni Betan, S.Kep., Ns, MPH selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing dengan sabar, memberikan dukungan dan motivasi selama 3 tahun proses perkuliahan.
4. Ibu R. H. Kristina, SKM., M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Keluarga tercinta Opa Dju Ae, Oma Nabile, Opa Ramelius Rede Dida, Bapa Jemi Radja, Mama Stefani Rade Lawa, adik Robertoh Rede Dida, Yunita Radja, Nofrianto Rede Dida, Marni Rede Dida dan seluruh keluarga yang selalu mendukung dalam perkuliahan.
6. Sahabat Semua (Merlince Ke, Ebi Bunga, Tabita Huki, Sarlin Jega, Sylvia Bire, Trisna Hendrawati, Maria Pires, Yuliana Mangngi, Yoseph Tade, Soleman Bunga, Sifra Lulu Mola, Enda Malo, Kesia Pono, Dikha Nguru)

yang selalu mendukung dan memotivasi penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah sehingga selesai dengan baik.

7. Teman-teman KAP 25 terkhususnya Kelas Reguler III B yang selalu menemani hingga studi kasus ini selesai dengan baik.

Akhir kata Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat diharapkan dalam penyempurnaannya.

Kupang, 12 Juni 2019

Penyusun

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Pada An. G. B Dengan Diare Di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kota Kupang.**

**Oleh: Novi Rede Dida**

**Latar Belakang:** Diare adalah meningkatnya frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali dalam sehari yang disertai perubahan konsistensi tinja cair, lendir atau darah. Dampak yang terjadi pada penderita diare : Dehidrasi, hipokalemia, hipoglikemia, malnutrisi energy protein. Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik.

**Tujuan:** Untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada An. G. B dengan Diare di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kota Kupang.

**Hasil:** Hasil pengkajian didapatkan data turgor kulit tidak elastic, rewel, perut kembung, bising usus 39 x/menit. Diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan. Intervensi yang diterapkan pada pasien monitoring cairan, implementasi yang dilakukan pemberian cairan intravena dan oral. Evaluasi buang air besar 1 kali dalam sehari, turgor kulit elastic, minum dengan lahap, rewel, masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

**Kesimpulan:** Asuhan keperawatan pada An. G. B dengan Diare dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. Semua masalah keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan di atas dapat dilaksanakan secara optimal.

**Saran:** Bagi perawat yaitu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit Diare dan memfasilitasi pasien dalam melakukan perawatan diri selama di Rumah Sakit. Saran bagi pasien dan keluarga yaitu menjalani terapi pengobatan dengan teratur sehingga mempercepat proses penyembuhan, melakukan perawatan diri sesuai teori yang diterapkan selama perawatan dan berpartisipasi dalam menjaga asupan cairan.

**Kata Kunci:** Diare, Asuhan Keperawatan

## DAFTAR ISI

Hal Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Pernyataan Keaslian Tulisan .....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Lembar Pengesahan .....	v
Biodata .....	vi
Kata Pengantar .....	vii
Abstrak .....	ix
Daftar Isi .....	x
Daftar Bagan .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar .....	1
1.2. Tujuan .....	2
1.3. Manfaat .....	3
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Penyakit .....	4
2.1.1 Definisi .....	4
2.1.2 Klasifikasi .....	4
2.1.3 Etiologi .....	5
2.1.4 Patofisiologi .....	6
2.1.5 Manifestasi klinis .....	11
2.1.6 Pemeriksaan penunjang .....	11
2.1.7 Penanganan .....	12
2.1.8 komplikasi .....	12
2.1.9 Penatalaksanaan .....	13
2.1.10 Patwhay .....	21
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	

2.2.1	Pengkajian keperawatan .....	22
2.2.2	Diagnosa keperawatan .....	23
2.2.3	Intervensi keperawatan .....	24
2.2.4	Implementasi keperawatan .....	26
2.2.5	Evaluasi keperawatan .....	28

### **BAB 3 HASIL DAN PEMBAHASAN**

3.1	Studi kasus .....	30
3.1.1	Pengkajian keperawatan .....	30
3.1.2	Diagnosa keperawatan .....	32
3.1.3	Intervensi keperawatan .....	33
3.1.4	Implementasi keperawatan .....	34
3.1.5	Evaluasi keperawatan .....	36
3.2	Pembahasan.....	37
3.2.1	Pengkajian keperawatan .....	37
3.2.2	Diagnosa keperawatan .....	38
3.2.3	Intervensi keperawatan .....	39
3.2.4	Implementasi keperawatan .....	40
3.2.5	Evaluasi keperawatan .....	41
3.3	Keterbatasan penulis .....	41

### **BAB 4 PENUTUP**

4.1	Kesimpulan .....	42
4.1.1	Pengkajian keperawatan .....	42
4.1.2	Diagnosa keperawatan .....	42
4.1.3	Intervensi keperawatan .....	43
4.1.4	Implementasi keperawatan .....	43
4.1.5	Evaluasi keperawatan .....	44
4.2	Saran .....	44

<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>45</b>
-----------------------------	-----------

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR BAGAN

Tabel 2.1 Penilaian derajat dehidrasi .....	10
Tabel 2.2 Pemberian Oralit .....	17
Tabel 2.3 Pemberian Cairan .....	18
2.1.8 Pathway Diare .....	21
3.1.1.1 Analisa Data .....	32

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Jadwal kegiatan
2. Format asuhan keperawatan Diare
3. Lembar konsultasi

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Diare adalah meningkatnya frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali sehari yang di sertai perubahan konsistensi tinja cair, lendir atau darah. Diare sampai dengan saat ini masih termasuk masalah kesehatan terbesar di dunia apalagi bagi negara berkembang karena angka kesakitan dan kematian yang masih tinggi. Penyakit menular merupakan perpaduan berbagai faktor yang saling mempengaruhi. Faktor tersebut terdiri dari lingkungan (environment), agen penyebab penyakit (agent), dan pejamu (host) (Wong, 2009).

Diare merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian di seluruh dunia dan semua kelompok usia dapat terserang di Dunia terdapat kurang lebih 500 juta anak yang menderita diare setiap tahunnya (Wong, 2009).

Di provinsi Nusa Tenggara Timur Pada bulan Januari 2017 penderita diare mencapai 929 kasus, terjadi penurunan pada bulan berikut, Februari 710 kasus, Maret 265 kasus dan bulan Juli terdapat 378 kasus. Tahun 2016 dari Januari sampai Juni di Kota Kupang penderita diare terdapat 400 kasus (Risksedas, 2018).

Penyakit diare untuk di RSUD Prof. W. Z. Johanes Kupang ruangan Kenanga 6 bulan terakhir ini terhitung dari bulan Desember tahun 2018 sampai bulan Mei tahun 2019 dengan jumlah kasus untuk bulan Desember 5 kasus, bulan Januari 5 kasus, bulan Februari 1 kasus, bulan Maret 3 kasus, bulan April 2 kasus, bulan Mei 1 kasus jumlah semua kasus terhitung dari bulan Desember tahun 2018 sampai bulan Mei 2019 17 kasus (Register Ruangan Kenanga, 2018).

Dampak yang terjadi pada penderita diare: dehidrasi terjadi gejala awal yang bisa diperhatikan adalah ubun-ubun bayi atau anak cekung, tidak mengeluarkan air mata ketika menangis, popok tetap kering setelah beberapa jam, kurang aktif, rewel, dan mudah mengantuk. Hipokalemia kondisi ketika kadar

kalium dalam darah berada di bawah batas normal. Hipoglikemia adalah kekurangan kadar gula plasma dan hipoglikemia bisa menyebabkan kerusakan pada otak dan kematian. Malnutrisi energi protein akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik (Hassan & Alatas, 2002).

Beberapa upaya yang dapat dilakukan pada pasien dengan diare di antaranya penuhi kebutuhan cairan tubuh pertolongan pertama diare yang bisa dilakukan adalah konsumsi minuman yang mengandung elektrolit seperti oralit. Oralit terdiri dari campuran air dengan gula dan garam yang berfungsi untuk menggantikan elektrolit. Sementara itu bayi atau anak dengan diare upayakan untuk tetap menyusui lebih sering. Konsumsi asupan yang tepat yaitu makanan yang rendah serat dan solid agar segera menyembuhkan penyakit diare (Wong, 2009).

Masalah keperawatan yang muncul yaitu: Kekurangan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Hipertermi, Gangguan pertukaran gas, Defisiensi pengetahuan, Resiko kerusakan integritas kulit (Sari, 2011 & NANDA, 2017).

Perawat mempunyai peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara mandiri dan kolaborasi dalam pemberian terapi, asupan cairan dan nutrisi, dan pelaksanaan tindakan baik bedah maupun non bedah dalam menangani masalah keperawatan yang dialami pasien.

Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk menyusun sebuah Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada An. G. B dengan Diare di Ruang Kenanga di RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang”.

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada An. G. B dengan Diare di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

- 1) Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada anak G. B dengan Diare di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- 2) Mengidentifikasi diagnose keperawatan pada anak G. B dengan Diare di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- 3) Mengidentifikasi intervensi keperawatan pada anak G. B dengan Diare di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- 4) Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada anak G. B dengan Diare di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
- 5) Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada anak G. B dengan Diare di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

### **1.3 Manfaat Penulisan**

#### **1.3.1 Manfaat teoritis**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat di gunakan sebagai bahan masukan dan tambahan bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada bidang ilmu keperawatan anak yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada kasus dengan Diare.

#### **1.3.2 Manfaat Praktis**

- 1) Bagi penulis

Dapat menambah, memperluas wawasan dan memberikan pengalaman langsung bagi penulis selanjutnya dalam melaksanakan praktek dan mengaplikasikan berbagai konsep teori dan konsep asuhan mengenai Diare.

- 2) Bagi institusi

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan literature bagi perpustakaan dan pedoman untuk studi kasus selanjutnya.

- 3) Bagi lahan praktek

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diare.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit**

##### **2.1.1 Definisi**

Diare adalah peningkatan frekuensi atau penurunan konsistensi feses. Diare pada anak dapat bersifat akut atau kronik (Carman, 2016)

Diare merupakan gejala yang terjadi karena kelainan yang melibatkan fungsi pencernaan, penyerapan dan sekresi. Diare di sebabkan oleh transportasi air dan elektrolit yang abnormal dalam usus (Wong, 2009).

Diare adalah peradangan pada lambung, usus kecil dan usus besar dengan berbagai kondisi patologis dari saluran gastrointestinal dengan manifestasi di sertai muntah-muntah atau ketidaknyaman abdomen (Muttaqin & Sari, 2011).

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Menurut Wong, (2009) Diare dapat diklasifikasikan menjadi:

- a. Diare akut merupakan penyebab utama keadaan sakit pada anak-anak balita. Diare akut didefinisikan sebagai keadaan peningkatan dan perubahan tiba-tiba frekuensi defekasi yang sering disebabkan oleh agen infeksius dalam traktus GI. Diare akut biasanya sembuh sendiri (berlangsung kurang dari 14 hari) dan akan mereda tanpa terapi yang spesifik jika dehidrasi tidak terjadi. Diare infeksius akut (Gastroenteritis Infeksiosa) dapat disebabkan oleh virus, bakteri dan parasit yang patogen.
- b. Diare kronis sebagai keadaan meningkatnya frekuensi defekasi dan kandungan air dalam feses dengan (lamanya sakit lebih dari 14 hari). Kerap kali diare kronis terjadi karena keadaan kronis seperti sindrom malabsorpsi, penyakit inflamasi usus, defisiensi kekebalan, alergi makan,

intoleransi laktosa, atau diare nonspesifik yang kronis, atau sebagai akibat dari penatalaksanaan diare akut yang tidak memadai.

- c. Diare intraktabel pada bayi merupakan sindrom yang terjadi pada bayi dalam usia beberapa minggu pertama serta berlangsung lebih lama dari 2 minggu tanpa ditemukannya mikroorganisme patogen sebagai penyebab dan bersifat resisten atau membandel terhadap terapi. Penyebab yang paling sering adalah diare infeksius akut yang tidak ditangani secara memadai.
- d. Diare kronis nonspesifik, yang juga dikenal dengan istilah kolon iritabel Pada anak atau diare toddler, merupakan penyebab diare kronis yang sering dijumpai pada anak-anak yang berusia 6 hingga 54 minggu. Anak-anak ini memperlihatkan feses yang lembek yang sering disertai partikel makanan yang tidak tercerna, dan lamanya diare melebihi 2 minggu. Anak-anak yang menderita diare kronis nonspesifik ini akan tumbuh secara normal dan pada anak-anak ini tidak terdapat gejala malnutrisi dan tidak ada darah dalam fesesnya serta tidak tampak infeksi enterik.

