



**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DIARE PADA PASIEN An. R dan An. F
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN
DI RUANG BOUGENVILLE RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Risa Rosyida
NIM 162303101111**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

• PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Anak Diare pada An. R dan An. F dengan Masalah Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019" telah disetujui pada:

hari, tanggal : Selasa, 21 Januari 2020

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Oleh
Dosen Pembimbing,



Musviro, S.Kep.Ns., M.Kes
NRP. 760017243



**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DIARE PADA PASIEN An. R dan An. F
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN
DI RUANG BOUGENVILLE RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2019**

*diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi (D3) Keperawatan dan mencapai
gelar Ahli Madya Keperawatan*

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh
Risa Rosyida
NIM 162303101111

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik. Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua dan keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan moral, material, bimbingan, semangat, motivasi, dan doa yang tiada henti terucap selama menjalankan program studi ini sehingga ananda dapat menyelesaikan pendidikan demi tercapainya cita-cita dimasa depan;
2. Seluruh staf, dosen, dan civitas akademika yang namanya tidak dapat disebutkan satu-persatu, yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan dukungan dan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi;
3. Teman-teman seperjuangan angkatan 2019, teman-teman pembimbing baik akademika maupun pembimbing tugas akhir, serta teman-teman terdekat yang selalu memberikan dukungan doa, motivasi penuh pada penulis, sehingga penulis dapat menjalankan program studi dengan baik;
4. Ruang baca D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah menyediakan buku-buku sehingga dapat dijadikan literatur penulis.

MOTTO

“Ridha Allah terletak pada ridha kedua orang tua”.

(Riwayat Ath Thabarani)

”Dialah yang menjadikan bumi itu mudah bagi kamu, maka berjalanlah di segala penjurunya dan makanlah sebagian dari rizki-Nya. Dan hanya kepada-Nya-lah kamu (kembali setelah) dibangkitkan”.

(HR al-Bazzar QS. Al-Mulk:15)

*) Riwayat Ath Thabarani, dishahihkan oleh Al Hafidz As Suyuti

***) Hadits riwayat al-Bazzar dan dishahihkan oleh al-Hakimrahimahumallah

PERNYATAAN

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Risa Rosyida

NIM : 16230310111

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Anak Diare pada An. R dan An. F dengan Masalah Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019" benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 21 Januari 2019

Yang menyatakan,



Risa Rosyida

NIM 16230310111

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DIARE PADA PASIEN An. R dan An. F
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN
DI RUANG BOUGENVILLE RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2019**

Oleh

**Risa Rosyida
NIM 162303101111**

Pembimbing

Dosen Pembimbing : Musviro, S.Kep., Ns., M.Kes

PENGESAHAN

PENGESAHAN

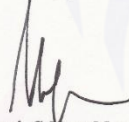
Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Anak Diare pada An. R dan An. F dengan masalah Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019” telah disahkan pada:

hari, tanggal : 24 Januari 2020

tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Tim Penguji:

Ketua,



Nurul Hayati, S.Kep. Ners. MM
NIP. 19650629 198703 2 008

Anggota I,



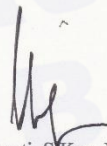
Rizeki Dwi Fibriansari, S.Kep., Ners, M. Kep
NRP. 760017247

Anggota II



Musviro, S.Kep. Ns., M.Kes
NRP. 760017243

Mengesahkan,
Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep. Ners. MM
NIP. 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Diare Pada An. R Dan An. F Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019. Risa Rosyida, 162303101111; 2019:107 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa peningkatan volume, keenceran, dan frekuensi dengan atau tanpa lendir darah seperti lebih dari 3 kali/hari. Penyakit diare masih menjadi masalah global dengan derajat kesakitan dan kematian yang tinggi di berbagai negara terutama di negara berkembang, dan juga sebagai salah satu penyebab utama tingginya angka kesakitan dan kematian anak di dunia. Diare dapat mengakibatkan banyak pengeluaran cairan yang menyebabkan anak dehidrasi karena kekurangan cairan, diare tidak hanya bisa menyebabkan dehidrasi saja tetapi juga dapat menyebabkan kematian.

Penulisan tugas akhir ini menggunakan metode laporan kasus pada 2 pasien diare berusia lebih dari 1-5 tahun yang dirawat di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan. Pengumpulan data dilakukan pada Desember 2019 yang dikumpulkan menggunakan metode wawancara, observasi pemeriksaan fisik, dan dokumentasi terhadap pasien diare. Hasil dari pengumpulan data disajikan dalam bentuk tabel dan gambar kemudian dibahas dibandingkan dengan hasil penulisan terdahulu secara teoritis.

Asuhan Keperawatan pada kedua klien memiliki keluhan yang sama berupa kelemahan salah satu anggota badannya, karena memiliki keluhan yang sama maka klien mengalami diare lebih dari 3 kali, konsistensi cair, lemas, tidak nafsu makan, rewel. Pada partisipan 1 dan 2 termasuk pada gejala awal diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan. Intervensi pada pasien anak diare yang dilakukan adalah manajemen cairan, manajemen diare, penyuluhan mencuci tangan dan penyuluhan mencuci botol susu dengan baik dan benar. Setelah kedua klien mendapatkan perawatan selama dua hari, masalah pada kedua pasien teratasi sebagian. Pada pasien 1 dan 2 terlihat adanya perubahan frekuensi diare sedikit demi sedikit, mulai hari ketiga berangsur meningkat dengan perlahan.

Perawat diharapkan dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan yang telah diajarkan kepada pasien anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan. Intervensi yang dilakukan pada kedua pasien adalah penyuluhan tentang menjaga hygiene makanan dan alat makan digunakan pada anak sehingga dapat mencegah terjadinya diare.

SUMMARY

A Nursing care Diarrhea on Child. R and Child. F with Nursing Problem of Deficient Fluid Volume in Bougenville Room RSUD dr. HaryotoLumajang 2019. RisaRosyida, 162303101111; 2019:107 Pages; Diploma Program of Nursery; Faculty of Nursery; University of Jember.

Diarrhea was an abnormal situation of feces secretion which did not fit to the usual. The change could be in volume increase, dilution, and frequency with or without blood mucus in more than three times a day. The diarrhea disease was still a global health problem which resulted to the high level of illness and mortality in some countries, especially in developing countries, and became one of main cause of high rate of illness and mortality on children in the world. Moreover, diarrhea could impact to excessive fluid secretion which caused children dehydration in case of deficient fluid volume, the diarrhea could not only cause to dehydration, but also cause to death.

This research exerted method of case study on two clients of diarrhea in age range of 1-5 years old who were hospitalized in Bougenville Room of RSUD dr. Haryoto under nursing care of deficient fluid volume. The research data was collected in December 2019 through methods of interview, observation of physical checkup, and documentation on the diarrhea clients. The result of data collection was presented in table and figure, and then was discussed and compared to the previous research findings theoretically.

The nursing care was implemented on the two clients who have same complaint, weakness or debility of one of body organs, since they have the same complaint, both clients also suffered diarrhea in more than three times, watery consistency, limpness, lost appetite, and troublesome. The first and second participant showed the first symptom of diarrhea under nursing problem of deficient fluid volume. Further, the intervention on the diarrhea children clients was implemented through management of body fluid, management of diarrhea, training on hand washing, and training on right and proper way of milk bottle washing.

After the implementation of nursing intervention on both clients of diarrhea for two days, the problem on both clients was solved partly, on the first and second client, it was indicated the change of diarrhea frequency gradually, particularly from the third day, the result was gradually increased slowly.

The researcher expected to the nurses to be able to apply the nursing intervention which have been taught to the children clients of diarrhea under nursing problem of hypovolemia. In addition, the intervention on both clients was given through counseling or training on how to keep food and cutlery hygiene on children, in order to prevent diarrhea.

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga laporan kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Stroke Pada Ny. I dan Ny. S dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” dapat terselesaikan dengan baik, sehingga penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

- 1) Bapak Drs. Moh. Hasan, M.Sc, Ph.D., selaku Rektor Universitas Jember.
- 2) Bapak Dr. Halimi Maksum, M.MRS., selaku Kepala RSUD dr.Haryoto Lumajang yang telah memberikan izin penelitian kepada penulis
- 3) Ibu Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- 4) Ibu Nurul Hayati, S.Kep. Ners. MM, selaku Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang dan selaku ketua penguji yang telah memberikan izin penelitian kepada penulis.
- 5) Ibu Musviro,S.Kep.Ns.,M.Kes., selaku pembimbing Laporan Tugas Akhir dan penguji anggota II yang telah memberikan bimbingan serta arahan kepada penullis sehingga laporan tugas akhir ini dapat tersusun dengan baik.
- 6) Ibu Rizeki Dwi Fibriansari, S.Kep., Ns., M. Kep., selaku penguji anggota I yang telah memberikan bimbingan serta arahan kepada penulis.
- 7) Keluarga saya, terutama Ibu (Sunarsi) dan Ayah (Suparmo) yang saya cintai, teman-teman angkatan 19 serta semua pihak yang secara tidak langsung telah mendoakan dan memberikan motivasi.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, untuk itu penulis mohon kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan selanjutnya dan penulis sampaikan terima kasih.