### **2.1.3 Etiologi**

Penyebab utama diare akibat virus adalah rotasi virus banyak organisme yang menyebabkan diare akibat bakteri, yaitu campylobacter, shigella, salmonella, staphylococcus aureus dan escherichia coli. Salah satu agen parasit yang paling sering menyebabkan diare pada anak. Kebanyakan organisme patogen penyebab diare disebarkan lewat jalur fekal, oral melalui makanan atau air yang terkontaminasi atau ditularkan antar manusia dengan kontak yang erat. Kurangnya air bersih, tinggal berdesakan, hygiene yang buruk, kurang gizi dan merupakan faktor resiko utama, khususnya untuk terjangkit infeksi bakteri atau parasit yang patogen (Akton, 2014).

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Menurut Muttaqin & Sari (2011) secara umum kondisi peradangan pada gastrointestinal disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin dan atau memproduksi sitotoksin. Mekanisme ini menghasilkan peningkatan sekresi cairan atau menurunkan absorpsi cairan sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit.

Mekanisme dasar yang menyebabkan diare meliputi hal-hal sebagai berikut:

- 1) Gangguan osmotik, kondisi ini berhubungan dengan asupan makanan atau zat yang sukar diserap oleh mukosa intestinal dan akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.
- 2) Respons inflamasi mukosa, terutama pada seluruh permukaan intestinal akibat produksi enterotoksin dari agen infeksi memberikan respons peningkatan aktivitas sekresi air dan elektrolit oleh dinding usus ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
- 3) 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.

Usus halus menjadi bagian absorpsi utama dan usus besar melakukan absorpsi air yang akan membuat solid dari komponen feses, dengan adanya gangguan dari gastroenteritis akan menyebabkan absorpsi nutrisi dan elektrolit oleh usus halus, serta absorpsi air menjadi terganggu.

Selain itu, diare juga dapat terjadi akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung. Mikroorganisme tersebut berkembangbiak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare. Mikroorganisme memproduksi toksin. Enterotoksin yang di produksi agen bakteri (seperti E. Coli dan Vibrio cholera) akan memberikan efek langsung dalam peningkatan pengeluaran sekresi air ke dalam lumen gastrointestinal. Beberapa agen bakteri bisa memproduksi sitotoksin (seperti Shigella dysenteriae, vibrio parahaemolyticus, clostridium difficilr, enterohemorrhagic E. Coli) yang menghasilkan kerusakan sel-sel yang terinflamasi. Invasi enterosit dilakukan beberapa miktoba seperti Shigella, organisme campylobacter, dan enterovasif E. Coli yang menyebabkan terjadinya destruksi, serta inflamasi.

Pada manifestasi lanjut dari diare dan hilangnya cairan, elektrolit mamberikan manifestasi pada ketidakseimbangan asam basa dan gangguan sirkulasi yaitu terjadinya gangguan keseimbangan asama basa (metabolik asidosis). Hal ini terjadi karena kehilangan Na-bikarbonat bersama feses. Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga benda kotor tertimbun dalam tubuh dan terjadinya penimbunan asam laktat karena adanya anoreksia jaringan. Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (terjadi oliguria/anuria) dan terjadinya pemindahan ion Na dari cairan ekstraseluler ke dalam cairan intraseluler.

Respon patologis penting dari gastroenteritis dengan diare berat adalah dehidra, pemahaman perawat sangatlah penting mengenai bagaimana patofisiologi dehidrasi dapat membantu dalam menyusun rencana intervensi sesuai kondisi individu. Dehidrasi adalah suatu gangguan dalam keseimbangan air yang disebabkan output melebihi intake sehingga jumlah air pada tubuh berkurang. Meskipun yang hilang adalah cairan tubuh, tetapi dehidrasi juga disertai gangguan elektrolit. Dehidrasi dapat terjadi karena

kekurangan air (water deflection), kekurangan natrium (sodium deflection), serta kekurangan air dan natrium secara bersama-sama.

Kekurangan air atau dehidrasi primer (water deflection): pada peradangan gastroenteritis, fungsi usus besar dalam melakukan absorpsi cairan terganggu sehingga masuknya air sangat terbatas. Gejala-gejala khas pada dehidrasi primer adalah haus, saliva sedikit sekali sehingga mulut kering, oliguria sampai anuria, sangat lemah, serta timbulnya gangguan mental seperti halusinasi dan delirium. Pada stadium awal kekurangan cairan, ion natrium dan klorida ikut menghilang dengan cairan tubuh, tetapi akhirnya terjadi reabsorpsi ion melalui tubulus ginjal yang berlebihan sehingga cairan ekstrasel mengandung natrium dan klor berlebihan, serta terjadi hipertonisitas. Hal ini menyebabkan air keluar dari sel sehingga terjadi dehidrasi intrasel, inilah yang menimbulkan rasa haus. Selain itu, terjadi perangsangan pada hipofisis yang kemudian melepaskan hormon antidiuretik sehingga terjadi oliguria.

Dehidrasi sekunder (sodium depletion). Pada gastroenteritis, dehidrasi sekunder merupakan dehidrasi yang terjadi karena tubuh kehilangan cairan tubuh yang mengandung elektrolit. Kekurangan natrium sering terjadi akibat keluarnya cairan melalui saluran pencernaan pada keadaan muntah-muntah dan diare yang hebat. Akibat dari kekurangan natrium terjadi hipotonisitas ekstrasel sehingga tekanan osmotik menurun. Hal ini menghambat dikeluarkan hormon antidiuretik sehingga ginjal mengeluarkan air agar tercapai konsentrasi cairan ekstrasel yang normal. Akibatnya volume plasma dan cairan interstisial menurun. Selain itu, karena terdapat hipotonisitas ekstrasel, air akan masuk ke dalam sel. Gejala-gejala dehidrasi sekunder adalah muntah-muntah, sakit kepala, serta perasaan lesu dan lelah. Akibat turunnya volume darah, maka curah jantung pun menurun sehingga tekanan darah juga menurun dan filtrasi glomerulus menurun, kemudian menyebabkan terjadinya penimbunan nitrogen yang akan meningkatkan risiko gangguan keseimbangan asam basa dan hemokonsentrasi.

Diare dengan dehidrasi berat dapat mengakibatkan renjatan (syok) hipovolemik. Syok adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh defisien sirkulasi akibat disparitas (ketidakseimbangan) antara volume darah dan ruang vascular. Faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan ini adalah bertambahnya kapasitas ruang susunan vascular dan berkurangnya volume darah. Syok dibagi dalam syok primer dan syok sekunder. Pada syok primer terjadi defisiensi sirkulasi akibat ruang vascular membesar karena vasodilatasi. Ruang vaskular yang membesar mengakibatkan darah seolah-olah ditarik dan sirkulasi umum dan segera masuk ke dalam kapiler dan vena alat-alat dalam (visera). Pada syok sekunder terjadi gangguan keseimbangan cairan yang menyebabkan defisiensi sirkulasi perifer disertai jumlah volume darah yang menurun, aliran darah yang kurang, serta hemokonsentrasi dan fungsi ginjal yang terganggu. Sirkulasi yang kurang tidak langsung terjadi setelah adanya kena serangan/kerusakan, tetapi baru beberapa waktu sesudahnya, oleh karena itu disebut syok sekunder atau delayed shock. Gejala-gejalanya adalah rasa lesu dan lemas, kulit yang basah, kolaps vena terutama vena-vena supervisial, pernapasan dangkal, nadi cepat dan lemah, tekanan darah yang rendah, oliguria, dan terkadang disertai muntah. Faktor yang menyebabkan terjadinya disparitas pada gastroenteritis adalah karena volume darah berkurang akibat permeabilitas yang bertambah secara menyeluruh. Hal ini membuat cairan keluar dari pembuluh-pembuluh dan kemudian masuk ke dalam jaringan sehingga terjadi pengentalan (hemokonsentrasi) darah.

Tabel 2.1 Penilaian derajat dehidrasi

Penilaian	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi Ringan/Sedang	Dehidrasi Berat
1. Lihat: Keadaan umum  Mata Air mata mulut dan lidah dan  Rasa haus	Baik, sadar Normal  Tidak ada Basah Minum biasa  Tidak haus	Gelisa, rewel  Cekung Tidak ada Kering  Haus, ingin minum banyak	Lesu, lunglai atau sadar Sangat cekung dan kering Ada Sangat kering Malas minum atau tidak  Makan
2. Periksa Turgor kulit	Kembali cepat Tanpa dehidrasi	Kembali lambat  Dehidrasi ringan/sedang, kriteria	Kembali sangat lambat  Dehidrasi berat, criteria bila
3. Hasil pemeriksaan		Bila ada 1 tanda 1 atau lebih tanda lain	Ditambah 1  Atau lebih tanda lain.
4. Terapi	Rencana terapi A	Rencana terapi B	Rencan terapi C

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Menurut Kusuma (2016) Manifestasi klinis dapat di jadikan dua yaitu diare akut dan diare kronis:

- a. Diare akut
  - a) Buang air besar encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak dan nyeri perut
  - b) Nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut
  - c) Demam biasanya dalam menanggapi infeksi seperti virus atau infeksi bakteri atau peradangan karena penyakit
- b. Diare kronik
  - a) Penurunan berat badan dan napsu makan
  - b) Demam biasanya dalam menanggapi infeksi seperti virus atau infeksi bakteri atau peradangan karena penyakit
  - c) Dehidrasi tanda-tandanya hipotensi takikardi, denyut lemah

### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

Pada pasien yang dengan diare akan di perlukan pemeriksaan penunjang yaitu antara lain: pemeriksaan darah tepi lengkap (hemoglobin, hematokrit, leukosit, jumlah leukosit), kadar elektrolit serum, ureum dan kreatinin, pemeriksaan tinja (makroskopis dan mikroskopis, Ph dan kadar gula dalam tinja, Biakan dan resistensi feses (colok dubur)) dan foto x-ray abdomen. Pasien dengan diare karena virus biasanya mempunyai jumlah dan hitung jenis leukosit yang normal atau limfositosis. Pasien dengan infeksi bakteri terutama bakteri yang invasi ke mukosa, memiliki leukositosis dengan kelebihan darah putih. Neutropenia dapat timbul pada samnellosis. Ureum dan kreatinin diperiksa untuk mengetahui adanya kekurangan volume cairan dan mineral tubuh. Pemeriksaan tinja di lakukan untuk melihat adanya leukosit dalam tinja yang menunjukkan adanya infeksi bakteri, adanya telur cacing dan parasit dewasa. Pasien yang telah mendapatkan pengobatan antibiotik dalam

tiga bulan sebelumnya atau yang mengalami diare di rumah sakit sebaiknya di periksa tinja untuk pengukuran toksin *clostridium difficile*. Rektoskopi atau sigmoidoskopi perlu di pertimbangkan pada pasien-pasien yang toksik, pasien dengan diare berdarah atau pasien dengan diare akut persisten. Pada sebagian besar, sigmoidoskopi mungkin adekuat sebagai pemeriksaan awal (Wong, 2009).

### **2.1.7 Penanganan**

#### 1. Pemberian cairan

Pemberian cairan pada pasien diare dengan memperhatikan derajat dehidrasinya dengan keadaan umum.

#### 2. Dietetik

Pembinaan makanan dan minuman khusus pada pasien dengan tujuan penyembuhan dan menjaga kesehatan. Adapun hal yang perlu di perhatikan adalah:

a. Memberikan ASI

b. Memberikan bahan makanan yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral dan makanan yang bersih.

#### 3. Obat-obatan

a. Obat anti sekresi

b. Obat anti sparmolitik

c. Anti biotic (Nursalam, 2008)

### **2.1.8 Komplikasi**

Menurut Suhayono dalam (Nursalam, 2008) komplikasi yang dapat terjadi dari diare akut maupun kronis, yaitu:

#### 1. Kehilangan cairan dan elektrolit (terjadi dehidrasi)

Kondisi ini dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolic), karena:

- a. Kehilangan natrium bicarbonate bersama tinja.
  - b. Walaupun susu diteruskan, sering dengan pencernaan dalam waktu yang terlalu lama
  - c. Makanan diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik adanya hiperstaltik.
2. Gangguan sirkulasi
- Sebagai akibat diare dengan atau tanpa disertai muntah, maka dapat terjadi gangguan sirkulasi darah berupa renjatan atau syok hipovolemik. Akibat perfusi jaringan berkurang dan terjadi hipoksia, asidosis bertambah sehingga dapat mengakibatkan perdarahan di dalam otak, kesadaran menurun, dan bila tidak segera ditolong maka penderita meninggal.
3. Hiponatremia
- Anak dengan diare hanya minum air putih atau cairan yang hanya mengandung sedikit garam, dapat terjadi hiponatremi ( $\text{Na} < 130 \text{ mol/L}$ ). Hiponatremi sering terjadi pada anak dengan Shigellosis dan pada anak malnutrisi berat dengan oedema. Oralit aman dan efektif untuk terapi dari hampir semua anak dengan hiponatremi. Bila tidak berhasil, koreksi Na dilakukan bersamaan dengan koreksi cairan rehidrasi yaitu: memakai Ringer Laktat.

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Menurut Ngastiyah (2014) penatalaksanaan yaitu:

1. Penatalaksanaan Medis
  - a. Dehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan. Empat hal penting yang perlu diperhatikan.
    - 1) Jenis cairan: oral: pedialyte atau oralit, ricelyte. Parenteral: NaCl, isotonic, infuse RL
    - 2). Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan cairan yang dikeluarkan.
    - 3). Jalan masuk atau cairan pemberian

- a). Cairan per oral, pada pasien dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berisikan NaCl dan NaHCO<sub>3</sub>, KCL, dan glukosa.
- b). Cairan parenteral, pada umumnya cairan Ringer Laktat (RL) selalu tersedia di fasilitas kesehatan dimana saja. Mengenai beberapa banyak cairan yang diberikan tergantung dari berat ringan dehidrasi, yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

4). Jadwal pemberian cairan

Diberikan 2 jam pertama, selanjutnya dilakukan penilaian kembali status hidrasi untuk menghitung kebutuhan cairan. Identifikasi penyebab diare. Terapi sistemik seperti pemberian obat anti diare, obat anti motilitas dan sekresi usus, antimetik.

b. Pengobatan dietetic

Untuk anak dibawah 1 tahun dan anak diatas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg jenis makanan: susu (ASI atau susu formula yang mengandung laktosa rendah ada asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM. Almiron atau sejenis lainnya). Makan setengah padat (bubur) atau makan padat (nasi tim), bila anak tidak mau minum susu karena dirumah tidak biasa. Susu khusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan misalnya susu yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh

2. Penatalaksanaan keperawatan

a). Bila dehidrasi masih ringan

Berikan minum sebanyak-banyaknya, 1 gelas setiap kali setelah pasien defekasi. Cairan mengandung elektrolit, seperti oralit. Bila tidak ada oralit dapat diberikan larutan garam dan 1 gelas air matang yang agak dingin dilarutkan dalam satu sendok teh gula pasir dan 1 jumput garam dapur. Jika anak terus muntah tidak mau minum

sama sekali perlu diberikan melalui sonde. Bila cairan per oral tidak dapat dilakukan, dipasang infuse dengan cairan Ringer Laktat (RL) atau cairan lain (atas persetujuan dokter). Yang penting diperhatikan adalah apakah tetesan berjalan lancar terutama pada jam-jam pertama karena diperlukan untuk mengatasi dehidrasi.

b). Pada dehidrasi berat

Selama 4 jam pertama tetesan lebih cepat. Untuk mengetahui kebutuhan sesuai dengan yang diperhitungkan, jumlah cairan yang masuk tubuh dapat dihitung dengan cara:

- (1) Jumlah tetesan per menit dikali 60, dibagi 15/20 (sesuai set infuse yang dipakai). Berikan tanda batas cairan pada botol infuse waktu memantaunya.
- (2) Perhatikan tanda vital: denyut nadi, pernapasan, suhu.
- (3) Perhatikan frekuensi buang air besar anak apakah masih sering, encer atau sudah berubah konsistensinya.
- (4) Berikan minum teh atau oralit 1-2 sendok jam untuk mencegah bibir dan selaput lendir mulut kering.
- (5) Jika dehidrasi telah terjadi, infus dihentikan, pasien diberikan makan lunak atau secara realimentasi.

Penanganan diare lainnya yaitu dengan rencana terapi A, B, dan C sebagai berikut:

1. Rencana terapi A

Penanganan diarea rumah, dengan menjelaskan pada ibu tentang 4 aturan perawatan di rumah:

a. Beri cairan tambahan

1). Jelaskan pada ibu, untuk

- a). Beri ASI lebih sering dan lebih lama pada setiap kali pemberian.
- b). Jika anak memperoleh ASI Eksklusif, berikan oralit atau air matang sebagai tambahan.

c). Jika anak tidak memperoleh ASI Eksklusif, berikan 1 atau lebih cairan berikut ini: oralit, cairan makanan (kuah sayur, air tajin). Atau air matang.

Anak harus diberi larutan oralit dirumah jika:

a). Anak telah diobati dengan Rencana Terapi B atau C dalam kunjungan ini.

b). Anak tidak dapat kembali ke klinik jika diareanya bertambah parah.

Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit. Beri ibu 6 bungkus oralit (200 ml) untuk digunakan dirumah. Tunjukkan kepada ibu beberapa banyak oralit atau cairan lain yang harus diberikan setiap kali anak berak:

a). Sampai umur 1 tahun: 50 sampai 100 ml setiap kali berak.

b). Umur 1 sampai 5 tahun: 100smpai 200 ml setiap kali berak.

Katakan kepada ibu:

a). Agar meminum sedikit-sedikit tapi sering dari mangkuk/cairan/gelas.

b). Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian lanjutkan lagi lebih lambat.

c). Lanjutkan pemberian cairan tambahan sampai diare berhenti.

b. Beri tablet Zinc selama 10 hari.

c. Lanjutkan pemberian makanan

d. Kapan harus kembali konseling bagi ibu.

## 2. Rencana terapi B

Penanganan dehidrasi ringan/sedang dengan oralit. Berikan oralit di klinik sesuai yang dianjurkan selama periode 3 jam.

Tabel 2.2 Pemberian Oralit (Sumber: MTBS, 2015)

Umur	≤4 bulan	4 - ≤ 12 bulan	1 - < 2 tahun	2 - < 5 tahun
Berat	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12- 19 kg
Jumlah	200 -400	400-700	700 - 900	900-1400

- a). Tentukan jumlah oralit untuk 3 jam pertama
  - 1). Jika anak menginginkan, boleh diberikan lebih banyak dari pedoman diatas.
  - 2). Untuk anak berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusu, berikan juga 100-200 ml air matang selama periode ini.
- b). Tunjukkan cara memberikan larutan oralit
  - 1). Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir/gelas
  - 2). Jika anak muntah, tunggu 10 menit . Kemudian berikan lagi lebih lambat.
  - 3). Lanjutkan ASI selama anak mau
- c). Berikan tablet Zinc selama 10 hari berturut-turut
  - 1). Umur <6 bulan: 10 mg/hari
  - 2). Umur ≥6 bulan: 20 mg/hari
- d). Setelah 3 jam
  - 1). Ulangi penilaian dan klasifikasi kembali derajat dehidrasinya.
  - 2). Pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.
  - 3). Mulai memberi makan anak.
- e). Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan selesai
  - 1). Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit di rumah
  - 2). Tunjukkan beberapa banyak oralit yang harus diberikan dirumah untuk menyelesaikan 3 jam pengobatan.
  - 3). Beri oralit yang cukup untuk dehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi
  - 4). Jelas 4 aturan perawatan diare dirumah (lihat rencana terapi A).

### 3. Rencana terapi C

Penanganan dehidrasi berat dengan cepat, yaitu dengan:

- a. Memberikan cairan intravena secepatnya. Jika anak bisa minum, beri oralit melalui mulut sementara infuse dipersiapkan. Beri ml/kg cairan Ringer Laktat atau jika tersedia, gunakan cairan NaCl yang dibagi sebagai berikut

Tabel 1.3 Pemberian cairan (Sumber: MTBS, 2015)

Umur	Pemberian Pertama 30 mg ml/kg selama	Pemberian Berikut 70 mg ml/kg selama
Bayi (dibawah umur 12 bulan)	1 jam	5 jam
Anak (12 bulan sampai 5 tahun)	3 menit	2 jam

Ulangi sekali lagi jika denyut nadi sangatlah lemah atau tidak teraba

- b. Periksa kembali anak setiap 15-30 menit. Jika nadi belum teraba, beri tetesan lebih cepat.
- c. Beri oralit (kira-kira 5 m/kg/jam) segera setelah anak mau minum: biasanya sesudah 3-4 jam (bayi) atau 1-2 jam (anak) dan beri juga tablet Zinc.
- d. Periksa kembali bayi sesudah 6 jam atau anak sesudah 3 jam. Klasifikasi dehidrasi dan pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.
- e. Rujuk segera untuk pengobatan intravena, jika tidak ada fasilitas untuk pemebrian cairan intravena terdekat (dalam 30 menit).
- f. Jika anak bisa minum, bekali ibu larutan oralit dan tunjukkan cara

- meminumkan pada anaknya sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan menuju klinik.
- g. Jika perawat sudah terlatih menggunakan pipa orogastik untuk rehidrasi, mulailah melakukan rehidrasi dengan oralit melalui pipa nasogastrik atau mulut: beri 20 ml/kg/jam selama 6 jam (total 120 ml/kg).
- h. Periksa kembali anak setiap 1-2 jam:
- 1). Jika anak muntah terus atau perut makin kembung, beri cairan lebih lambat.
  - 2). Jika setelah 3 jam keadaan hidrasi tidak membaik, rujuk anak untuk pengobatan intravena.
- i. Sesudah 6 jam, periksa kembali anak. Klasifikasi dehidrasi. Kemudian tentukan rencana terapi sesuai (A, B, atau C) untuk melanjutkan pengobatan.
4. Pemberian tablet Zinc untuk semua penderita diare
- a. Pastikan semua anak yang menderita diare mendapatkan tablet Zinc sesuai dosis dan waktu yang telah ditentukan.
  - b. Dosis tablet Zinc (1 tablet – 20 mg). berikan dosis tunggal selama 10 hari
    - 1). Umur < 6 bulan: . tablet
    - 2). Umur  $\geq$  6 bulan: 1 tablet
  - c. Cara pemberian tablet Zinc
    - 1). Larutan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut) 30 detik), segera berikan kepada anak.
    - 2). Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet Zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.
    - 3). Ingatkan ibu untuk memberikan tablet Zinc setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti, karena Zinc

selain memberi pengobatan juga dapat memberikan perlindungan terhadap diare selama 2-3 bulan ke depan.

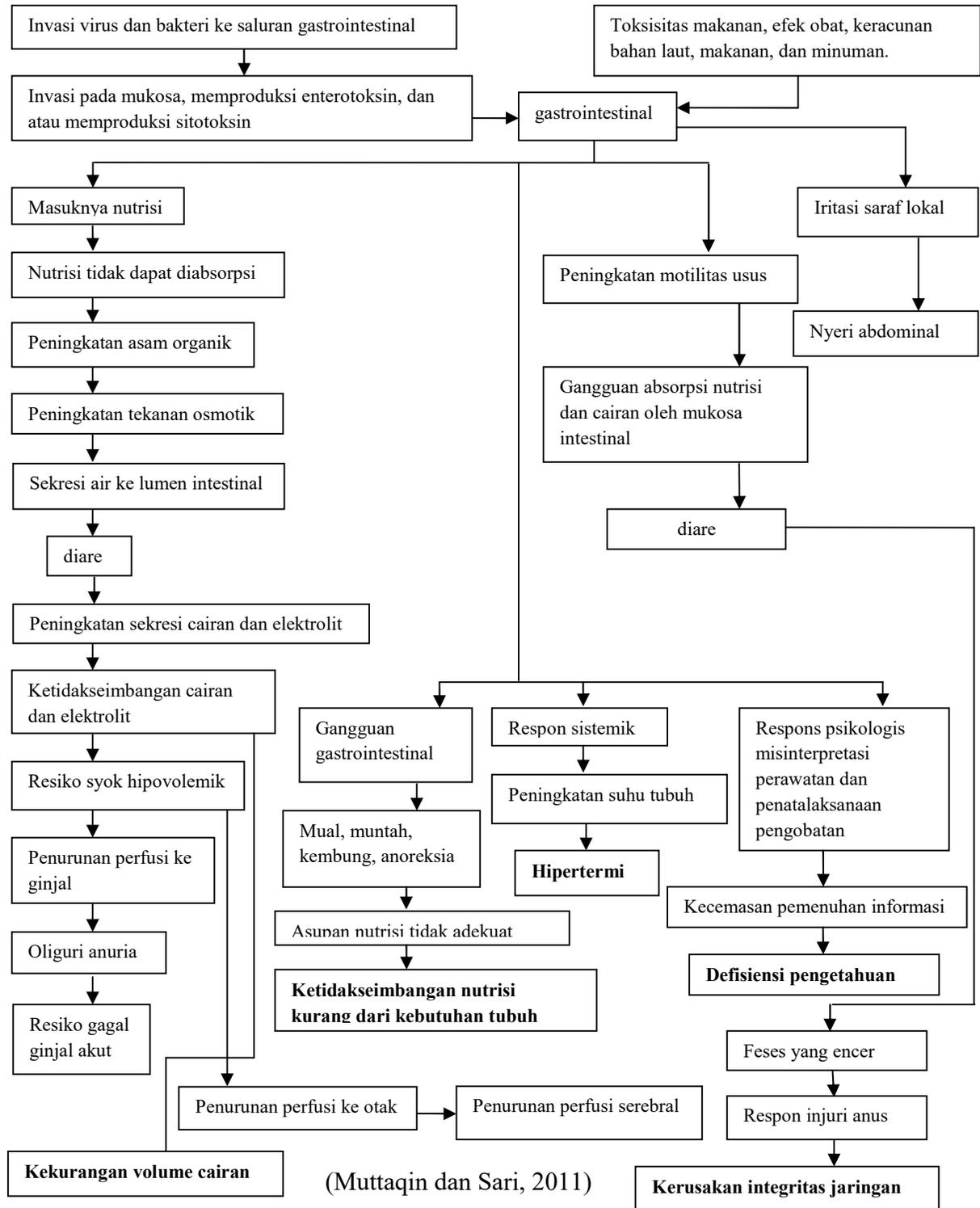
#### 5. Pemberian Probiotik Pada Penderita Diare