Lumajang, januari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
PERSEMBAHAN.....	iv
MOTTO	v
PERNYATAAN.....	vi
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	vii
PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Bagi Penulis	4
1.4.2 Bagi Partisipan	5
1.4.3 Bagi Perawat	5
BAB 2. TINJAUAN TEORI.....	6
2.1 Konsep Penyakit	6
2.1.1 Pengertian Diare.....	6
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Patofisiologi	7
2.1.4 Tanda dan Gejala	8
2.1.5 Klasifikasi Diare	9
2.1.6 Derajat Dehidrasi	10
2.1.7 Komplikasi	11
2.1.8 Penatalaksanaan Diare	11
2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik.....	13
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	14
2.2.1 Diagnosa Keperawatan	19
2.2.2 Konsep Kekurangan Volume Cairan	19
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	20
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	24
2.2.5 Evaluasi keperawatan.....	24
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	26
3.1.1 Definisi asuhan keperawatan	26
3.1.2 Diare.....	27
3.1.3 Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan.....	27
3.2 Partisipan.....	27

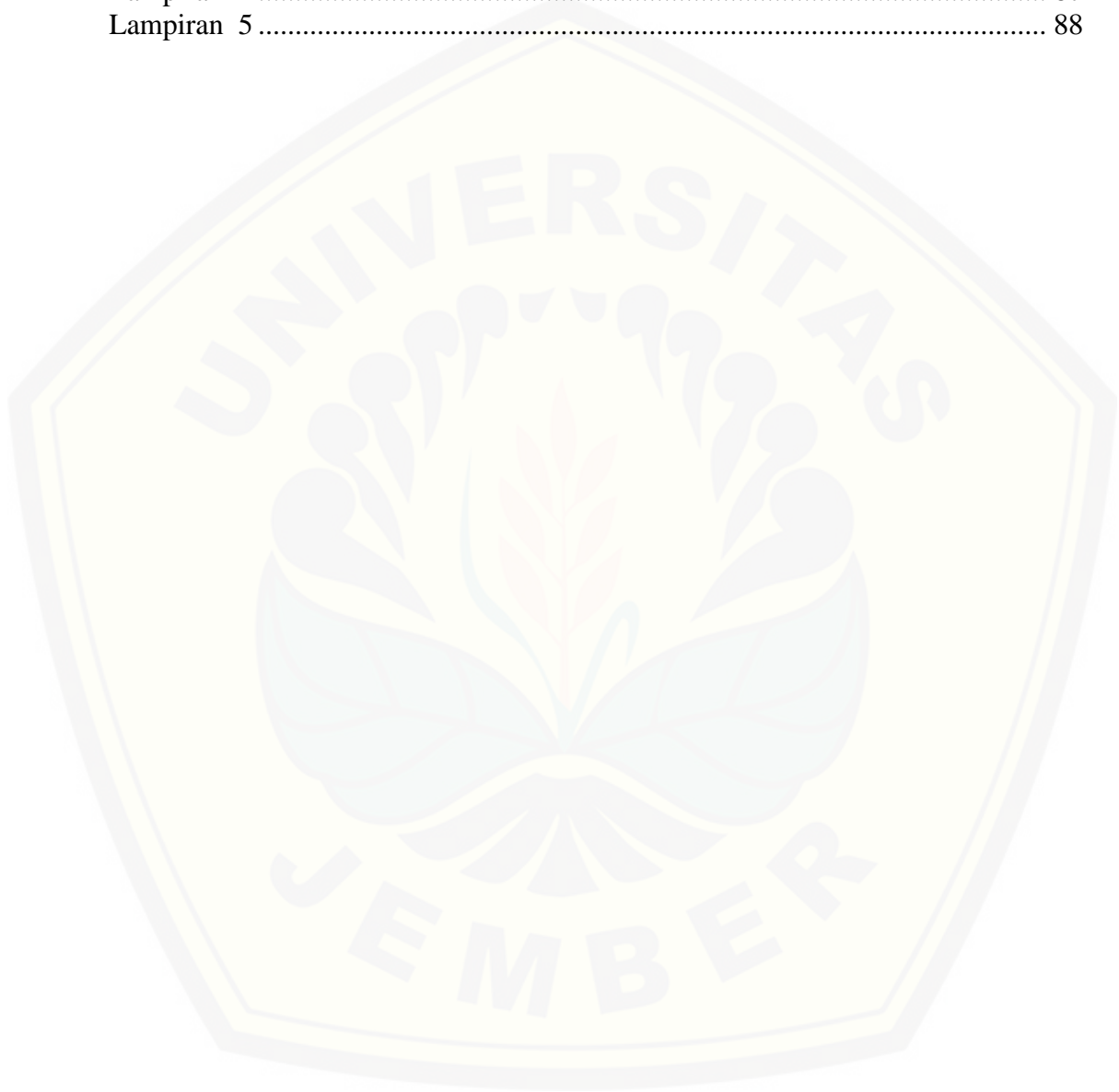
3.2.1 Terdiagnosa Diare dalam rekam medis.....	27
3.2.2 Umur 1-5 tahun	27
3.2.3 Masalah keperawatan kekurangan volume cairan	27
3.2.4 <i>Infomed consent</i>	27
3.3 Lokasi dan Waktu.....	28
3.3.1 Lokasi.....	28
3.3.2 Waktu	28
3.4 Pengumpulan Data	28
3.4.1 Wawancara.....	28
3.4.2 Pemeriksaan fisik dan Observasi	29
3.4.3 Studi Dokumentasi.....	29
3.5 Uji Keabsahan Data.....	29
3.6 Analisis Data.....	30
3.6.1 Pengumpulan Data	30
3.6.2 Data reduction (Reduksi data).....	30
3.6.3 Data display (Penyajian data)	30
3.6.4 Kesimpulan	30
3.7 Etika Penulisan	31
3.7.1 <i>Informed Consent</i> (lembar persetujuan menjadi klien).....	31
3.7.2 Anonymity (Tanpa Nama)	31
3.7.3 <i>Confidentially</i> (kerahasiaan)	31
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	32
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan	32
4.2 Hasil dan Pembahasan Asuhan Keperawatan	32
4.2.24 Intervensi Keperawatan.....	54
4.2.25 Implementasi Keperawatan.....	56
4.2.26 Evaluasi Keperawatan.....	65
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	69
5.1 Kesimpulan.....	69
5.1.1 Pengkajian Keperawatan	69
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	69
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	70
5.1.4 Implementasi Keperawatan	70
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	70
5.2 Saran	70
5.2.1 Bagi Penulis	70
5.2.2 Keluarga Partisipan	71
5.2.3 Bagi Perawat	71
5.2.4 Bagi RSUD Dr.Haryoto Lumajang	71
DAFTAR PUSTAKA	72

DAFTAR TABEL

Tabel 4.2. 1 Identitas Pasien	32
Tabel 4.2. 2 Riwayat Kesehatan.....	33
Tabel 4.2. 3 Riwayat Kesehatan Dahulu	35
Tabel 4.2. 4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan	36
Tabel 4.2. 5 Riwayat Kesehatan Keluarga	37
Tabel 4.2. 6 Riwayat Pemberian Nutrisi	38
Tabel 4.2. 7 Riwayat Psikososial	39
Tabel 4.2. 8 Reaksi Hospitalisasi	40
Tabel 4.2. 9 Pola Nutrisi	40
Tabel 4.2. 10 Pola Eliminasi	41
Tabel 4.2. 11 aktivitas sehari-hari	42
Tabel 4.2.12 Pemeriksaan Fisik	43
Tabel 4.2.13 Pemeriksaan Fisik	44
Tabel 4.2. 14 Pemeriksaan Sistem Pernapasan	45
Tabel 4.2.15 Pemeriksaan Sistem Pencernaan	46
Tabel 4.2.16 Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal	47
Tabel 4.2. 17 Pemeriksaan Sistem Endokrin dan Genitourinaria	47
Tabel 4.2. 18 Data Penunjang	48
Tabel 4.2. 19 Program dan Rencana Pengobatan.....	49
Tabel 4.2. 20 Diagnosa Medis.....	50
Tabel 4.2. 21 Analisa Data.....	51
Tabel 4.2. 22 Diagnosa Keperawatan	53
Tabel 4.2. 23 Batasan Karakteristik	54
Tabel 4.2. 24 Intervensi Keperawatan.....	54
Tabel 4.2. 25 Implementasi Keperawatan.....	56
Tabel 4.2. 26 Evaluasi Keperawatan.....	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	83
Lampiran 2	84
Lampiran 3	86
Lampiran 4	87
Lampiran 5	88



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit diare masih menjadi masalah global dengan derajat kesakitan dan kematian yang tinggi di berbagai negara terutama di negara berkembang, dan juga sebagai salah satu penyebab utama tingginya angka kesakitan dan kematian anak di dunia. Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa peningkatan volume, keenceran, dan Frekuensi dengan atau tanpa lendir darah seperti lebih dari 3 kali/hari dan neonatal lebih dari 4 kali/hari (Nursalam, Susilaningrum, & Utami, 2009). Diare dapat mengakibatkan banyak pengeluaran cairan yang menyebabkan anak dehidrasi karena kekurangan cairan, diare tidak hanya bisa menyebabkan dehidrasi saja tetapi juga dapat menyebabkan kematian.

Di negara berkembang diare merupakan masalah kesehatan anak yang penyebab utama tingginya angka kesakitan dan kematian anak di dunia. Indonesia termasuk negara berkembang yang memiliki angka kejadian diare tinggi ditandai dengan masih sering timbulnya Kejadian Luar Biasa (KLB) terkait diare di beberapa wilayah Indonesia (Kemenkes RI, 2011).

Secara umum, diperkirakan lebih dari 10 juta anak berusia kurang dari 5 tahun meninggal setiap tahunnya di dunia dimana sekitar 20% meninggal karena infeksi diare (Magdarina, 2010 dalam (Hartati & Nurazila, 2018)). Menurut Kemenkes RI, 2018 cakupan pelayanan penderita Diare Balita yang datang ke sarana kesehatan adalah 20% dari perkiraan jumlah penderita Diare Balita (Insidens Diare Balita dikali jumlah Balita di satu wilayah kerja dalam waktu satu tahun). Tahun 2018 jumlah penderita diare Balita yang dilayani di sarana kesehatan sebanyak 1.637.708 atau 40,90% dari perkiraan diare di sarana kesehatan. Sedangkan capaian cakupan pelayanan diare terendah berada tahun 2016 yaitu sebesar 82%. Cakupan pelayanan penderita diare Balita secara nasional pada tahun 2018, dengan cakupan tertinggi yaitu Provinsi Nusa Tenggara Barat (75,88%), DKI Jakarta (68,54%) dan Kalimantan Utara (55,00%), sedangkan provinsi cakupan terendah yaitu Maluku (9,77%), Sumatera Utara (16,70%) dan

Kepulauan Riau (18,68%). Hal ini disebabkan oleh rendahnya ketepatan dan kelengkapan laporan bulanan dari kabupaten/kota. Berdasarkan hasil study pendahuluan di ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang didapatkan bahwa tahun 2016 (bulan Januari-Desember) terdapat 282 kasus diare pada anak yang terdiri dari diare dengan dehidrasi ringan sebanyak 7 anak, diare dengan dehidrasi sedang 110 anak dan diare dengan dehidrasi berat sebanyak 10 anak. Pada buku register Ruang Bougenville pada awal bulan Januari 2018 – April 2019 terdapat 58 kasus diare yang terdiri dari diare dengan dehidrasi sedang 9 anak .