Probiotik merupakan mikroorganisme hidup yang diberikan sebagai suplemen makanan yang memberikan pengaruh menguntungkan pada penderita dengan memperbaiki keseimbangan mikroorganisme usus, akan terjadi peningkatan kolonisasi bakteri probiotik di dalam lumen. Saluran cerna. Probiotik dapat meningkatkan produksi musin mukosa usus sehingga meningkatkan respons imun alami (innate immunity). Probiotik menghasilkan ion hidrogen yang menurunkan pH usus dengan memproduksi asam laktat sehingga menghambat pertumbuhan bakteri pathogen. Probiotik saat ini banyak digunakan sebagai salah satu terapi suportif diare akut. Hal ini berdasarkan perannya dalam menjaga keseimbangan flora usus normal yang mendasari terjadinya diare. Probiotik aman dan efektif dalam mencegah dan mengobati diare akut pada anak

#### 6. Kebutuhan nutrisi

Pasien yang menderita diare biasanya juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisinya menjadi kurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika, pasien mengalami. Muntah-muntah atau diare lama, keadaan ini menyebabkan makin menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat timbul komplikasi. Pada pasien yang menderita malabsorpsi pemberian jenis makan yang menyebabkan malabsorpsi harus dihindarkan. Pemberian makanan harus mempertimbangkan umur berat badan dan kemampuan anak menerimanya. Pada umumnya anak umur 1 tahun sudah bisa makan makanan biasa, dianjurkan makan bubur tanpa sayuran pada saat masih diare, dan minum teh. Besoknya jika kondisinya telah membaik boleh diberi wortel, daging yang tidak berlemak.

## 21.8 Patwhay Diare



## **2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan dengan cara anamnesa terlebih dahulu yaitu nama klien, umur, alamat, tanggal masuk, nama penanggung jawab, pekerjaan, agama. Riwayat kesehatan masa lalu, riwayat keluarga, riwayat kesehatan psikososial. Keluhan utama yang lazim didapatkan adalah diare dengan peningkatan frekuensi dan feses menjadi cair. Keluhan lain yang menyertai muntah, demam, nyeri abdomen, kondisi feses yang encer, lender dan darah. Pengkajian riwayat dihubungkan dengan epidemiologi merupakan pengkajian penting dalam menentukan penyebab, rencana intervensi, dan factor resiko yang mungkin terjadi. Riwayat keracunan makanan atau kontak dengan makanan yang mungkin terkontaminasi dan kontak dengan hewan yang diketahui sebagai sumber infeksi enterik akan memberikan manifestasi peradangan akut gastrointestinal yang dapat berbahaya sehingga harus dilakukan dalam kondisi rehidrasi cairan. Riwayat alergi penggunaan obat pencahar atau antibiotic atau konsumsi makanan yang banyak mengandung sorbitol dan fruktosa. Pada pengkajian psikososial pasien biasanya mengalami kecemasan dan pasien memerlukan pemenuhan informasi tentang pendidikan kesehatan. pemeriksaan lain yang penting adalah pemeriksaan kolaboratif untuk menentukan status dehidrasi esensialnya merupakan pemeriksaan medis untuk dehidrasi. Pemeriksaan status dehidrasi esensial merupakan pemeriksaan medis untuk menentukan kebutuhan pengganti cairan dalam pemenuhan hidrasi, tetapi pada kondisi klinik perawat yang dapat melakukan perhitungan skor dapat melakukan peran kolaboratif dalam menentukan jumlah cairan yang akan di berikan (Muttaqin & Sari, 2011).

Pemeriksaan fisik pada diare di mulai dengan inspeksi kaji dehidrasi pada anak yang mengalami diare. Observasi penampilan umum dan warna kulit anak. Pada dehidrasi ringan, anak dapat tampak normal. Pada dehidrasi sedang mata mengalami penurunan produksi air mata atau lingkaran mata

cekung. Membran mukosa juga dapat kering. Status mental dapat diperburuk dengan dehidrasi sedang hingga berat, yang di buktikan dengan lesu atau latergi. Kulit mungkin tidak elastic atau menunjukkan kekenduran, menandai kuranya hidrasi. Distensi abdomen atau kecekungan mungkin muncul. Haluaran urin juga dapat menurun jika anak mengalami dehidrasi. Haluaran feses dapat digunakan untuk mengkaji warna dan konsistensi. Inspeksi area perineal anal untuk adanya kemerahan atau ruam yang berkaitan dengan peningkatan volume dan frekuensi defeksi. Auskultasi bising usus untuk mengkaji adanya bising usus hipoaktif atau hiperaktif. Bising usus hipoaktif dapat mengindikasikan obstruksi atau peritonitis. Bising usus hiperaktif dapat mengindikasikan diare/gastrointestinal. Perkusi abdomen perhatikan adanya abnormalitas. Adanya abnormalitas pada pemeriksaan untuk diagnosis diare akut atau kronik dapat mengindikasikan proses patologis. Palpasi nyeri tekan pada kuadran bawah dapat berkaitan dengan gastroenteritis. Nyeri pantul atau nyeri tidak ditemukan saat palpasi. Jika di temukan hal ini dapat di mengindikasikan apendisitis atau peritonitis (Carman, 2016).

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada pasien dengan Diare menurut Muttaqin (2011) & NANDA (2017).

Diagnosa: Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Definisi: Penurunan cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraselular. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan kadar natrium. Domain: 2 Nutrisi. Kode: (00027). Kelas: 5 Hidrasi.

Diagnosa: Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Domain: 2 Nutrisi. Kode: (00002). Kelas: 1 makan.

Diagnosa: Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. Definisi: Suhu inti tubuh di atas kisaran normal diurnal karena kegagalan termoregulasi. Domain: 10 Prinsip hidup. Kode: (00007). Kelas: 6 Termoregulasi.

Diagnosa: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. Definisi: kelebihan atau defisit oksigenasi dan atau eliminasi karbon dioksida pada membrane alveolar-kapilar. Domain: 3 Eliminasi dan pertukaran. Kode: (00030). Kelas: 4 Fungsi respirasi.

Diagnosa: Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan. Definisi: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu. Domain: 5 Persepsi/kognisi. Kode: (00126). Kelas: 4 kognisi.

Diagnosa: Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. Definisi: Rentan mengalami kerusakan epidermis dan atau dermis, yang dapat mengganggu kesehatan. Domain: 11 keamanan/perlindungan. Kode: (00047). Kelas: 2 cedera fisik.

### **2.2.3 Intervensi Keperawatan**

Diagnosa: Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. NOC: keseimbangan cairan. Kode: 0601. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien akan. 1. Denyut nadi radial, 2. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, 3. Berat badan stabil, 4. Turgor kulit, 5. Kelembaban membran mukosa. Kriteria hasil: 1. Mempertahankan urin output sesuai dengan berat badan dan usia, 2. Vital sign dalam batas normal, 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi. NIC: 1). Pertahankan status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) dan observasi keadaan umum, 2). Monitor vital sign, 3). Monitor tetesan infuse, 4). Anjurkan orang tua untuk menambah intake oral.

Diagnosa: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. NOC: Status Nutrisi : makanan dan cairan. Kode: 1008. Setelah di lakukan tindakan selama 45 menit pasien akan. 1. Asupan makanan secara oral, 2. Asupan cairan secara oral. Kriteria Hasil: 1. Adanya peningkatan berat badan, 2. Tidak ada tanda malnutrisi, 3. Tidak terjadi penurunan berat badan. NIC: 1) Kaji adanya alergi makanan, 2) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C, 3) Yakinkan diet yang di makan mengandung tinggi serat untuk mencegah kontipasi, 4) Monitor adanya penurunan berat badan, 5) Monitor turgor kulit dan kulit kering, 6) Monitor mual muntah.

Diagnosa: Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. NOC: Termoregulasi. Kode: 0800. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 15 menit pasien akan. 1. Penurunan suhu kulit, 2. Melaporkan kenyamanan suhu. Kriteria hasil: 1. Suhu tubuh dalam batas normal, 2. Nadi dan RR dalam rentang normal, 3. Tidak ada perubahan warna kulit. NIC: 1) Monitor suhu sesering mungkin, 2) Monitor warna kulit dan suhu kulit, 3) Monitor tekanan darah, nadi, RR, 4) Monitor tingkat kesadaran, 5) Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila.

Diagnosa: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi. NOC: Status pernafasan: Pertukaran gas. Kode: 0402. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 45 menit pasien akan. 1. Saturasi oksigen, 2. Keseimbangan ventilasi dan perfusi. NIC: 1. Monitor tanda-tanda vital, 2. Manajemen jalan napas buatan, 3. Pencegahan aspirasi.

Diagnosa: Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan. NOC: Knowledge: disease proses. Kode: 1803. Setelah di lakukan tindakan selama 60 menit pasien akan. 1. Faktor penyebab, 2. tanda dan gejala penyakit, 3. Proses perjalanan penyakit, 4. Komplikasi penyakit. Kriteria Hasil: 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman

tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. NIC: 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik, 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat, 3) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat, 4) Hindari jaminan yang kosong, 5) Sediakan bagi keluarga atau informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat, 6) Diskusikan perubahan gaya hidup, 7) Yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit.

Diagnosa: Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. NOC: Integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa. Kode: 1101. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien akan. 1. Elastisita, 2. Intregitas kulit, 3. Perfusi jaringan. Kriteria Hasil: 1. Tidak ada luka atau lesi pada kulit, 2. Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (elastic, temperatur). NIC: 1) Perawatan perineal, 2) Monitor tanda-tanda vital, (Moorhead Sue, 2016) dan (Bulechek M. Gloria, 2016).

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Menurut Wong (2009) Penatalaksanaan sebagian besar kasus diare akut dapat dilaksanakan di rumah dengan pemberian pendidikan yang benar kepada pengasuh anak tentang penyebab diare, komplikasi yang potensial, dan terapi yang tepat. Pengasuh anak diajarkan untuk memantau tanda-tanda dehidrasi, khususnya jumlah popok yang basah atau frekuensi berkemih, memantau cairan yang masuk lewat mulut, dan menilai frekuensi defekasi serta jumlah cairan yang hilang lewat feses. Pendidikan yang berhubungan dengan terapi rehidrasi oral, termasuk pemberian cairan rumatan dan penggantian kehilangan cairan

yang tengah berlangsung, merupakan masalah yang penting. Oralit harus diberikan sedikit demi sedikit tetapi sering. Vomitus bukan kontraindikasi bagi pemberian oralit kecuali jika gejala vomitusnya sangat besar. Informasi tentang pemberian terus makanan yang biasa dimakan merupakan materi yang esensial. Orang tua perlu mengetahui bahwa pada dasarnya jumlah feses akan sedikit lebih meningkat ketika kita meneruskan pemberian makanan yang biasa dimakan anak dan meneruskan pemberian cairan untuk menggantikan yang hilang lewat feses. Manfaat yang berupa hasil akhir status gizi yang lebih baik dengan lebih sedikitnya komplikasi dan lebih pendeknya lama (durasi) sakit lebih besar dari pada kerugian akibat peningkatan frekuensi defekasi yang potensial terjadi. Kekhawatiran orang tua harus dieksplorasi agar timbul kepatuhan dalam diri mereka untuk mengikuti rencana penanganannya.

Jika anak diare akut dan dehidrasi dirawat di rumah sakit, penimbangan berat badannya harus dikerjakan dengan akurat di samping dilakukannya pemantauan asupan dan haluaran cairan yang cermat. Anak dapat memperoleh terapi cairan parenteral tanpa pemberian apapun lewat mulut (puasa) selama 12 hingga 48 jam. Pemantauan pemberian cairan infuse merupakan fungsi primer keperawatan, dan perawat harus yakin bahwa cairan serta elektrolit yang diberikan lewat infus tersebut sudah memiliki konsentrasi yang benar, kecepatan tetesan harus diatur untuk memberikan cairan dengan volume yang dikehendaki dalam periode tertentu dan lokasi pemberian infuse harus dijaga.