Diare akut pada anak paling sering disebabkan oleh virus tetapi juga dapat berkaitan dengan enteropatogen bakteri atau parasit. Virus mencederai permukaan absorbtif sel vilosa matur, menyebabkan penurunan absorpsi cairan dan defisiensi disakaridase. Bakteri menyebabkan cedera usus dengan secara langsung menginvasi mukosa, merusak permukaan mukosa, atau melepaskan toksin. Diare akut dapat berdarah atau tidak berdarah. Diare juga dapat terjadi terkait dengan penggunaan antibiotik. Faktor resiko diare akut yang terjadi 2010 di Amerika Serikat menelan daging yang belum matang, perjalanan ke daerah asing, menghadiri tempat penitipan anak, dan penggunaan air sumur (Tablang *et al.*, 2009) dalam (Kyle & Carmain 2014).

Gambaran awal diare dimulai dengan bayi cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Tinja cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. warna tinja semakin lama berubah kehijauan karena bercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan tinja semakin lama semakin asam sebagai akibat semakin banyak asam laktat yang berasal dari laktosa tidak diabsorpsi oleh usus selama diare. Bila pasien telah banyak kehilangan cairan gejala dehidrasi mulai tampak, yaitu berat badan turun, turgor berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung (bada bayi), selaput bibir dan mulut serta kulit tampak kering (Sodikin, 2011).

Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare. Apabila penderita telah banyak mengalami kehilangan air dan elektrolit, maka terjadilah gejala dehidrasi. Berat badan menurun, ubun-ubun besar dan cekung pada bayi, tonus

otot dan turgor kulit berkurang, dan selaput lendir pada mulut dan bibir terlihat kering. Gejala klinis menyesuaikan dengan derajat dehidrasi dan banyaknya kehilangan cairan (Ngastiyah, 2014). Penularan diare umumnya melalui 4F, yaitu *Food, Fly, Feces, dan Finger*. Bakteri atau virus yang berasal dari makanan yang tercemar akan pengeluaran toksit, sehingga toksik masuk pada saluran pencernaan. Toksik yang berada didinding usus akan menyebabkan peningkatan sekresi air dan elektrolit yang berlebihan dalam rongga usus, sehingga akan terjadi peningkatan isi dari rongga usus akhirnya terjadi diare (Dewi, 2013). Karena terjadi peningkatan isi dari rongga usus (dapat disebabkan oleh makanan) dan terjadi pengeluaran cairan yang berlebihan (diare) akhirnya mengakibatkan kekurangan volume cairan dalam tubuh dan dapat menyebabkan dehidrasi, syok hipovolemik, dan bahkan kematian (Azmi, 2017).

Masalah keperawatan kekurangan volume cairan pada pasien diare terjadi saat isi saluran cerna didorong melalui usus dengan sangat cepat, dengan sedikit waktu untuk absorpsi makanan yang dicerna, air, dan elektrolit. Feses yang dihasilkan menjadi encer, biasanya hijau, dan berisi lemak yang tidak dicerna, karbohidrat yang tidak dicerna, dan sejumlah protein yang tidak dicerna. Kehilangan air dapat terjadi hingga sepuluh kali dari kecepatan normal kehilangan air. Ketidakseimbangan elektrolit dapat terjadi bersama kehilangan natrium, klorida, bikarbonat, dan kalium. Diare yang menyebabkan dehidrasi akhirnya dapat menyebabkan syok hipovolemik dan dapat mangancam jiwa pada bayi dan anak yang masih kecil (Sharon Axton, 2013).

Dalam hal ini peran perawat dalam memberi asuhan keperawatan pada anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan adalah segera memberikan rehidrasi secara tepat dan cepat karena penderita diare akan mengalami kehilangan cairan secara berlebihan sehingga kita sebagai perawat harus menggantinya dengan cairan yang seimbang dengan output. Jika diare semakin parah sangat diperlukan penatalaksanaan seperti pemberian elektrolit melalui IV line, pemberian ASI, memperbaiki makanan sapihan, pemberian antibiotika hanya atas indikasi dan pemberian nasihat/*health education* menggunakan air bersih yang cukup banyak, memcuci tangan,

menggunakan jamban keluarga, cara membuang tinja yang baik dan benar serta pemberian imunisasi jika belum pada keluarga (Sodikin, 2011). Pemberian informasi tentang hal-hal yang menyebabkan diare yaitu menganjurkan pada keluarga untuk menjaga kebersihan lingkungan rumah dan juga memberikan makanan tambahan yang sehat pada bayi, dan untuk mengembalikannya cairan yang hilang anjurkan keluarga untuk memberi minum cukup, bila pasien masih bayi anjurkan ibu untuk memberikan ASI lebih sering. Selain manajemen cairan yang dapat perawat berikan manajemen Hipovolemik juga dapat diberikan jika terjadi ekspansi dari volume cairan intravaskuler pada pasien yang cairannya berkurang, manajemen syok: volume juga dapat diberikan jika pasien untuk meningkatkan perfusi jaringan yang adekuat pada pasien yang mengalami gangguan volume intravaskuler yang berat (Bulechek G. M., Butcher, Dochterman, & Wagner).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan *study* kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan di ruang Bougenville di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Anak Diare pada An. R dan An. F dengan masalah Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019 ?

1.3 Tujuan

Mengeksplorasi proses Asuhan Keperawatan Anak Diare pada An. R dan An. F dengan masalah Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman penulis dalam penerapan ilmu pengetahuan yang telah didapatkan di institusi pendidikan, serta lebih

mendalami Asuhan Keperawatan Anak Diare pada An. R dan An. F dengan masalah Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019.

1.4.2 Bagi Partisipan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan penyuluhan tentang mencuci tangan dengan benar, pentingnya menjaga hygiene makanan dan alat makan anak yang sehat dan dapat memberikan pengetahuan pada partisipan tentang upaya mengurangi angka kesakitan diare.

1.4.3 Bagi Perawat

Diharapkan dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu alternatif bagi sarana kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan terbaik untuk mengatasi masalah Asuhan Keperawatan Anak Diare pada An. R dan An. F dengan masalah Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019.

BAB 2. TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Diare

Diare adalah keadaan di mana tubuh kehilangan banyak cairan dan elektrolit melalui feses, Kelainan yang mengganggu penyerapan di usus halus cenderung lebih banyak menyebabkan diare, sedang kelainan penyerapan di kolon lebih sedikit menyebabkan diare. Pada dasarnya semua diare adalah gangguan transportasi larutan usus, adanya perpindahan air melalui membran usus berlangsung secara pasif dan hal ini ditentukan oleh aliran larutan secara aktif maupun pasif; terutama natrium, klorida, dan glukosa. Sekresi usus secara aktif yang disertai ion-merupakan faktor penting pada diare sekretorik (Sodikin, 2011).

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa peningkatan volume, keenceran, dan Frekuensi dengan atau tanpa lendir darah seperti lebih dari 3 kali/hari dan neonatal lebih dari 4 kali/hari (Nursalam, 2009).

2.1.2 Etiologi

Beberapa faktor yang menyebabkan kejadian diare pada balita yaitu infeksi yang disebabkan bakteri, virus atau parasit, adanya gangguan penyerapan makanan atau malabsorpsi, alergi, keracunan bahan kimia atau racun yang terkandung dalam makanan, imunodefisiensi yaitu kekebalan tubuh yang menurun serta penyebab lain (Suraatmaja, (2007) dalam (Hartati & Nurazila, 2018)

a. Faktor Infeksi

Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak, meliputi infeksi bakteri (*Vibrio*, *E.coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*), infeksi virus (*Entenovirus*, *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Astrovirus*), infeksi parasit (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Thricomonas hominis*) dan jamur (*Candida*, *Abicans*). Infeksi parenteral merupakan infeksi diluar system pencernaan yang dapat menimbulkan diare seperti: Otitis Media Akut (OMA), tonsillitis, bronkopneumonia, ensefalitis.

b. Faktor Malabsorpsi

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

c. Faktor Makanan

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

d. Faktor Psikologis

Diare dapat terjadi karena faktor psikologis (rasa takut dan cemas), jarang terjadi tetapi dapat ditemukan pada anak yang lebih besar (Lestari, 2016) dalam (Nurfatima, 2017)

2.1.3 Patofisiologi

Diare adalah peningkatan jumlah, frekuensi, dan fluiditas feses. Diare dapat bersifat akut atau kronis. Penyebab utama diare pada anak yang berusia kurang dari lima tahun adalah diare akut. Diare kronis adalah diare yang terjadi lebih dari dua minggu. Diare memiliki banyak penyebab yang berbeda. Infeksi merupakan penyebab yang umum pada anak dan dapat disebabkan oleh bakteri, virus, atau parasit. Penyebab utama diare akibat virus adalah rotavirus. Banyak organisme yang menyebabkan diare akibat bakteri, yaitu *Campylobacter*, *Yersinia*, *Shigella*, *Salmonella*, *Staphylococcus aureus*, dan *Escherichia coli*. Salah satu agen parasit yang paling sering menyebabkan diare pada anak adalah *Giardia lamblia*. Penyebab diare lainnya adalah intoleransi makanan, seperti alergi terhadap susu; memakan zat yang toksik, seperti timbal; intoleransi obat, seperti intoleransi antibiotik; penyakit usus, seperti penyakit Hirschsprung; defisiensi disakarida, seperti defisiensi laktase; faktor psikogenik, seperti stres emosional; malabsorpsi, seperti fibrosis kistik; dan infeksi terlokalisasi, seperti infeksi saluran napas dan saluran kemih (Axton & Terry, 2013).

Diare akut pada anak paling sering disebabkan oleh virus, tetapi juga dapat berkaitan dengan enteropatogen bakteri atau parasit. Virus mencederai permukaan

absorbtif sel vilosa matur, menyebabkan penurunan absorpsi cairan dan defisiensi disakaridase. Bakteri menyebabkan cedera usus dengan secara langsung menginvasi mukosa, merusak permukaan vilosa, atau melepaskan toksin. Diare akut dapat berdarah atau tidak berdarah. Virus, bakteri, dan parasit penyebab diare infeksius akut. Diare juga dapat terjadi terkait dengan penggunaan antibiotik. Faktor resiko diare akut antara lain baru-baru ini menelat daging yang belum matang, perjalanan kedaerah asing, menghadiri tempat penitipan anak, dan penggunaan air sumur Tablang et al.,(2009) dalam (Sodikin, 2011).

Meskipun sebagian kasus diare pada anak bersifat akut, diare juga dapat terjadi secara kronik. Diare kronik adalah diare yang berlangsung lebih dari 2 minggu. Jenis diare ini biasanya tidak disebabkan oleh penyakit serius.

Karena sebagian besar kasus diare bersifat akut dan disebabkan oleh virus, manajemen terapeutik diare biasanya bersifat suportif (memelihara keseimbangan cairan dan nutrisi). Suplemen probiotik dapat menurunkan lama dan banyaknya diare Tablang et al.,(2009). Penyebab diare yang berasal dari bakteri dapat ditangani dengan medikasi antibiotik dan diare yang berasal dari parasit dapat ditangani dengan maedikasi antiparasit (Sodikin, Keperawatan Anak : Gangguan Pencernaan , 2011).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda gejala diare menurut (Betz, 2009)

- a. Konsistensi feses cair (diare) dan frekuensi defekasi meningkat
- b. Muntah (umumnya tidak lama)
- c. Demam
- d. Kram abdomen, tenesmus
- e. Membran mukosa kering
- f. Fontanel cekung (biasanya terjadi pada bayi)
- g. Berat badan menurun
- h. Malaise

2.1.5 Klasifikasi Diare

Secara klinis, diare dibedakan menjadi tiga macam sindrom, yaitu diare akut, disentri, dan diare persisten; masing-masing mencerminkan patogenesis berbeda dan memerlukan pendekatan yang berlainan dalam pengobatannya.

a. Diare Akut (Gastroenteritis)

Diare akut adalah diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat (Noerasid, Suraatmadja 8: Asnil, 1988). Diare akut lebih sering terjadi pada bayi daripada anak yang lebih besar. Penyebab terpenting diare cair akut pada anak-anak di negara berkembang adalah rotavirus, *Escherichia coli* enterotoksigenik, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, dan *Cryptosporidium* (Depkes RI & DTTJEN PPM 6: PLP, 1999). Penyakit diare akut dapat ditularkan dengan cara fekaloral melalui makanan dan minuman yang tercemar. Peluang untuk mengalami diare akut antara anak laki-laki dan perempuan hampir sama. Diare cair akut menyebabkan dehidrasi dan, bila asupan makanan berkurang, juga mengakibatkan kurang gizi. Kematian dapat diakibatkan oleh dehidrasi.

b. Disentri

Disentri adalah diare yang disertai darah dalam feses, menyebabkan anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat, dan kerusakan mukosa usus akibat bakteri invasif. Penyebab utama disentri akut adalah *Shigella*, sedangkan penyebab lain adalah *Campylobacter jejuni* dan penyebab yang jarang adalah *E. coli* enteroinvasif atau *Salmonella*. Pada orang dewasa muda, disentri yang serius sering kali disebabkan oleh *Entamoeba histolytica*. Akan tetapi, bakteri tersebut jarang menjadi penyebab disentri pada anak-anak.

c. Diare Persisten

Diare persisten adalah diare yang pada mulanya akut, tetapi berlangsung lebih dari 14 hari. Kejadian dapat dimulai sebagai diare cair atau disentri. Diare jenis ini mengakibatkan kehilangan berat badan yang nyata, dengan volume feses dalam jumlah yang banyak sehingga pasien berisiko mengalami dehidrasi. Diare persisten tidak disebabkan oleh penyebab mikroba tunggal, *E. coli* enteroagregatif, *Shigella*, dan *Cryptosporidium* mungkin berperan lebih besar dari penyebab lain. Diare persisten tidak boleh dikacaukan dengan diare kronik,

yakni diare intermiten atau hilang timbul, atau berlangsung lama dengan penyebab noninfeksi, seperti penyakit sensitif terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang diwariskan. (Betz, 2009)

2.1.6 Derajat Dehidrasi

Derajat dehidrasi dibagi dalam 3 klasifikasi menurut (Kemenkes RI, 2011)

a Diare tanpa dehidrasi

Tanda diare tanpa dehidrasi, bila terdapat 2 tanda di bawah ini atau lebih :

- 1) Keadaan Umum : baik
- 2) Mata : Normal
- 3) Rasa haus : Normal, minum biasa
- 4) Turgor kulit : kembali cepat

Dosis oralit bagi penderita diare tanpa dehidrasi sbb :

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

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

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

b Diare dehidrasi Ringan/Sedang

Diare dengan dehidrasi Ringan/Sedang, bila terdapat 2 tanda di bawah ini atau lebih:

- 1) Keadaan Umum : Gelisah, rewel
- 2) Mata : Cekung
- 3) Rasa haus : Haus, ingin minum banyak
- 4) Turgor kulit : Kembali lambat

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

c Diare dehidrasi berat

Diare dehidrasi berat, bila terdapat 2 tanda di bawah ini atau lebih:

- 1) Keadaan Umum : Lesu, lunglai, atau tidak sadar
- 2) Mata : Cekung

- 3) Rasa haus : Tidak bisa minum atau malas minum
- 4) Turgor kulit : Kembali sangat lambat (lebih dari 2 detik)

Penderita diare yang tidak dapat minum harus segera dirujuk ke Puskesmas untuk di infus.

2.1.7 Komplikasi

- a. Dehidrasi berat, ketidakseimbangan elektrolit
- b. Syok hipovolemik terdekompensasi (hipotensi, asidosis metabolik, perfusi sistemik buruk)
- c. Kejang demam
- d. Bakteremia (Betz, 2009)

2.1.8 Penatalaksanaan Diare

a. Diare Tanpa Dehidrasi (Rencana Terapi A)

- 1) Berikan cairan tambahan sebanyak anak mau. Saat berobat, orang tua perlu diberi oralit beberapa bungkus untuk diberikan pada anak di rumah, juga perlu diberikan penjelasan mengenai:
 - a) Beri ASI lebih lama pada setiap kalipemberian (bila masih diberi ASI).
 - b) Jika diberi ASI eksklusif, berikan oralit atau air matang sebagai tambahan.
 - c) Jika tidak memperoleh ASI eksklusif, berikan salah satu cairan berikut ini, yaitu: oralit, kuah sayur, air tajin, atau air matang.
 - d) Ajarkan cara membuat dan memberikan oralit di rumah:
 - (1) 1 bungkus oralit masukkan kedalam 200 ml (1 gelas) air matang.
 - (2) usia sampai 1 tahun berikan 50-100 ml oralit setiap habis berak
 - (3) berikan oralit sedikit-sedikit dengan sendok. Apabila muntah tunggu 10 menit, kemudian berikan lagi.
- 2) Lanjutkan pemberian makan sesuai usianya.
- 3) Apabila keadaan anak tidak mebaik dalam 5 hari atau bahkan memburuk, anjurkan agar anak dibawa ke rumah sakit. Selama perjalanan ke rumahsakit, oralit tetap diberikan.

b. Diare Dengan Dehidrasi Ringan/ Sedang (Rencana Terapi B)

- 1) Berikan oralit dan observasi di klinik selama 3 jam dengan jumlah sekitar 75 ml / kgBB atau berdasarkan usia anak. Pemberian oralit pada bayi sebaiknya dengan menggunakan sendok. Adapun jumlah pemberian oralit berdasarkan usia atau berat badan dalam 3 jam pertama adalah:

Sampai 4 bulan (<6 kg)	4-12 bulan (6-<10 kg)	12-24 bulan (10-<12 kg)	2-5 tahun (12-19 kg)
200-400 ml	400-700 ml	700-900 ml	900-1400 ml

Apabila anak menginginkan lebih, maka dapat diberikan. Anak berusia di bawah 6 bulan yang sudah tidak minum ASI, diberikan juga air matang sekitar 100-200 ml selama periode ini.

- 2) Ajarkan pada ibu cara untuk membuat dan 'memberikan oralit, yaitu satu bungkus oralit dicampur dengan 1 gelas (ukuran 200 ml) air matang.
- 3) Lakukan penilaian setelah anak diobservasi 3 jam. Apabila membaik, pemberian oralit dapat diteruskan di rumah sesuai dengan penanganan diare tanpa dehidrasi. Apabila memburuk, segera pasang infus dan rujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan segera.

c. Diare dengan dehidrasi berat (rencana terapi C)

- 1) Jika anak menden'ta penyakit berat lainnya, segera dirujuk. Selama'dalam Perjalanan, mintalah ibu untuk terus memberikan orah't sedikit demi sedikit dan anjurkan untuk tetap memberikan ASI
- 2) Jika tidak ada penyakit berat lainnya, diperlukan tindakan sebagai berikut:
 - a) Jika dapat memasang infus, segera berikan cairan RL atau NaClsecepamya secara intravena sebanyak 100 ml/BB dengan pedoman sebagai berikut:

Umur	Jumlah pemberian, 30 ml/kgBB, selama	Pemberian berikutnya, 70 ml/kgBB, selama
Bayi (<12 bulan)	1 jam pertama	5 jam berikutnya
Anak (12 bulan-5 tahun)	30 menit pertama	2,5 jam berikutnya

Keterangan:

Periksa kembali setelah 1-2jam, jika status hidrasi belum membaik (nadi lemah atau tidak teraba), ulangi pemberian pertama. Jika kondisi membaik, teruskan penanganan seperti pada dehidrasi ringan/ sedang.

- b) Jika tidak dapat memasang infus tetapi dapat memasang sonde, berikan oralit melalui nasogastrik dengan jumlah 20 ml/ kg BB /jam selama 6 jam. Jika anak muntah terus-menerus dan perut kembung, berikan oralit lebih lambat. Jika keadaan membaik setelah 6 jam, teruskan penanganan seperti dehidrasiringan/sedang. Jika keadaan memburuk segera lakukan rujukan.
- c) Jika tidak dapat memasang infus maupun sonde, rujuk segera. Jika anak dapat minum, anjurkan ibu untuk memberikan oralit sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan.