Pengukuran keluaran cairan yang akurat merupakan tindakan esensial guna menentukan apakah aliran darah renalnya cukup memadai untuk memungkinkan penambahan kalium ke dalam cairan infus. Perawat bertanggung jawab atas pemeriksaan feses dan pengambilan specimen bagi pemeriksaan laboratorium. Perawat harus berhati-hati ketika mengambil dan mengirimkan specimen feses untuk mencegah kemungkinan terjadinya penularan infeksi. Specimen feses harus dibawa ke laboratorium dalam wadah dan media yang tepat menurut kebijakan rumah sakit. Tong spatel yang bersih

dapat digunakan untuk mengambil specimen pemeriksaan laboratorium atau dipakai sebagai aplikator untuk memindahkan specimen tersebut ke dalam media kultur. Pemeriksaan pH, darah, dan zat preduksi dapat dilaksanakan di unit perawatan.

Feses pasien diare bersifat sangat iritatif bagi kulit. Karena itu, perawatan kulit di daerah popok harus dilaksanakan dengan ekstra hati-hati untuk melindunginya terhadap kemungkinan ekskoriasi. Tindakan mengukur suhu rectum harus dihindari karena dapat menstimulasi usus sehingga meningkatkan frekuensi defekasi.

Dukungan bagi anak dan keluarga meliputi perawatan dan perhatian seperti yang diberikan kepada semua anak yang dirawat di rumah sakit. Orang tua harus terus memperoleh informasi mengenai perkembangan kondisi anaknya dan mendapatkan informasi mengenai kebiasaan tertentu yang perlu diperhatikan seperti membasuh tangan dan menyingkirkan popok bekas, pakaian serta linen tempat tidur (seprei, sarung bantal, selimut, dll) yang kotor dan benar. Setiap orang yang mengasuh anak diare harus memahami mana daerah yang "bersih" dan mana daerah yang "kotor" khususnya di dalam rumah sakit, karena kamar cuci digunakan untuk banyak keperluan. Popok dan seprei linen yang kotor harus dimasukkan ke dalam wadah yang disediakan di dekat tempat tidur pasien.

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan adalah sebagai berikut: Melaporkan pola defekasi normal, mempertahankan keseimbangan cairan dengan mengonsumsi cairan peroral dengan adekuat, melaporkan tidak ada kelelahan dan kelemahan otot, menunjukkan membrane mukosa lembap dan turgor jaringan normal, mengalami keseimbangan intake dan output, mengalami berat jenis urine normal, mengalami penurunan tingkat ansietas, mempertahankan integritas kulit. Mempertahankan kulit tetap bersih

setelah defekal. Tidak mengalami komplikasi, elektrolit tetap dalam rentang normal, tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ada distritmia atau perubahan dalam tingkat kesadaran (Wong, 2009).

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.2 Studi Kasus**

##### **3.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian pada An. G. B dengan diagnosa medis gastroenteritis No. RM 458292 jenis kelamin laki-laki dan lahir pada tanggal 30 Januari 2018 masuk Rumah Sakit Umum (IGD) pada tanggal 28 Mei 2019 jam 01:10 WITA dan pindah keruangan Kenanga pada tanggal 28 Mei 2019 jam 11:00 WITA dan melakukan pengkajian pada tanggal 28 Mei 2019 jam 11:20 WITA nama orang tua Ny. M. B alamat di Fatufeto.

Keluhan utama: Keluarga pasien mengatakan buang air besar sudah 4 kali dalam sehari. Riwayat penyakit sekarang: Sebelum masuk rumah sakit pasien buang air besar 7 kali dalam sehari dengan konsistensi encer, lendir, mual-mual dan muntah 3 kali dalam sehari kemudian pasien di bawa ke Rumah Sakit Umum. Keadaan umum pasien tampak sakit sedang dengan Glasgow coma scale E: 4, V: 5, M: 6 jumlah 15 kesadaran Composmentis, tanda – tanda vital: nadi 124 x/menit, suhu 37,7°C, pernapasan 24x/menit.

Riwayat kehamilan: Selama hamil ibu pasien melakukan pemeriksaan kehamilan di klinik dokter praktek dua kali dan pemeriksaan di pustu Fatufeto sebanyak 7 kali. Selama dalam pemeriksaan kehamilan ibu pasien tidak mengalami sakit hanya saja ibu pasien mengalami mual-mual dan muntah karena bawaan hamil. Pasien di lahirkan di Rumah Sakit SK Lerik Kupang pada tanggal 30 Januari 2018 dan di tolong oleh dokter dan bidan dengan jenis persalinan spontan usia kehamilan 36 minggu dengan berat badan lahir 3,900 gram dan panjang badan lahir 52 cm saat lahir bayi langsung menangis. Setelah dilahirkan pasien mendapat ASI sampai sekarang 1 tahun 3 bulan dan mendapatkan MP-ASI dari sejak lahir sampai sekarang 1 tahun 3 bulan karena ASI sedikit. Riwayat masa lalu: Pasien dari kecil tidak pernah mengalami sakit

pasien juga sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap dan yang belum tinggal imunisasi campak lanjutan.

Riwayat keluarga: keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita gastroenteritis yang sama ke pasien. Riwayat sosial: orang yang mengasuh yaitu orang tua kandung sendiri, hubungan dengan anggota keluarga baik, hubungan dengan teman sebaya juga baik pembawaan secara umum juga baik dan lingkungan rumah bersih. Kebutuhan dasar nutrisi: semua makanan suka An. G. B suka selera makan juga baik alat-alat makan yang digunakan piring sendok pola makan baik dan biasa makan jam 05:30, 12:00, 18:00. Istirahat tidur : pola tidur baik dan kebiasaan pasien sebelum tidur tidak ada jam tidur siang jam 11:00 lama tidur siang 5 jam dan tidur malam jam 20:00 dan lama tidur 8 jam. Personal hygiene: pasien mandi 2 kali sehari, keramas 2 kali gunting kuku 2 kali dalam seminggu. Aktivitas bermain: baik dan aktif. Eliminasi (urin dan bowel) biasa 2 kali BAB dalam sehari dan BAK 6 kali dalam sehari. Terapi: terpasang IVFD RL 500 cc/24 jam, 6 tpm terpasang di kaki kanan. Obat yang di dapat Zinc 1x20 mg/oral, L-Bio 1x1/oral dan Akvitas baik. Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 28 mei 2019 jam 01:29 jenis pemeriksaan hemoglobin 12,3 g/dL; jumlah eritrosit 4,99  $10^6/uL$ ; hematokrit 34,2 %; MCV 68,5 fL; jumlah leukosit 13,55  $10^6/uL$ ; natrium darah 141 mmol/L; kalium darah 4,0 mmol/L; klorida darah 109 mmol/L; calcium ion 1.330 mmol/L; total calcium 2.8 mmol/L.

Pemeriksaan fisik: keadaan umum sakit sedang, tinggi badan 86 cm, berat badan saat ini 10 kg berat badan sebelum sakit 10 kg dan berat badan ideal 12,6 kg. Kepala: lingkar kepala 45 cm, leher tidak kaku kuduk tidak ada pembesaran kelenjar limfe, konjungtiva merah muda, sklera putih, telinga bersih tidak ada gangguan pendengaran, hidung tidak ada secret, mukosa lembab, gigi bersih, dada simetris lingkar dada 50 cm jantung normal tidak ada pembesaran jantung paru-paru normal, abdomen kembung, bising usus 39 x/menit, ada mual preputium bersih, hipospadia tidak ada, skrotum kiri kanan,

tidak ada pemasangan kateter, anus bersih dan ada kemerahan, pergerakan sendi bebas, berjalan normal, kekuatan otot normal dan keterampilan motorik baik. Informasi lain: pengetahuan orang tua tidak tahu tentang penyakit mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi. Presepsi orang tua terhadap penyakit anaknya ingin anak cepat sembuh supaya bisa bermain dan beraktivitas seperti biasa.

### 3.2.2 Diagnosa Keperawatan

#### Analisa Data

No.	Data-data	Masalah	Penyebab
1.	DS: Keluarga pasien mengatakan buang air besar sudah 4 kali dalam sehari dengan konsistensi encer dan di sertai lender.  DO: Pasien tampak minum dengan lahap (haus), turgor kulit tidak elastic, rewel, perut kembung, bising usus 39 x/menit. Suhu 37,7 °C. Terpasang IVFD RL 1000 cc/24 jam, 12 tpm, terpasang di kaki kanan.	Kekurangan volume cairan	Kehilangan cairan aktif
2.	DS: Keluarga pasien mengatakan anak demam.  DO: Kulit teraba hangat, suhu tubuh 37,7 °C.	Hipertermi	Proses inflamasi
3.	DS: Keluarga pasien mengatakan sering buang air besar	Resiko kerusakan	Kelembapan

	DO: Pasien tampak sekitar area perineal (anus) tampak kemerahan, pasien menggunakan pempres yang ketat.	integritas kulit	
--	---	------------------	--

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang telah di kaji dan menetapkan masalah, penyebab dan data penunjang. Maka diagnosa keperawatan yang di temukan adalah:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
2. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi
3. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan

### 3.2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa: Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. NOC: keseimbangan cairan. Kode: 0601. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien akan. 1. Denyut nadi radial lambat, 2. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, 3. Berat badan stabil, 4. Turgor kulit, 5. Kelembaban membrane mukosa. Kriteria hasil : 1. Mempertahankan urin output sesuai dengan berat badan dan usia, 2. Vital sign dalam batas normal, 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi. NIC: 1). Pertahankan status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) dan observasi keadaan umum, 2). Monitor vital sign, 3). Monitor tetesan infuse, 4). Anjurkan orang tua untuk menambah intake oral, 5). Kolaborasi pemberian obat zinc, 6). Berikan cairan oralit.

Diagnosa: Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. NOC: Termoregulasi. Kode: 0800. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 15 menit pasien akan. 1. Penurunan suhu kulit, 2. Melaporkan kenyamanan

suhu. Kriteria hasil: 1. Suhu tubuh dalam batas normal, 2. Nadi dan RR dalam rentang normal, 3. Tidak ada perubahan warna kulit. NIC: 1). Monitor suhu sesering mungkin, 2). Monitor warna kulit, 3). Monitor nadi, RR, 4). Monitor tingkat kesadaran, 5). Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila.

Diagnosa: Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. NOC: Integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa. Kode: 1101. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien akan. 1. Elastisita, 2. Intregitas kulit, 3. Perfusi jaringan. Kriteria Hasil : 1. Tidak ada luka atau lesi pada kulit, 2. Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (elastic, temperatur). NIC: 1). Perawatan perineal (oleskan lotion), 2). Monitor tanda-tanda vital.

### 3.1.4 Implementasi Keperawatan

Hari pertama di lakukan pada Hari/tanggal: Selasa, 28 Mei 2019

**Diagnosa 1:** Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Tindakan keperawatan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 12:35 WITA memonitor tanda-tanda dehidrasi (An. G. B minum dengan lahap, rewel, cubitan kulit perut kembali lambat); 2) Jam 13:10 memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit); 3) Jam 13:15 mengganti cairan infuse RL 1000 cc/24 jam, 12 tetes/menit; 4) Jam 13:25 melakukan pemberian minum oralit secara oral 200 cc. 13:45 mengajurkan ibu pasien untuk tetap memberikan ASI; 5) Jam 14:00 memberikan obat zinc 20 mg/oral; 6) Jam 14:10 mengobservasi keadaan umum pasien (sakit sedang). **Diagnosa 2:** Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. Tindakan keperawatan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 13:10 memonitor suhu 37,7°C; 2) Jam 13:40 monitor warna kulit; 3) Jam 14:05 memonitor tingkat kesadaran (tingkat kesadaran composmentis) 4) Jam 14:15 melakukan kompres hangat pada aksila. **Diagnosa 3:** Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. Tindakan keperawatan yang di lakukan yaitu: 1) Jam

13:20 melakukan Perawatan perineum dengan mengoleskan minyak di anus; 2) Jam 13:10; 2) memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit).

Hari kedua di lakukan pada Hari/tanggal: Rabu, 29 Mei 2019

**Diagnosa 1:** Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Tindakan keperawatan yang di lakukan pada 1) jam 08:00 memonitor tanda-tanda dehidrasi (An. G. B minum dengan lahap), 2) jam 11:15 memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,0°C, nadi 122 x/menit, pernapasan 23x/menit), 3) Jam 13:15 mengganti cairan infuse RL 1000 cc/24 jam, 12 tetes 4) Jam 13:30 memberikan cairan oralit 200 cc secara oral dan mengajurkan ibu pasien untuk tetap memberikan ASI, 5) jam 14:00 memberikan obat zinc 20 mg/oral. **Diagnosa 2:** Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. Tindakan keperawatan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 11:15 memonitor suhu 37,0°C; 2) Jam 12:20 monitor warna kulit; 3) Jam 13:25 memonitor tingkat kesadaran (tingkat kesadaran composmentis). **Diagnosa 3:** Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. Tindakan keperawatan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 13:00 melakukan perawatan perineum dengan mengoleskan minyak di anus; 2) Jam 13:10; 2) memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit).