2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik

- a. Tes darah samar feses untuk memeriksa adanya darah (lebih sering pada gastroenteritis yang berasal dari bakteri)
- b. Evaluasi volume, warna, konsistensi,adanya mukus atau pus pada feses
- c. Hitung drah lengkap dengan deferensial
- d. Uji antigen *immunoassay* enzim untuk memastikan adanya rotavirus
- e. Kultur feses (jika anak dirawat di rumah sakit, pus dalam feses, atau diare yang berkepanjangan) untuk menentukan patogen
- f. Evaluasi feses terhadap telur cacing dan parasit
- g. Aspirasi duodenum (jika diduga *G. lamblia*)
- h. Urinalis dan kultur (berat jenis bertambah karena dehidrasi; organisme *shigella* keluar melalui urine) (Betz, 2009).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Pada konsep asuhan keperawatan menjelaskan tentang pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian yang dilakukan pada pasien anak yang mengalami diare, antara lain sebagai berikut:

a. Anamnesis

Anamnesis pada anak diare meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pengkajian psikososial, dan data dasar pengkajian (Muttaqin, 2008).

b. Identitas dan Biodata Pasien

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orangtua, pekerjaan orang tua, dan penghasilan. Pada pasien diare, sebagian besar adalah anak yang berumur dibawah dua tahun. Insiden paling tinggi pada umur 1-5 tahun karena pada masa ini mulai diberikan makanan pendamping. Pada usia balita merupakan periode toddler, perkembangan sensorik toddler salah satunya adalah menggunakan semua inderanya untuk mengeksplorasi dunia sekitar mereka seperti menempatkan benda kemulutnya, sehingga anak rentan terhadap diare (Carman 2014).

c. Keluhan Utama

Buang Air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB <4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi), Bab 4-10 kali dan cair. (dehidrasi ringan/ringan), atau BAB > 10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung < 14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, sementara apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten (Lusianah & Suratun, 2010).

d. Riwayat Penyakit sekarang (Lusianah & Suratun, 2010)

- 1) Suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, dan timbul
- 2) Feses cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah
- 3) Anus dan daerah sekitarnya timbul mlecet karena sering defekasi

- 4) Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare
- 5) Diuresis: terjadio oliguria (kurang 1 ml/kg bb/jam) bila terjadi dehidrasi.

e. Riwayat Kesehatan (Lusianah & Suratun, 2010)

1) Riwayat imunisasi

Imunisasi merupakan salah satu cara terbaik yang dapat dilakukan orang tua dalam melindungi anak dari beragam penyakit serius yang berpotensi membahayakan hingga resiko kematian. Pemberian vaksin atau imunisasi memberi perlindungan penyakit tertentu sesuai jenis imunisasinya .

Berikut ini Merupakan daftar dan jadwal imunisasi sesuai umur anak menurut (KEMENKES RI, 2014)

Tabel 2.1 Jadwal Imunisasi

Usia Pemberian / sasaran	Jenis Pemberian
0-7 hari	Hepatitis B
1 bulan	BCG
1, 2, 3, 4 bulan	Polio / IPV
2, 3, 4 bulan	DPT-HB-Hib
9 bulan	Campak
18 bulan	DPT-HB-Hib
24 bulan	Campak

- 2) Riwayat alergi terhadap makanan Atau Obat-obatan (antibiotika).
- 3) Riwayat penyakit yang pernah diderita sebelumnya.

f. Riwayat Nutrisi

- 1) asupan makanan
- 2) keluhan nyeri abdomen
- 3) Disentri abdomen, mual, muntah.
- 4) Berat badan biasanya turun

g. Pola Eliminasi (Lusianah & Suratun, 2010)

- 1) Frekuensi defekasi sering > 3 kali/hari pada anak
- 2) Feses cair, mengandung lendir dan darah

h. Pemeriksaan Fisik (Nursalam, Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan pendekatan Praktis , 2011)

1) Keadaan umum :

- a) Baik, Sadar (tanpa dehidrasi).
- b) Gelisah, rewel (dehidrasi ringan atau sedang).
- c) Lesu, launglai, atau tidak (dehidrasi berat)

2) Tanda – Tanda Vital (Nursalam, Susilaningrum, & Utami, Asuham Keperawatan pada Anak dan Bayi (untuk perawat dan bidan), 2009)

a) Tekanan darah

Pada saat diare pasien mengalami penurunan tekanan darah dikarenakan pada saat diare tubuh kehilangan banyak cairan, terutama bila pasien tidak dapat mengimbangi asupan cairan yang dikeluarkan saat pasien diare sehingga tubuh mengalami dehidrasi. Dehidrasi pada tubuh inilah yang menyebabkan tekanan darah menjadi rendah.

Tabel 2.2 Tekanan Darah

Usia	Sistolik	Diastolik
Bayi (1-12 bulan)	80-100	55-65
Balita (1-2 tahun)	90-105	55-70
Balita (3-5 tahun)	95-107	60-71

b) Suhu

Pada anak diare suhu tubuh anak akan meningkat, peningkatan suhu tubuh anak diare dikarenakan banyaknya kehilangan cairan yang dikeluarkan saat diare sehingga anak akan mengalami dehidrasi. Pada saat anak mengalami dehidrasi dan banyak cairan tubuh yang dikeluarkan, suhu tubuh anak akan meningkat dikarenakan kekurangan cairan.

c) Frekuensi Nadi

Pada anak diare frekuensi naik jika pasien sudah memasuki dehidrasi berat, karena pada dehidrasi berat anak akan mengalami lebih banyak cairan dari

dehidrasi ringan dan sedang. Pada dehidrasi berat pasien anak akan malas minum/ tidak bisa minum karena pada dehidrasi berat pasien akan lunglai/lesu bahkan pasien ada yang tidak sadar karena sudah lebih banyak kehilangan cairan, dan pasien harus segera dilakukan tindakan

Tabel 2.3 Frekuensi Nadi

Usia	Saat Bangun	Saat Tidur
Bayi (1 bulan-1 tahun)	100-150	90-160
Balita (1-2 tahun)	70-110	80-120
Balita (3-5 tahun)	65-110	65-100

d) Respirasi

Pada pasien diare perubahan respirasi terjadi saat pasien mengalami syok. syok terjadi saat tanda-tanda vital pasien mengalami penurunan drastis, seperti tekanan darah rendah, suhu tubuh menurun, detak jantung cepat dengan denyut nadi yang lemah.

Tabel 2.4 Respirasi

Usia	Frekuensi Pernapasan
Bayi (<1 tahun)	30-55
Balita (1-2 tahun)	20-30
Balita (3-5 tahun)	20-25

3) Berat Badan

Tabel 2.5 Tingkat Dehidrasi

Tingkat Dehidrasi	% Kehilangan Berat Badan	
	Bayi	Anaka Besar
Dehidrasi Ringan	5% (50 ml/kg)	3% (30 ml/kg)
Dehidrasi Sedang	5-10% (50-100 ml/kg)	6% (60 ml/kg)
Dehidrasi Berat	10-15% (100-150 ml/kg)	9% (90 ml/kg)

Presentase penurunan berat badan tersebut dapat di perkirakan saat anak dirawat dirumah sakit. Sedangkan dilapangan, untuk menentukan dehidrasi, cukup dengan menggunakan penilaian keadaan anak sebagaimana yang telah dibahas pada bagian konsep dasar diare.

4) Kulit

Untuk mengetahui elastisitas kulit, dapat dilakukan pemeriksaan turgor kulit, dapat dilakukan pemeriksaan turgor, yaitu dengan cara mencubit daerah perut menggunakan kedua jari (bukan kedua kuku). Apa bila turgor kembali dengan cepat (kurang dari 2 detik), berarti diare tersebut tanpa dehidrasi. Apabila turgor kembali dengan lambat (cubitan kembali dalam 2 detik), ini berarti diare dengan dehidrasi ringan/ringan. Apabila turgor kembali sangat lambat (cubitan kembali lebih dari 2 detik), ini termasuk diare dengan dehidrasi berat.

5) Kepala

Anak berusia dibawah 2 tahun yang mengalami dehidrasi, ubun-ubunnya biasanya cekung

6) Mata

- a) Bentuk kelopak mata normal (tanpa dehidrasi)
- b) Bentuk kelopak mata cekung atau cowong (dehidrasi ringan/sedang).
- c) Bentuk kelopak mata sangat cekung (dehidrasi berat)

7) Mulut dan Lidah

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

8) Abdomen

Kemungkinan mengalami distensi, kram, dan bising Usus yang meningkat

9) Anus

Apakah ada iritasi pada kulitnya, apakah ada perubahan warna pada daerah anus.

2.2.1 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang terdapat pada asuhan keperawatan dengan masalah diare , adalah sebagai berikut:

- a. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan diare atau output berlebihan dan intake yang kurang
- b. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan cairan sekunder terhadap diare.
- c. Resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi sekunder terhadap diare.
- d. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan frekwensi diare.
- e. Resiko tinggi gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan BB menurun terus menerus.
- f. Kecemasan anak berhubungan dengan tindakan invasive

2.2.2 Konsep Kekurangan Volume Cairan (Wilkinson J. M., 2016)

a. Pengertian

Kekurangan Volume Cairan adalah penurunan intravaskular, interstisial, atau intrasel. Diagnosa ini merujuk pada dehidrasi yang merupakan kehilangan cairan saja tanpa perubahan kadar natrium.

b. Batasan Karakteristik

- 1) Perubahan status mental
- 2) Penurunan tekanan darah
- 3) Penurunan tekanan nadi
- 4) Penurunan turgor kulit
- 5) Membran mukosa kering
- 6) Kulit kering
- 7) Peningkatan suhu tubuh
- 8) Menurunan berat badan
- 9) Peningkatan hematokrit
- 10) Peningkatan frekwensi nadi

11) Haus

12) Kelemahan

c. Faktor yang berhubungan

- 1) Kehilangan volume cairan aktif (konsumsi alkohol yang berlebihan secara terus-menerus)
- 2) Kegagalan mekanisme pengaturan (seperti pada diabetes insipidus, hiperaldosteronisme)
- 3) (Asupan cairan yang tidak adekuat sekunder akibat)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan kekurangan volume cairan menurut (Bulechek G. M., Butcher, Dochterman, & Wagner), (Wilkinson & Ahern, 2011)