Hari ketiga di lakukan pada Hari/tanggal: Kamis, 30 Mei 2019

**Diagnosa 1:** Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Tindakan keperawatan yang di lakukan 1) jam 07:30 memonitor tanda-tanda vital (suhu 36,8°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 20x/menit), 2) jam 09:00 memonitor tanda-tanda dehidrasi (An. G. B minum dengan lahap). 3) jam 13:15 mengganti cairan infuse RL 1000/24 jam, 12 tpm. 4) jam 13:35 menganjurkan ibu pasien untuk tetap memberikan ASI. 5) jam 14:00 memberikan obat zinc 20 mg/oral. **Diagnosa 2:** Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. Tindakan keperawatan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 11:10 memonitor suhu 36,8°C; 2) Jam 12:10 monitor warna kulit. **Diagnosa 3:**

Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. Tindakan keperawatan yang di lakukan yaitu: 1) Jam 13:00 melakukan perawatan perineum dengan mengoleskan minyak di anus; 2) Jam 13:10 memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit).

### 3.1.5 Evaluasi

Hari pertama evaluasi pada hari/tanggal: Selasa, 28 Mei 2019 **Diagnosa 1:** Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Evaluasi di lakukan pada jam 14:40 **S:** keluarga pasien mengatakan masih buang air besar encer, mual, dan muntah. **O:** turgor kulit tidak elastic, minum dengan lahap (haus), rewel, perut kembung **A:** masalah belum teratasi **P:** lanjutkan intervensi nomor 1 – 6. **Diagnosa 2:** Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. Evaluasi di lakukan pada jam 14:40 **S:** keluarga pasien mengatakan anak demam. **O:** kulit teraba hangat, suhu tubuh 37,6 °C. **A:** masalah belum teratasi, **P:** lanjutkan intervensi nomor 1 – 4. **Diagnosa 3:** Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. Evaluasi di lakukan pada jam 14:30 **S:** keluarga pasien mengatakan sering buang air besar. **O:** sekitar area perineal (anus) tampak kemerahan, pasien menggunakan pempres yang ketat. **A:** masalah belum teratasi **P:** lanjutkan intervensi nomor 1-2.

Hari kedua evaluasi pada hari/tanggal: Rabu, 29 Mei 2019 **Diagnosa 1:** Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Evaluasi di lakukan pada jam 14:40 **S:** keluarga pasien mengatakan buang air besar 2 kali, mual, dan muntah. **O:** turgor kulit tidak elastic, minum dengan lahap (haus) **A:** masalah belum teratasi **P:** lanjutkan intervensi nomor 1-5. **Diagnosa 2:** Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. Evaluasi di lakukan pada jam 14:40 **S:** keluarga pasien mengatakan anak sudah tidak demam lagi. **O:** suhu tubuh 37,0 °C. **A:** masalah teratasi sebagian, **P:** intervensi di lanjutkan 1-3. **Diagnosa 3:** Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan

dengan kelembapan. Evaluasi di lakukan pada jam 14:45 **S**: keluarga pasien mengatakan kemerahan sudah sedikit berkurang. **O**: sekitar area perineal (anus) sedikit kemerahan. **A**: masalah belum teratasi **P**: intervensi di lanjutkan 1-2.

Hari ketiga evaluasi pada hari/tanggal : Kamis, 30 Mei 2019 **Diagnosa 1**: Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Evaluasi di lakukan pada jam 14:30 **S**: keluarga pasien mengatakan buang air besar 1 kali dalam sehari. **O**: turgor kulit elastic, minum dengan lahap (haus), rewel. **A**: masalah sebagian teratasi. **P**: Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan. **Diagnosa 2**: Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. Evaluasi di lakukan pada jam 14:40 **S**: keluarga pasien mengatakan anak sudah tidak demam lagi. **O**: suhu tubuh 36,8 °C. **A**: masalah teratasi sebagian, **P**: intervensi di lanjutkan 1-2. **Diagnosa 3**: Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. Evaluasi di lakukan pada jam 14:45 **S**: keluarga pasien mengatakan kemerahan sudah sedikit berkurang. **O**: sekitar area perineal (anus) sedikit kemerahan. **A**: masalah belum teratasi **P**: intervensi di lanjutkan 1-2.

### **3.2 Pembahasan**

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada An. G. B dengan Diare yang di laksanakan di ruangan Kenanga RSUD. Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang selama 4 hari mulai tanggal 27 Mei 2019 sampai 30 Mei 2019, pada bab ini akan membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

#### **3.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Secara teori manifestasi klinis dari diare yaitu: Diare akut: buang air besar encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak dan nyeri perut, nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut, demam. Diare kronik: Penurunan berat badan dan napsu makan, demam, dehidrasi tanda-

tandanya hipotensi takikardi, denyut lemah, (Kusuma, 2016). Dari hasil pengkajian yang di lakukan oleh penulis, kasus An. G. B di dapatkan data keluarga pasien mengatakan buang air besar sudah 4 kali dalam sehari dengan konsistensi encer dan di sertai lender, pasien tampak minum dengan lahap (haus), turgor kulit tidak elastis, rewel, perut kembung, bising usus 39 x/menit. Berdasarkan kasus nyata tidak semua manifestasi klinis di dalam teori di temukan pada An G. B seperti nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut, dan tidak ada penurunan berat badan. Maka menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Pemeriksaan penunjang menurut Wong (2009) pada pasien yang dengan diare akan di perlukan pemeriksaan penunjang yaitu antara lain: pemeriksaan darah tepi lengkap (hemoglobin, hematokrit, leukosit, jumlah leukosit), kadar elektrolit serum, ureum dan kreatinin, pemeriksaan tinja (makroskopis dan mikroskopis, Ph dan kadar gula dalam tinja, Biakan dan resistensi feses (colok dubur)) dan foto x-ray abdomen. Berdasarkan kasus nyata di dapatkan pada An G. B terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata di mana di kasus nyata di lakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 28 Mei 2019 jam 01:29 jenis pemeriksaan hemoglobin 12,3 g/dL; jumlah eritrosit 4,99 10<sup>6</sup>/uL; hematokrit 34,2 %; MCV 68,5 fL; jumlah leukosit 13,55 10<sup>6</sup>/uL; natrium darah 141 mmol/L; kalium darah 4,0 mmol/L.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan teori ada 6 diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada pasien dengan Diare (Muttaqin dan Sari, (2011) & NANDA, (2017). Antara lain: 1) Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, 2) Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, 3) Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi, 4) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi, 5) Defisiensi pengetahuan berhubungan

dengan kurang sumber pengetahuan, 6) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan.

Pada kasus nyata ada 3 diagnosa keperawatan yaitu: 1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, 2) Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi, 3) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan

Menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan kasus di mana di dalam teori terdapat 6 diagnosa keperawatan pada teori, yang muncul pada kasus hanya 3 diagnosa keperawatan, hal ini di sebabkan karena tidak ada data-data yang mendukung untuk di tegakan diagnosa keperawatan tersebut, dan anak langsung mendapatkan penanganan di rumah sakit.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Secara teori (Moorhead & Bulechek, 2016) intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Intervensi: 1) Pertahankan status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat), 2) Monitor vital sign, 3) Dorong pasien untuk menambah intake oral, 4) Kolaborasi pemberian cairan IV. Menurut penulis terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena berdasarkan kasus An. G. B intervensi yang di buat oleh penulis di antaranya kolaborasi pemberian obat zinc dan berikan cairan oralit tidak terdapat di dalam teori.

Pada diagnosa keperawaatan Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. Intervensi keperawatan: 1) Monitor suhu sesering mungkin, 2) Monitor warna kulit dan suhu kulit, 3) Monitor tekanan darah, nadi, RR, 4) Monitor tingkat kesadaran, 5) Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila. Semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini di pakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan Hipertermi berhubungan dengan

proses inflamasi pada An G. B sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Diagnosa keperawatan 3) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. Intervensi keperawatan: 1) Perawatan perineal, 2) Monitor tanda-tanda vital. Semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini di pakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan pada An G. B sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan di lakukan mulai tanggal 28 Mei sampai 30 Mei 2019. Untuk diagnosa pertama Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena semua implementasi keperawatan di lakukan sesuai dengan intervensi yang di buat di antaranya memonitor tanda-tanda dehidrasi (An. G. B minum dengan lahap, rewel, cubitan kulit perut kembali lambat), memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit), mengganti cairan infuse RL 1000 cc/24 jam, 12 tetes/menit, melakukan pemberian minum oralit secara oral 200 cc, mengajurkan ibu pasien untuk tetap memberikan ASI, memberikan obat zinc 20 mg/oral, mengobservasi keadaan umum pasien (sakit sedang).

Untuk implementasi keperawatan pada diagnosa Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena semua implementasi keperawatan di lakukan sesuai dengan intervensi yang di buat di antaranya memonitor suhu 37,7°C, monitor warna kulit, memonitor tingkat kesadaran (tingkat kesadaran composmentis), melakukan kompres hangat pada aksila.

Untuk implementasi keperawatan pada diagnosa Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan tidak terdapat kesenjangan

antara teori dan kasus nyata karena semua implementasi keperawatan di lakukan sesuai dengan intervensi yang di buat di antaranya melakukan Perawatan perineum dengan mengoleskan minyak di anus, memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit).

### **3.2.5 Evaluasi**

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Pada tahap evaluasi tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang di lakukan pada An G. B sesuai dengan hasil implementasi yang telah di buat pada criteria objektif yang di tetapkan. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan masih buang air besar 1 kali dalam sehari, turgor kulit elastic, minum dengan lahap (haus), rewel, masalah sebagian teratasi. Pada diagnosa Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi anak sudah tidak demam lagi, suhu tubuh 36,8 °C. Pada diagnosa Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan, kemerahan sudah sedikit berkurang, sekitar area perineal (anus) sedikit kemerahan.

### **3.3 Keterbatasan Penulisan**

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi Karya Tulis Ilmiah ini. Kendala yang di temukan antara lain kurangnya ketersediaan buku yang terbaru di perpustakaan semua buku hampir semua buku cetakan lama sedangkan dari pembimbing menganjurkan kami untuk gunakan buku yang terbaru yaitu cetakan di atas 2010, waktu yang terlalu singkat untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah. Oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Penerapan asuhan keperawatan pada An G. B dengan diare pada umumnya sama teori dan kasus ini di lakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

##### **4.1.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keluhan utama pasien buang air besar sudah 4 kali dalam sehari dengan konsistensi encer dan di sertai lendir, pasien tampak minum dengan lahap (haus), turgor kulit tidak elastic, rewel, perut kembung, bising usus 39 x/menit. Pemeriksaan penunjang pada tanggal 28 mei 2019 jam 01:29 jenis pemeriksaan hemoglobin 12,3 g/dL; jumlah eritrosit 4,99 10<sup>6</sup>/uL; hematokrit 34,2 %; MCV 68,5 fL; jumlah leukosit 13,55 10<sup>6</sup>/uL; natrium darah 141 mmol/L; kalium darah 4,0 mmol/L; klorida darah 109 mmol/L; calcium ion 1.330 mmol/L; total calcium 2.8 mmol/L. Terapi: terpasang IVFD RL 1000 cc/24 jam, 12 tpm. Obat yang di dapat Zinc 1x20 mg/oral, L-Bio 1x1/oral

##### **4.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang di tegakan pada pasien dengan diare: 1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, 2) Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi, 3) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan.

### **4.1.3 Intervensi Keperawatan**

Diagnosa 1: Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. NIC: 1) Pertahankan status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) dan observasi keadaan umum, 2) Monitor vital sign, 3) Monitor tetesan infuse, 4) Anjurkan orang tua untuk menambah intake oral, 5) Kolaborasi pemberian obat zinc, 6) Berikan cairan oralit. Diagnosa 2: Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. NIC: 1) Monitor suhu sesering mungkin, 2) Monitor warna kulit, 3) Monitor nadi, RR, 4) Monitor tingkat kesadaran, 5) Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila. Diagnosa 3: Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. NIC: 1) Perawatan perineal, 2) Monitor tanda-tanda vital.

### **4.1.4 Implementasi**

Diagnosa 1: Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Tindakan keperawatan yang dilakukan, memonitor tanda-tanda dehidrasi, memonitor tanda-tanda vital, mengganti cairan infuse RL 1000 cc/24 jam, 12 tetes/menit, melakukan pemberian minum oralit secara oral 200 cc, mengajurkan ibu pasien untuk tetap memberikan ASI, memberikan obat zinc 20 mg/oral, mengobservasi keadaan umum pasien (sakit sedang). Diagnosa 2: Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi. Tindakan keperawatan yang dilakukan, memonitor suhu 37,7°C, monitor warna kulit, memonitor tingkat kesadaran (tingkat kesadaran composmentis), melakukan Kompres hangat pada aksila. Diagnosa 3: Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. Tindakan keperawatan yang dilakukan, melakukan Perawatan perineum dengan mengoleskan minyak di anus, memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit).