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (Diare)		
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan anak menunjukkan dan mempertahankan hidrasi adekuat.	Kriteria Hasil : a. Memiliki konsentrasi urin yang normal b. Memiliki hemoglobine dan hematokrit dalam batas normal c. Memiliki tekanan vena sentral dan pulmonal dalam rentang yang diharapkan d. Tidak mengalami dehidrasi e. Memiliki keseimbangan asupan dan haluaran dalam 24 jam f. Mukosa lembab dan mampu berkeringat g. Memiliki asupan cairan oral dan/ atau intravena yang adekuat.	Intervensi : 1. Manajemen diare a. Tentukan riwayat diare pasien b. Ajari klien dan keluarga cara penggunaan obat antidiare secara tepat. c. Intruksikan kepada keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan kinsistensi tinja. d. Berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap. e. Anjurkan keluarga klien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut. f. Anjurkan keluarga untuk menghindari makanan yang mengandung laktosa. g. Identifikasi faktor diare (misalnya medikasi, bakteri, dan pemberian makan lewat selang). h. Amati tugor kulit secara berkala. i. Ukur diare dan output pencernaan. 2. Manajemen cairan a. Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien b. Hitung dan timbang popok dengan baik c. Jaga intake/asupan yang akurat dan catat output (pasien) d. Monitor status hidrasi (misalnya, membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan

		<p>tekanan darah ortostatik)</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan f. Monitor tanda tanda vital pasien g. Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian h. Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan i. Monitor status gizi j. Berikan cairan dengan tepat k. Tingkatkan asupan oral (misalnya memberikan sedotan, menawarkan cairan di antara waktu makan, mengganti air es secara rutin, menggunakan es untuk jus favorit anak, potongan gelatin kedalam kotak yang menyenangkan, menggunakan cangkir obat kecil), yang sesuai l. Distribusikan asupan cairan selama 24 jam m. Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makanan yang baik n. Tawari makanan ringan <p>3. Manajemen Hipovolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Timbang berat badan di waktu yang sama (misalnya setelah BAK/BAB, sebelum sarapan) dan monitor kecenderungan (arah gejala) b. Monitor status hemodinamik meliputi nadi, tekanan darah, CVP, MAP, PAP, dan PCWP, CO, jika tersedia c. Monitor adanya tanda - tanda dehidrasi (misalnya turgor kulit buruk, <i>capillary refill</i> terlambat, nadi lemah/thready pulse, sangat haus, membran mukosa kering, dan penurunan urin output) d. Monitor adanya hipotensi ortostatik dan pusing saat berdiri e. Monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan (misalnya perdarahan, muntah, diare, keringat yang berlebihan, dan takipnea) f. Monitor asupan dan pengeluaran g. Monitor adanya bukti laboratorium terkait dengan kehilangan darah (misalnya hemoglobin, hematokrit, tes fekal adanya gemoalan darah), jika tersedia h. Monitor bukti laboratorium terkait dari adanya hemokonsentrasi (misalnya, sodium, BUN, berat jenis urin), jika ada i. Dukung asupan cairan oral (misal, berikan cairan lebih dari 24 jam dan berikan cairan dengan makanan), jika tidak ada kontraindikasi j. Tawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga, jika tidak ada
--	--	--

		<p>kontraindikasi</p> <ul style="list-style-type: none"> k. Jaga kepatenan akses IV l. Berikan cairan IV isotonik yang diresepkan (misalnya., cairan normal saline atau Lactated Ringer) untuk rehidrasi ekstraseluler dengan tetesan aliran yang tepat m. Berikan cairan hipotonik IV yang diresepkan (misalnya., 5% dextrose dalam cairan atau 0.45% sodium chloride) untuk rehidrasi intraseluler pada tetesan aliran yang tepat, dengan tepat n. Berikan cairan IV isotonik bolus yang diresepkan pada aliran tetesan yang tepat untuk menjaga integritas hemodinamik o. Berikan <i>colloid</i> suspensions yang diresepkan (misalnya., Hesperan, albumin, atau Plasmanate) untuk penggantian volume intravena, dengan tepat p. Instruksikan pada pasien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi telentang pada posisi duduk atau berdiri q. Monitor rongga mulut dari kekeringan dan/atau membran mukosa yang pecah r. Sediakan cairan oral (atau <i>moistened mouth swabs</i>) sesering mungkin untuk memelihara integritas membran mukosa mulut, jika tidak ada kontraindikasi s. Fasilitasi kebersihan mulut (misalnya., menggosok gigi dengan pasta gigi, menggunakan obat kumur tanpa alkohol) dua kali sehari t. Instruksikan pada pasien dan/atau keluarga untuk mencatat <i>intake</i> dan <i>output</i>, dengan tepat u. Instruksikan pada pasien dan/atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia <p>4. Menejemen Syok : Volume</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor hilangnya darah secara tiba-tiba, dehidrasi berat, atau perdarahan yang terus-menerus b. Cegah hilangnya volume darah (misalnya., berikan tekanan pada tempat perdarahan) c. Monitor turunnya tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg atau turun 30 mmHg pada pasien hipertensi d. Monitor tingkat sublingual karbondioksida e. Monitor tanda/gejala syok hipovolemi (misalnya., peningkatan haus, peningkatan denyut nadi, peningkatan SVR, penurunan urin output, penurunan bising usus, penurunan perfusi perifer, gangguan status mental, atau gangguan respirasi)
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> f. Posisikan pasien untuk mendapatkan perfusi optimal g. Insersikan dan pertahankan akses IV yang besar h. Berikan cairan IV seperti kristalod isotonik atau koloid, sesuai kebutuhan i. Berikan cairan IV yang dihangatkan dan produk-produk darah yang dihangatkan, sesuai indikasi j. Berikan oksigen dan/atau ventilasi mekanik, sesuai kebutuhan k. Ambil gas darah arteri dan monitor oksigenasi jaringan l. Monitor nilai hemoglobin/ hematokrit m. Berikan produk-produk darah (misalnya., paket sel darah merah, platelet, atau plasma beku), sesuai kebutuhan n. Monitor data lab koagulasi, meliputi <i>prothrombin time</i> (PT), <i>partial thromboplastin time</i> (PTT), <i>fibrinogen</i>, <i>fibrin degradation/split products</i>, dan hitung platelet o. Monitor data lab (misalnya., serum laktat, keseimbangan asam basa, profil metabolik, dan elektrolit)
--	--	---

Kebutuhan cairan merupakan bagian dari kebutuhan dasar manusia secara fisiologis, yang memiliki proporsi besar dalam bagian tubuh, hampir 90 % dari total berat badan. Sementtara itu, sisanya merupakan bagian padat dari tubuh. Cairan mengandung oksigen, nutrien, dan sisa metabolisme, seperti karbondioksida, yang semuanya disebut ion.

Menejemen diare yang diberikan kepada orang tua (ibu) berisi tentang definisi, penyebab dan pencegahan diare, gejala dehidrasi, pencegahan dehidrasi (Rahmawati, Rahayu, & Pratama, 2017) sehingga menejemen diare sangat diperlukan untuk menangani diare.

Pada penelitian Primayani, jumlah pasien diare dengan status gizi normal dan kurang yang menjalani rawat inap kurang dari lima hari adalah lebih besar dari jumlah anak yang menjalani rawat inap lebih / sama dengan lima hari. Sebaliknya, pada kelompok gizi buruk, jumlah pasien rawat inap kurang dari lima hari lebih sedikit dari pada yang dirawat lebih dari lia hari. Pada penelitian yang dilakukan oleh Yusuf, 2011 pasien diare disertai dengan gizi buruk didapatkan

8,6% dan gizi kurang 38,5%. Lama perawatan yang melebihi/sam dengan lima hari adalah 9,6% (Yusuf, 2011).

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan langkah dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada anak, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, dalam pelaksanaan rencana tindakan terhadap suatu jenis tindakan, yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi. Sebagai profesi, perawat mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam menentukan asuhan keperawatan (Hidayat, 2012). Implementasi yang dilakukan pada pasien anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan mengacu pada NIC dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Implementasi yang dilakukan meliputi :

- a. Manajemen Diare
- b. Manajemen Cairan
- c. Manajemen Hipovolemi
- d. Manajemen Syok: Cairan

Implementasi diatas diaplikasikan sesuai keadaan pasien. Jika pasien hanya mengalami dehidrasi, maka pasien bisa di lakukan implementasi keperawatan manajemen cairan.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang perawat buat pada perencanaan (Budiono & Pertami, 2015).

Evaluasi yang berorientasi dari hasil NOC untuk kekurangan volume cairan yaitu:

- a. Memiliki konsentrasi urin yang normal
- b. Memiliki hemoglobine dan hematokrit dalam batas normal
- c. Memiliki tekan vena sentral dan pulmonal dalam rentang yang diharapkan

- d. Tidak mengalami dehidrasi
- e. Memiliki keseimbangan asupan dan haluaran dalam 24 jam
- f. Mukosa lembab dan mampu berkeringat
- g. Memiliki asupan cairan oral dan/ atau intravena yang adekuat.



BAB 3. METODE PENELITIAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus terhadap masalah keperawatan kelebihan volume cairan pada pasien anak diare meliputi desain penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, pengumpulan data, uji keabsahan data, dan analisis data.

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain laporan kasus. Desain laporan kasus adalah suatu karya tulis ilmiah berupa paparan hasil penerapan proses asuhan keperawatan kepada pasien secara ideal sesuai dengan teori dan berisi pembahasan atau suatu kesenjangan yang bertujuan khusus dari penelitian kualitatif yaitu dapat dirumuskan dalam bentuk kalimat pernyataan untuk mengetahui suatu proses atau kegiatan Laporan kasus dalam karya tulis ini adalah Asuhan Keperawatan Anak Diare pada An. R dan An. F dengan masalah kekurangan volume cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019.

3.2 Batasan Istilah

Adapun istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi Asuhan Keperawatan Anak Diare dengan masalah Kekurangan Volume Cairan.

3.1.1 Definisi asuhan keperawatan

Asuhan Asuhan Keperawatan Anak Diare adalah proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, tahap dilakukannya tindakan, sampai tahap evaluasi pada dua pasien anak diare yang tertulis dalam rekam medik dan mengalami masalah kekurangan volume cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019.

3.1.2 Diare

Diare adalah keadaan di mana tubuh kehilangan banyak cairan dan elektrolit melalui feses, Kelainan yang mengganggu penyerapan di usus halus cenderung lebih banyak menyebabkan diare, sedang kelainan penyerapan di kolon lebih sedikit menyebabkan diare.