#### 4.1.5 Evaluasi

Evaluasi yang di temukan pada An. G. B setelah di berikan tindakan keperawatan selama 3 hari di dapatkan 3 diagnosa keperawatan **Diagnosa 1:** Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. **S:** keluarga pasien mengatakan buang air besar 1 kali dalam sehari. **O:** turgor kulit elastic, minum dengan lahap (haus), rewel. **A:** masalah sebagian teratasi. **P:** Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan. **Diagnosa 2:** Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi. Evaluasi di lakukan pada jam 14:40 **S:** keluarga pasien mengatakan anak sudah tidak demam lagi. **O:** suhu tubuh 36,8 °C. **A:** masalah teratasi sebagian, **P:** intervensi di lanjutkan 1-2. **Diagnosa 3:** Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan. **S:** keluarga pasien mengatakan kemerahan sudah sedikit berkurang. **O:** sekitar area perineal (anus) sedikit kemerahan. **A:** masalah belum teratasi **P:** intervensi di lanjutkan 1-2.

#### 4.2 Saran

1. Bagi penulis

Meningkatkan kemampuan dan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak khususnya pada pasien dengan diare dengan melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi institusi

Diharapkan pada pihak institusi mengadakan buku cetakan yang terbaru karena banyak buku yang penulis temukan di perpustakaan yang cetakan lama.

3. Bagi lahan praktek

Untuk pihak rumah sakit khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien di harapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah di tetapkan.

## DAFTAR PUSTAKA

- ..... 2018. Buku Register Ruangan Kenanga RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.
- Akton Sharon. 2014. Rencana Asuhan Keperawatan Pediatrik. Jakarta : EGC
- Buku Bagan manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). 2015. Jakarta
- Bulechek M. Gloria. 2016. *Nursing Interventions Clasification*. Edisi 6. Indonesia
- Carman Susan. 2016. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Hassan Rusepno & Alatas Husein. 2002. Ilmu Kesehatan Anak. Jakarta
- Kusuma Hardhi. 2016. Asuhan Keperawatan Praktis. Jilid 1. Jogjakarta
- Moorhead Sue. 2016. *Nursing Outcomes Clasification*. Edisi kelima. Indonesia
- Muttaqin arif dan Sari Kumala. 2011. Gangguan Gastrointestinal. Salemba Medika
- Nanda Diagnosis Keperawatan. 2017. Definisi & klasifikasi. Edisi 10. Indonesia.
- Ngastiyah. 2014. Perawatan Anak Sakit. Edisi 2. Jakarta
- Nursalam. 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan. Jakarta
- Riskesdas. 2018. Pengendalian penyakit dan penyehatkan lingkungan.
- Wong, D. L. 2009. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Edisi 6. Jakarta : EGC

# LAMPIRAN



## Lampiran 2: Format pengkajian asuhan keperawatan



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA  
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG



Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang Telp/ Fax: (0380) 881045

### FORMAT PENGKAJIAN

### KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa : Novi Rede Dida  
NIM : PO. 530320116321  
Tempat Praktek : Ruangan Kenanga  
Tanggal Pengkajian : Selasa, 28 Mei 2019

#### I. IDENTITAS KLIEN

Nama Klien (inisial) : An. G. B	NO. MR	: 458292
Jenis Kelamin : Laki-laki	Nama Orang Tua	: Ny. M. B
Tanggal Lahir : 30 Januari 2018	Alamat	: Fatufeto
Tanggal Masuk : 28/05/2019	Diagnosa Medis	: Gastroenteritis
	Tanggal Pengkajian	: 28/5/2019

#### II. KELUHAN UTAMA

Keluhan utama: Keluarga pasien mengatakan buang air besar sudah 4 kali dalam sehari.

Riwayat penyakit sekarang: Sebelum masuk rumah sakit pasien buang air besar 7 kali dalam sehari dengan konsistensi encer, lendir, mual-mual dan muntah 3 kali dalam sehari kemudian pasien di bawa ke Rumah Sakit Umum.

Keadaan Umum:  sakit ringan  **sakit sedang**  sakit berat GCS: E4V5M6

Kesadaran:  **Cm**  Apatis  Sopor  Coma

Tanda Vital : Suhu: 37,7°C

Nadi: 124×/mnt

Pernapasan : 24×/mnt

Tekanan darah: -

### III. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN

✓ Prenatal

Tempat pemeriksaan kehamilan : Klinik dokter praktek dan pustu Fatufeto

Frekuensi pemeriksaan kehamilan : 7 kali

Sakit yang diderita atau keluhan : Tidak mengalami sakit tapi hanya saja mual dan muntah

✓ Intranatal

Tempat persalinan : Rumah Sakit SK Lerik Kupang

Tenaga penolong : Dokter dan Bidan.

Jenis persalinan :  Spontan  SC  Forcep  Induksi

Usia kehamilan : 36 minggu Berat badan lahir : 3,900 gram

Apgar Score : Panjang badan lahir : 52 cm

Menangis :  Ya  Tidak, Nilai Apgar: Jaundice:  ya  tidak

✓ Postnatal

Lama mendapat ASI : 1 Tahun 3 bulan

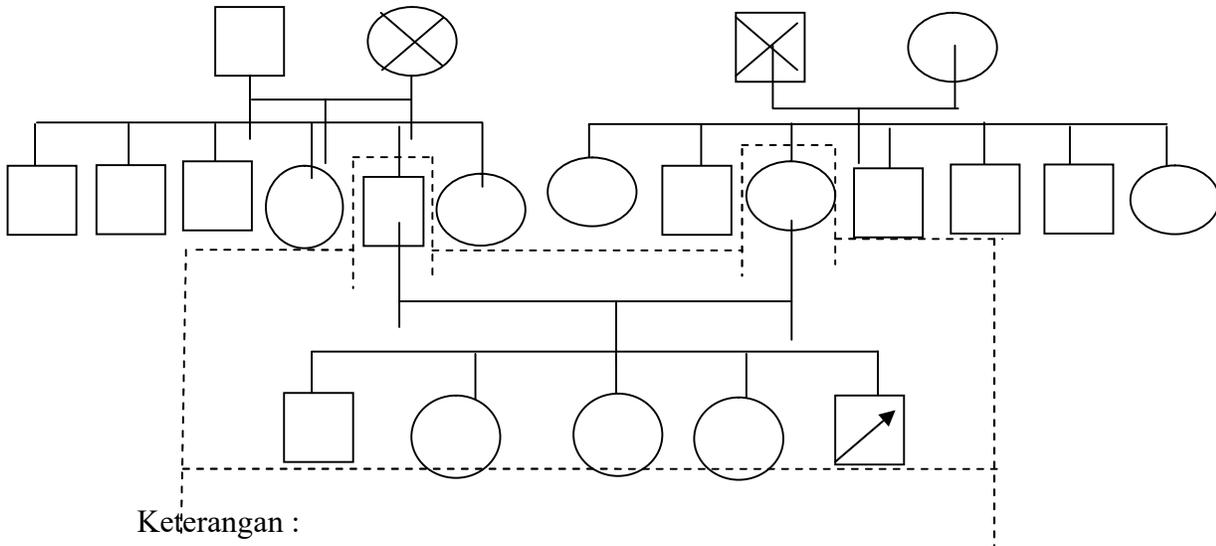
ASI eksklusif :  ya  tidak

Usia mendapatkan MP-ASI: 1 tahun 3 bulan

### IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Penyakit waktu kecil : Hanya batuk, pilek dan demam.
2. Pernah dirawat di RS : --
3. Obat-obatan yang digunakan : Kalau flu minum obat Procold dan Bodrex.
4. Tindakan (operasi) : Pasien tidak pernah melakukan operasi sebelumnya.
5. Alergi :  ya  tidak sebutkan.....
6. Kecelakaan : Pasien pernah kecelakaan motor Tahun 2016.
7. Imunisasi dasar : hepatitis :  I  II  III BCG :   
DPT :  I  II  III Campak :   
Pollo :  I  II  III  IV

## V. RIWAYAT KELUARGA (DISERTAI GENOGRAM)



Keterangan :

-  : Laki-laki meninggal
-  : Laki-laki
-  : Pasien
-  : Perempuan meninggal
-  : Perempuan
-  : Tinggal serumah

## VI. RIWAYAT SOSIAL

1. Orang mengasuh : orang tua kandung sendiri
2. Hubungan dengan anggota keluarga : Baik
3. Hubungan anak dengan teman sebaya : Baik
4. Pembawaan secara umum : Baik
5. Lingkungan rumah : Bersih

## **VII. KEBUTUHAN DASAR**

### 1. Nutrisi

Makanan yang disukai/tidak disukai : semua makanan suka

Selera : baik

Alat makan yang digunakan : Piring dan sendok

Pola makan/jam : Makan pagi jam 05.30, makan siang jam 12.00 dan makan malam jam 18.00.

### 2. Istirahat dan tidur

Pola tidur: Baik

Kebiasaan sebelum tidur (perlu mainan, dibacakan cerita, benda yang dibawa saat tidur, dll) : Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan yang dilakukan sebelum tidur.

Jam tidur siang dan lama tidur : Pasien mengatakan jarang tidur siang, kalau tidur biasanya tidur jam 11.00 / lama 5 jam

Jam tidur malam dan lama tidur : Tidur malam biasanya jam 20.00/lama tidur 8 jam.

### 3. Personal hygiene

Mandi : 2 kali

Keramas : 2 kali

Sikat gigi : 1x dalam sehari. Gunting kuku : 2 kali dalam seminggu

### 4. Aktivitas bermain: baik

### 5. Eliminasi (urine dan bowel) : Saat dikaji 4 kali

## **VIII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI**

1. Tindakan operasi : Tidak ada tindakan operasi.

2. Status nutrisi : baik

3. Status cairan : Saat ini terpasang infus RL 500 cc/24 Jam 6 tpm di kaki kiri

4. Obat yang didapat : Obat yang di dapat Zinc 1x20 mg/oral, L-Bio 1x1/oral

5. Aktivitas : baik

6. Pemeriksaan penunjang meliputi :

a. Laboratorium (tgl/jam) : 28 mei 2019 jam 01:29 jenis pemeriksaan hemoglobin 12,3 g/dL; jumlah eritrosit 4,99 10<sup>6</sup>/uL; hematokrit 34,2

%; MCV 68,5 fL; jumlah leukosit 13,55 10<sup>6</sup>/uL; natrium darah 141 mmol/L; kalium darah 4,0 mmol/L; klorida darah 109 mmol/L; calcium ion 1.330 mmol/L; total calcium 2.8 mmol/L.

## IX. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum : sakit sedang
2. Tinggi badan : 86 Cm Berat badan saat ini : 10 Kg BB sebsakit: 10 Kg Berat badan ideal: 12,6 cm
3. Kepala
  - Lingkar kepala : 45 Cm
  - Ubun-ubun anterior : Normal
  - Ubun-ubun posterior : Normal
4. Leher : kaku kuduk : ya **tidak**  
Pembesaran limfe : ya **tidak**
5. Mata :  
Konjungtiva : anemis **merah mudah**  
Sklera : **putih** ikterik kemerahan
6. Telinga : **bersih** kotor Simetris: ya tidak  
Gangguan pendengaran: ya **tidak**  
Sekresi/serumen : ya **tidak** Nyeri : ya  
**tidak**
7. Hidung : Secret ya **tidak**
8. Mulut : Mukosa: **lembab** kering kotor  
sariawan  
Lidah : **lembab** kering kotor jamur  
Gigi : **bersih** kotor karies
9. Dada : Simetris, Lingkar dada: 50 Cm
10. Jantung : Normal
11. Paru-paru : Normal
12. Abdomen : lembek **kembung** tegang  
lingkar perut: 80 Cm Bising usus : ya tidak frekuensi: 39 x/menit  
Mual : ya **tidak**

Muntah :  **tidak**       ya, frekuensi.....x

13. Genitalia : perempuan : vagina:  bersih       kotor

Menstruasi:  ya       tidak

Pemasangan kateter:  ya       tidak

Laki-laki: preputrium:  **bersih**       tidak

phimosis

Hipospadia:  ya       **tidak**

Skrotum: testis kanan/kiri:  ya

tidak

Pemasangan kateter:  ya

**tidak**

Sirkumsisi:  ya       tidak

14. Ekstremitas : Pergerakan sendi:  **bebas**       terbatas       lain-lain

Berjalan :  **normal**       tidak normal

Kekuatan otot:  **normal**       tidak normal

Fraktur:  ya       **tidak**

Ketrampilan motorik:  **baik**       tidak

**X. PEMERIKSAAN TINGKAT PERKEMBANGAN (gunakan KPSP)**

1. Sosialisasi dan kemandirian  
.....
2. Motorik kasar  
.....
3. Motorik halus  
.....
4. Kemampuan bicara dan bahasa  
Kesimpulan :  sesuai usia       meragukan       penyimpanan  
Intervensi yang diberikan :  
  1. ....
  2. ....
  3. ....