3.1.3 Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan

Masalah keperawatan kekurangan volume cairan pada pasien diare terjadi saat isi saluran cerna didorong melalui usus dengan sangat cepat, dengan sedikit waktu untuk absorpsi makanan yang dicerna, air, dan elektrolit.

3.2 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 klien dengan diagnosis medis Diare yang memiliki masalah keperawatan kelebihan volume cairan, dengan kriteria inklusin sebagai berikut :

3.2.1 Terdiagnosa Diare dalam rekam medis

3.2.2 Umur 1-5 tahun

3.2.3 Memiliki masalah keperawatan kekurangan volume cairan dengan memiliki dua atau lebih batasan karakteristik yaitu:

- a. Peningkatan frekwensi nadi
- b. Membran mukosa kering
- c. Kulit kering
- d. Haus
- e. Kelemahan

3.2.4 Keluarga bersedia menjadi responden dan menyetujui dengan *Infomed consent*

3.3 Lokasi dan Waktu

Pada studi kasus ini dilakukan Asuhan Keperawatan pada pasien diare dengan masalah keperawatan Kekurangan Volume Cairan di RSUD Dr.Haryoto Lumajang Tahun 2019.

3.3.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang pada tahun 2019.

3.3.2 Waktu

Pada studi kasus ini dilakukan asuhan keperawatan anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2019. Pengambilan data dilakukan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto dengan pasien 1 pada tanggal 07 s.d 09 Desember 2019 dan pasien 2 pada tanggal 14 s.d 16 Desember 2019.

3.4 Pengumpulan Data

3.4.1 Wawancara

Wawancara merupakan percakapan dengan maksud tertentu, yang dilakukan oleh dua pihak yaitu pewawancara (interviewer) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (interviewee) yang memberikan jawaban atas pertanyaan yang telah diberikan (Moleong, 2014, 186).

Wawancara memungkinkan peneliti mengumpulkan data yang bervariasi dari responden dari berbagai situasi dan konteks. Namun, wawancara perlu dilakukan dengan hati-hati dan membutuhkan triangulasi dengan data dari sumber lain. Jenis wawancara dapat di golongkan berdasarkan tingkat formalitas dan terstrukturanya wawancara yaitu wawancara terstruktur, wawancara tidak struktur dan wawancara semi struktur. (Saunders, Levis & Thornil, 2016).

Dalam asuhan keperawatan diare dengan masalah keperawatan Kekurangan Volume Cairan, hal yang perlu di wawancara pada klien atau keluarga meliputi: identitas klien, keluhan utama seperti Buang Air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB <4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi), Bab 4-10 kali dan cair,

(dehidrasi ringan/ringan), atau BAB > 10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung < 14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, atau berlangsung selama 14 hari atau lebih, frekuensi diare, volume diare, konsistensi diare, riwayat anggota keluarga yang terkena diare, apakah pasien masih menjalani asi eksklusif atau susu formula dan berdasarkan terlampir pada lembar wawancara.

3.4.2 Pemeriksaan fisik dan Observasi

Observasi kepada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis dalam penulisan laporan kasus, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien pada bagian kepala sampai kaki dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi. Data yang didapatkan penulis menggunakan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data meliputi riwayat penyakit, pola nutrisi, pola eliminasi.

3.4.3 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara (Sugiyono, 2016).

Dalam asuhan keperawatan diare dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan, pengambilan data dimulai dari klien masuk sampai klien pulang yang berasal dari dokumen perkembangan atau data yang berasal langsung dari klien (Nursalam, 2015).

3.5 Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan, dan kebenaran terhadap data informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Terdapat empat istilah yang pada umumnya digunakan untuk menyatakan keabsahan data hasil temuan penelitian kualitatif, yaitu kredibilitas (ketergantungan), dan konfirmabilitas (confirmability). Berikut di bawah ini penjelasan macam-macam keabsahan data pada penelitian kualitatif (Afiyanti dan Imami, 2014).

3.6 Analisis Data

3.6.1 Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur) (Nursalam, 2015).

3.6.2 Data reduction (Reduksi data)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dan dicaritema dan polanya, sebab data yang diperoleh dari lapangan jumlahnya cukup banyak dan perlu dicatat secara teliti dan rinci. Dengan melakukan reduksi data akan memberikan gambaran yang lebih jelas, mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulann data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan,. Reduksi data dapat dilakukan dengan bantuan komputer dengan memberikan kode pada aspek-aspek tertentu (Sugiyono, 2016: 247).

3.6.3 Data display (Penyajian data)

Selain data direduksi, langkah selanjutnya mendisplaykan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajia data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, flowchart, dan sejenisnya. Yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif (Sugiyono, 2016: 249). Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien (Nursalam, 2015).

3.6.4 Kesimpulan

Penarikan kesimpulan dilakukan dengan menemukan makna data yang telah disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil penelitian terdahulu. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi (Nursalam, 2015).

3.7 Etika Penulisan

Etika penulisan ditulis dengan menggunakan dasar penyusunan etika dalam studi kasus, etika penulisan terdiri dari :

3.7.1 Informed Consent (lembar persetujuan menjadi klien)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

3.7.2 Anonymity (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data.

3.7.3 Confidentially (kerahasiaan)

Semua informasi maupun masalah-masalah responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya pengelompokan data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah menguraikan dan membahas Asuhan Keperawatan Diare Pada An. R Dan An. F Dengan Masalah Keperawatan kekurangan volume cairan, maka pada bab ini penulis akan menyampaikan kesimpulan dan saran, untuk perbaikan dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak diare.

5.1 Kesimpulan

Penelitian ini dapat mengeksplorasi Asuhan Keperawatan pada An. R dan An. F pada anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bougenville RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2019

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Hasil dari pengkajian keperawatan didapatkan pada pasien 1 dan 2 yang berjenis kelamin laki-laki dan Perempuan. Pada pasien 1 An. R umur 1 tahun 1 bulan 0 hari, Ibu pasien mengatakan anaknya masuk rumah sakit keluhan diare 3 hari dengan konsistensi BAB cair, disertai mual, anak lemas, tidak mau makan dan rewel. Sedangkan pada pasien 2 An F umur 1 tahun 2 bulan 26 hari, Ibu pasien mengatakan anaknya masuk rumah sakit keluhan Diare 2 hari dengan konsistensi cair, lemas, anak tidak mau makan dan rewel.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosis keperawatan pasien 1 dan 2 yaitu kekurangan volume cairan didapatkan dari hasil pengkajian yang dilakukan dan dari data subjektif dan objektif yang diperoleh dari keluarga dan pasien. Batasan karakteristik yang muncul pada kedua pasien dengan kekurangan volume cairan adalah sebanyak 5 dan 4 batasan karakteristik yaitu peningkatan frekuensi nadi, membran mukosa kering, kulit kering, haus, kelemahan

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada kedua pasien yang diambil penulis, yaitu manajemen cairan dan manajemen diare. Intervensi cairan dengan tujuan keseimbangan cairan tercapai. Selain itu, perawat juga memberikan penyuluhan tentang cara mencuci tangan dengan benar, penyuluhan tentang diare dan penyuluhan tentang mencuci botol susu yang baik dan benar, karena pada kedua pasien diberikan susu formula yang sama- sama memakai botol susu.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama tiga hari kepada masing-masing pasien pada dasarnya mengacu kepada intervensi yang telah direncanakan. Tindakan berfokus pada manajemen cairan dan diare terutama untuk meningkatkan intake cairan dan menjaga hygiene makanan dan alat makan.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Untuk menyelesaikan masalah keperawatan kekurangan volume cairan pada pasien diare dapat diselesaikan kurang lebih dalam jangka waktu 3-4 hari dengan kriteria hasil: memiliki konsentrasi urin yang normal, memiliki hemoglobine dan hematokrit dalam batas normal, memiliki tekan vena sentral dan pulmonal dalam rentang yang diharapkan, tidak mengalami dehidrasi, memiliki keseimbangan asupan dan haluaran dalam 24 jam, mukosa lembab dan mampu berkeringat ,memiliki asupan cairan oral dan/ atau intravena yang adekuat.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Penulis diharapkan dapat menerapkan ilmu dan praktik Asuhan Keperawatan pada Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bougenville RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2019 sebagai acuan dan aplikasi yang dapat digunakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5.2.2 Keluarga Partisipan

Peran keluarga sangat penting untuk membantu anggota keluarganya yang mengalami Diare. Kebersihan lingkungan sangat penting untuk menjaga dan mencegah menyebarnya bakteri atau kuman yang menyebabkan anggota keluarga terkena diare.

5.2.3 Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat memberikan asuhan keperawatan pada anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan sesuai dengan standart asuhan keperawatan dan standart operasional sesuai kondisi pasien. Perawat perlu memberikan waktu implementasi yang maksimal untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien diare sehingga dapat meminimalkan keluhan yang muncul.

5.2.4 Bagi RSUD Dr.Haryoto Lumajang

Sebagai bahan masukan diharapkan untuk meningkatkan kompetensi Perawat dalam penanganan, perawat petugas Di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan aspek promosi, preventif, kuratif, dan rehabilitatif terhadap pasien Diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan.