## **XI. INFORMASI LAIN**

1. Pengetahuan orang tua: orang tua tidak tahu tentang penyakit mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi.
2. Persepsi orang tua terhadap penyakit anaknya: ingin anak cepat sembuh supaya bisa bermain dan beraktivitas seperti biasa.

Kupang, 28 Mei 2019  
Yang mengkaji

(Novi Rede Dida)  
NIM: P0. 530320116321

## B. Diagnosa Keperawatan

### Analisa Data

No.	Data-data	Masalah	Penyebab
1.	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan buang air besar sudah 4 kali dalam sehari dengan konsistensi encer dan di sertai lender.</p> <p>DO: Pasien tampak minum dengan lahap (haus), turgor kulit tidak elastic, rewel, perut kembung, bising usus 39 x/menit. Suhu 37,7 °C. Terpasang IVFD RL 1000 cc/24 jam, 12 tpm, terpasang di kaki kanan.</p>	Kekurangan volume cairan	Kehilangan cairan aktif
2.	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan anak demam.</p> <p>DO: Kulit teraba hangat, suhu tubuh 37,7 °C.</p>	Hipertermi	Proses inflamasi
3.	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan sering buang air besar</p> <p>DO: Pasien tampak sekitar area perineal (anus) tampak kemerahan, pasien menggunakan pempres yang ketat.</p>	Resiko kerusakan integritas kulit	Kelembapan

Maka diagnosa keperawatan yang di temukan adalah:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
2. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi
3. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan

### C. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	NOC	NIC
1.	Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	<p>NOC: keseimbangan cairan. Kode: 0601.</p> <p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien akan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi radial lambat,</li> <li>2. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam,</li> <li>3. Berat badan stabil,</li> <li>4. Turgor kulit,</li> <li>5. Kelembaban membrane mukosa.</li> </ol> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan urin output sesuai dengan berat badan dan usia,</li> <li>2. Vital sign dalam batas normal,</li> <li>3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1). Pertahankan status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat) dan observasi keadaan umum,</li> <li>2). Monitor vital sign,</li> <li>3). Monitor tetesan infuse,</li> <li>4). Anjurkan orang tua untuk menambah intake oral,</li> <li>5).Kolaborasi pemberian obat zinc,</li> <li>6). Berikan cairan oralit.</li> </ol>
2.	Hipertermi berhubungan dengan proses	<p>NOC: Termoregulasi. Kode: 0800.</p> <p>Setelah di lakukan tindakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1). Monitor suhu sesering mungkin,</li> <li>2). Monitor warna</li> </ol>

	inflamasi	<p>keperawatan selama 15 menit pasien akan. 1. Penurunan suhu kulit, 2. Melaporkan kenyamanan suhu.</p> <p>Kriteria hasil: 1. Suhu tubuh dalam batas normal, 2. Nadi dan RR dalam rentang normal, 3. Tidak ada perubahan warna kulit.</p>	<p>kulit,</p> <p>3). Monitor nadi, RR,</p> <p>4). Monitor tingkat kesadaran,</p> <p>5). Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila.</p>
3.	Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan.	<p>NOC: Integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa.</p> <p>Kode: 1101.</p> <p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien akan. 1. Elastisita, 2. Intregitas kulit, 3. Perfusi jaringan.</p> <p>Kriteria Hasil : 1. Tidak ada luka atau lesi pada kulit, 2. Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (elastic, temperatur).</p>	<p>1). Perawatan perineal (oleskan lotion),</p> <p>2). Monitor tanda-tanda vital.</p>

#### D. Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa	Tanggal	Jam	Implementasi
1.	Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	Selasa, 28 Mei 2019	12:35 WITA  13:10  13:15  13:25  13:45  14:00  14:10	1) memonitor tanda-tanda dehidrasi (An. G. B minum dengan lahap, rewel, cubitan kulit perut kembali lambat); 2) memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit); 3) mengganti cairan infuse RL 1000 cc/24 jam, 12 tetes/menit; 4) melakukan pemberian minum oralit secara oral 200 cc dan mengajurkan ibu pasien untuk tetap memberikan ASI; 5) memberikan obat zinc 20 mg/oral; 6) mengobservasi keadaan umum pasien (sakit sedang).

2.	Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi	Selasa, 28 Mei 2019	13:10 13:40 14:05  14:15	1) memonitor suhu 37,7°C; 2) monitor warna kulit; 3) memonitor tingkat kesadaran (tingkat kesadaran composmentis) 4) Jam melakukan kompres hangat pada aksila.
3.	Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan	Selasa, 28 Mei 2019	13:20  13:10	1) melakukan Perawatan perineum dengan mengoleskan minyak di anus; 2) memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit).
4.	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	Rabu, 29 Mei 2019	08:00  11:15  13:15  13:30	1) memonitor tanda-tanda dehidrasi (An. G. B minum dengan lahap), 2) memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,0°C, nadi 122 x/menit, pernapasan 23x/menit), 3) mengganti cairan infuse RL 1000 cc/24 jam, 12 tetes 4) memberikan cairan oralit 200 cc secara oral dan mengajurkan ibu pasien

			14:00	untuk tetap memberikan ASI, 5) memberikan obat zinc 20 mg/oral.
5.	Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi	Rabu, 29 Mei 2019	11:15 12:20 13:25	1) memonitor suhu 37,0°C; 2) monitor warna kulit; 3) memonitor tingkat kesadaran (tingkat kesadaran composmentis)
6.	Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan	Rabu, 29 Mei 2019	13:00  13:10	1) melakukan perawatan perineum dengan mengoleskan minyak di anus; 2) Jam; 2) memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit).
7.	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	Kamis, 30 Mei 2019	07:30  09:00  13:15  13:35	1) memonitor tanda-tanda vital (suhu 36,8°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 20x/menit), 2) memonitor tanda-tanda dehidrasi (An. G. B minum dengan lahap). 3) mengganti cairan infuse RL 1000/24 jam, 12 tpm. 4) menganjurkan ibu pasien untuk tetap memberikan

			14:00	ASI. 5) memberikan obat zinc 20 mg/oral.
8.	Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi	Kamis, 30 Mei 2019	11:10 12:10	1) memonitor suhu 36,8°C; 2) monitor warna kulit
9.	Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan	Kamis, 30 Mei 2019	13:00 13:10	1) melakukan perawatan perineum dengan mengoleskan minyak di anus; 2) memonitor tanda-tanda vital (suhu 37,7°C, nadi 120 x/menit, pernapasan 22x/menit).

### E. Evaluasi

No	Tanggal	Jam	Diagnosa	Evaluasi
1.	Selasa, 28 Mei 2019	14:40	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.	<b>S:</b> keluarga pasien mengatakan masih buang air besar encer, mual, dan muntah. <b>O:</b> turgor kulit tidak elastic, minum dengan lahap (haus), rewel, perut kembung <b>A:</b> masalah belum teratasi <b>P:</b> lanjutkan intervensi nomor 1 – 6.

2.	Selasa, 28 Mei 2019	14:40	Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi.	<p><b>S:</b> keluarga pasien mengatakan anak demam.</p> <p><b>O:</b> kulit teraba hangat, suhu tubuh 37,6 °C.</p> <p><b>A:</b> masalah belum teratasi,</p> <p><b>P:</b> lanjutkan intervensi nomor 1 – 4</p>
3.	Selasa, 28 Mei 2019	14:30	Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan	<p><b>S:</b> keluarga pasien mengatakan sering buang air besar.</p> <p><b>O:</b> sekitar area perineal (anus) tampak kemerahan, pasien menggunakan pampres yang ketat.</p> <p><b>A:</b> masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b> lanjutkan intervensi nomor 1-2.</p>
4.	Rabu, 29 Mei 2019	14:40	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<p><b>S:</b> keluarga pasien mengatakan buang air besar 2 kali, mual, dan muntah.</p> <p><b>O:</b> turgor kulit tidak elastic, minum dengan lahap (haus)</p> <p><b>A:</b> masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b> lanjutkan intervensi nomor 1-5.</p>
5.	Rabu, 29 Mei 2019	14:40	Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi	<p><b>S:</b> keluarga pasien mengatakan anak sudah tidak demam lagi.</p> <p><b>O:</b> suhu tubuh 37,0 °C.</p> <p><b>A:</b> masalah teratasi sebagian,</p>

				<b>P:</b> intervensi di lanjutkan 1-3
6.	Rabu, 29 Mei 2019	14:45	Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan	<b>S:</b> keluarga pasien mengatakan kemerahan sudah sedikit berkurang. <b>O:</b> sekitar area perineal (anus) sedikit kemerahan. <b>A:</b> masalah belum teratasi <b>P:</b> intervensi di lanjutkan 1-2.
7.	Kamis, 30 Mei 2019	14:30	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<b>S:</b> keluarga pasien mengatakan buang air besar 1 kali dalam sehari. <b>O:</b> turgor kulit elastic, minum dengan lahap (haus), rewel. <b>A:</b> masalah sebagian teratasi. <b>P:</b> Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan.
8.	Kamis, 30 Mei 2019	14:40	Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi	<b>S:</b> keluarga pasien mengatakan anak sudah tidak demam lagi. <b>O:</b> suhu tubuh 36,8 °C. <b>A:</b> masalah teratasi sebagian, <b>P:</b> intervensi di lanjutkan 1-2.
9.	Kamis, 30 Mei 2019	14:45	Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan	<b>S:</b> keluarga pasien mengatakan kemerahan sudah sedikit berkurang. <b>O:</b> sekitar area perineal (anus) sedikit kemerahan. <b>A:</b> masalah belum teratasi <b>P:</b> intervensi di lanjutkan 1-2.

Lampiran 3: Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp: (0380)8800256  
Fax (0380) 8800256, Email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA  
NIM  
NAMA PEMBIMBING

: NOVI REDE DIDA  
: PO. 530320116321  
: Dr. FLORENTIANUS TAT SKp., M. Kes

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat, 31 Mei 2019	Konsultasi judul karya tulis ilmiah, Bab 1 dan Bab 2.	Revisi Bab 1, tambahkan buku sumber, tambah angka kejadian gagal ginjal kronik di dunia, Indonesia, NTT, RSUD, revisi tujuan umum dan khusus, tambah sumber seriap paragraf, revisi bab 2 definisi, pemeriksaan penunjang, tambahkan pathway, revisi konsep teori asuhan keperawatan, tambahkan pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi menurut teori, lanjut buat bab 3.	

2.	Sabtu, 1 Juni 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2 dan Bab 3.	Perbaiki ketikan dan segera kirim lewat email.	
3.	Selasa, 04 Juni 2019	Konsultasi bab 1, bab 2, dan bab 3.	Revisi cover, tambahkan buku referensi, perbaiki kejadian di RSUD, tambahkan konsep asuhan keperawatan pengkajian, tambahkan dan lanjut buat bab 4	
4.	Jumat, 07 Juni 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4.	Revisi bab 1 dampak dan sumber, tambahkan etiologi, perbaiki pathway buat dalam 1 halaman.	
5.	Sabtu, 08 Mei 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4.	Perbaiki NIP pembimbing. Buat abstrak. Perbaiki spasi. Buat PPT dan segera konsul.	
6.	Senin, 10 Juni 2019	Konsultasi Abstrak dan power point.	Revisi abstrak. Buat PPT hanya 10 slide. Tambahkan data yang penting ke power point.	
7.	Selasa, 11 Juni 2019		ACC untuk ujian sidang dan siap diri untuk ujian sidang tanggal 12 Juni 2019	

8.	Jumat, 21 Juni 2019	Konsultasi KTI setelah dari penguji.	ACC untuk di jilid	
----	------------------------	--	--------------------	---

Lampiran 3: Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
 BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
 SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp. (0380)8800256  
 Fax (0380) 8800256, Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI  
 BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : NOVI REDE DIDA  
 NIM : PO. 530320116321  
 NAMA PENGUJI : ABEN B. Y. H. ROMANA, S. Kep, Ns., M. Kep

NO	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PENGUJI	PARAF PENGUJI
1	Jumat, 14 Juni 2019	Konsultasi perbaikan Bab 1 sampai Bab 4 setelah ujian sidang	Perbaiki penulisan gelar dosen pada pernyataan keaslian tulisan, lembar persetujuan, dan di lembar pengesahan. Perbaiki penulisan judul KTI di lembar pengesahan dengan huruf kapital hanya pada awal kata.  Perbaiki kesimpulan pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan, tidak boleh ada kesenjangan antara teori dan kasus di kesimpulan, perbaiki cara penulisan daftar pustaka.	

2.	Rabu, 26 Juni 2019	Konsultasi revisi dari pernyataan keaslian tulisan, lembar persetujuan, lembar pengesahan, dan Bab 1 sampai daftar pustaka.	Tambahkan nomor pada setiap diagnosa yang diambil, perbaiki penulisan daftar pustaka. Perbaiki pembahasan mulai dari pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan	
3.	Jumat, 28 Juni 2019		Perbaiki pathway ACC dari penguji. Segera konsultasi dengan pembimbing.	