DAFTAR PUSTAKA

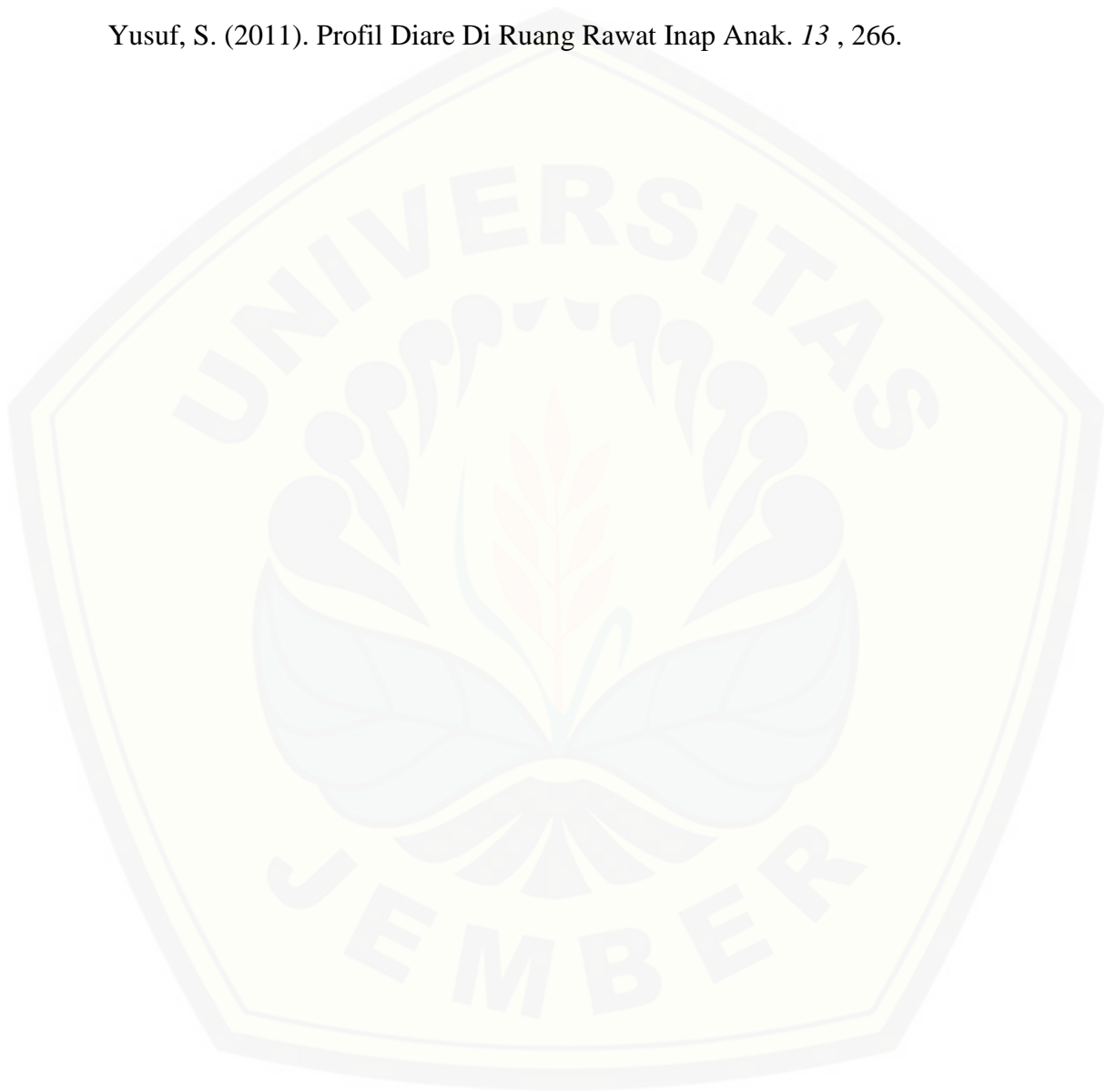
- Analinta, A. (2019). Hubungan Antara Pemberian ASI Eksklusif Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya 2017.
- Axton, S., & Terry, F. (2013). *Rencana Asuhan Keperawatan Pediatrik* (3 Ed.). Jakarta.
- Azmi, U. (2017). Asuhan Keperawatan Anak Gastroenteritis Pada An. A Dan An. M Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Diruang Bougenville Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017. Akademi Keperawatan Lumajang, Lumajang.
- Betz, C. L. (2009). *Buku Saku Asuhan Keperawatan Pediatri*(5 Ed.). Jakarta : EGC.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. *Nursing Interventions Classification (NIC)*.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6th Indonesian Edition Ed.). Singapore: Elsevier Inc.
- C.Smeltzer, S. (2015). *Handbook For Bunner & Suddarth's Textbook Of Medical--Surgical Nursing*(12 Ed.). (E. Mardella, Penyunt.) Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Carpenito, I. J. (2001). *Diagnosa Keperawatan, Edisi 8*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran Egc.
- Hartati, S., & Nurazila. (2018). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Rejosari Pekanbaru. *Jurnal Endurance*, 2 (3), 400-407.
- Hartati, S., & Nurazila. (2018). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diare Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Rejosari Pekanbaru. *Jurnal Endurance*, 400 - 407 .
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *NANDA International Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017, Ed. 10*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Indah, M. (2018). *Info Datin Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan Ri*. Kementerian Kesehatan Ri Pusat Data Dan Informasi, Jakarta.
- Indonesia, K. K. (2014). *Buku Ajar Imunisasi* .
- KEMENKES, RI. (2011). *Situasi Diare Di Indonesia*(Vol. 2).

- Lumajang, A. P. (2015). *Buku Panduan Penyusunan Proposal Dan Karya Tulis Ilmiah*. Lumajang : Media Husada Publishing .
- Lusianah, & Suratun. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta : EGC.
- Nurarif, A. ., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Kritis* (1 Ed.). (N. H. Rahil, Penyunt.) Jogjakarta.
- Nurfatima. (2017). *Asuhan Keperawatan Anak*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada, Surakarta.
- Nursalam. (2011). *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis* (3 Ed.). Jakarta : Salemba Medika .
- Nursalam, Susilaningrum, R., & Utami, S. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dan Bayi (Untuk Perawat Dan Bidan)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Paramita, D. V., & Juniati, S. H. (2016). Fisiologi Dan Fungsi Mukosiliar Bronkus. *Jurnal THT*, 9, 67.
- Prawati, D. D., & Haqi, D. N. (2019). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diare Di Tambak Sari, Kota. *Jurnal Promkes*.
- Rahmawati, E., Rahayu, E., & Pratama, K. N. (2017). Pengeruh Manajemen Diare Ditatanan Rumah Tangga Dalam Meningkatkan Pengetahuan Dan Keterampilan Penangan Diare Anak. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal Of Nursing)*, 12, 2.
- Sharon Axton, T. F. (2013). *Rencana Asuhan Keperawatan Dediatrik* (3 Ed.). Jakarta.
- Sodikin. (2011). *Asuhan Keperawatan Anak : Gangguan Sistem Grastointestinal Dan Hepato Bilier*. Jakarta : Salemba Medika.
- Sodikin. (2011). *Keperawatan Anak : Gangguan Pencernaan* . Jakarta : EGC.
- Wilkinson, J. M. (2016). *Asuhan Keperawatan: Diagnosis Nanda-I, Intervensi Nic, Hasil Noc* (10 Ed.). Jakarta .
- Wilkinson, J. M. (2017). *Diagnosis Keperawatan* (10 Ed.). Jakarta : EGC .
- Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosis Keperawatan : Diagnosis Nanda-I, Intervensi Nic, Hasil Noc, Ed. 10*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosis Keperawatan Nanda - 1 Intervensi NIC Hail NOC*(10 Ed.). (W. Praptiani, Penyunt.) Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Wilkinson, J. M., &Ahern, N. R. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan* (9 Ed.). Jakarta: EGC.

Yusuf, S. (2011). Profil Diare Di Ruang Rawat Inap Anak. *13* , 266.



MATERI PENYULUHAN 1

DIARE

1. Pengertian Diare

Diare diartikan sebagai buang air besar (defekasi) dengan feses yang berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), dengan demikian kandungan air pada feses lebih banyak daripada biasanya (Priyanto & Lestari, 2009). Diare ialah peningkatan massa tinja, frekuensi buang air besar, atau fluiditas (tingkat keenceran) tinja. Hal ini berarti pembentukan feses yang Lampiran 1 melebihi 250 gr/hari yang mengandung air 70% hingga 95%. Diare yang berat dapat keluar cairan 14 liter/hari (Kumar dkk, 2007).

2. Penyebab Diare

- a. Diare akibat virus Diare akibat virus , misalnya “influenza perut” dan “travellers diarrhoea” yang disebabkan antara lain oleh rotavirus dan adenovirus. Virus tersebut melekat pada sel mukosa usus yang mengakibatkan rusaknya sel mukosa usus sehingga kapasitas resorpsi menurun.
- b. Diare bakterial invasif Diare bakterial invasif (bersifat menyerbu), diare akibat bakteri ini mengurang seiring dengan meningkatnya derajat higiene masyarakat. Bakteri pada keadaan tertentu menjadi invasif dan menyerbu ke dalam mukosa dimana terjadi perbanyakannya sambil membentuk toksin.
- c. Diare parasiter Diare parasiter, diare parasiter terjadi akibat protozoa seperti Entamoeba, histolytica dan Giardia lamblia terutama terjadi di daerah (sub)tropis.
- d. Diare akibat penyakit Diare akibat penyakit, misalnya colitis ulcerosa, p. Crohm, irritable Bowel Syndrome (IBS), kanker colon dan infeksi-HIV juga akibat gangguan.
- e. Diare akibat obat Diare akibat obat yaitu digoksin, kinidin, garam-Mg dan litium, sorbitol, beta blockers, perintang-ACE, reserpin, sitostatika dan antibiotika berspektrum luas (ampisilin, amoksisilin, sefalosporin, klindamisin, tetrasiklin).

3. Penularan diare

Cara penularan diare pada umumnya melalui cara fecal-oral yaitu makanan atau minuman yang tercemar oleh enteropatogen, atau kontak langsung tangan dengan penderita atau barang-barang yang telah tercemar tinja penderita, atau secara tidak langsung melalui lalat, secara singkatnya dapat dikatakan melalui “4F” yakni finger (jari), flies (lalat), fluid (cairan), field (lingkungan) (Amabel,2011).

4. Pencegahan diare pada balita

Salah satu pencegahan penularan diare pada balita adalah Kebiasaan yang berhubungan dengan kebersihan perorangan yang penting dalam penularan kuman diare adalah mencuci tangan. Mencuci tangan dengan sabun, terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi makanan anak dan sebelum makan, mempunyai dampak dalam kejadian diare (Depkes RI, 2006).

5. Tanda gejala diare

- a. Peningkatan frekuensi dan kandungan cairan dalam feses.
- b. Kram abdomen, distensi, bising usus (borborigmus), anoreksia dan rasa haus.
- c. Kontraksi spasmodik yang sakit dari anus dan mengejan tak efektif (tenesmus) mungkin terjadi setiak kali defekasi.
- d. Gejala yang berkaitan adalah dehidrasi dan kelemahan.
- e. Feses yang banyak mengandung air menandakan penyakit usus halus.
- f. Feses yang lunak, semipadat berkaitan dengan kelainan kolon.
- g. Feses berwarna keabu-abuan menandakan malabsorpsi usus
- h. Mukus dan pus dalam feses menunjukkan enteritis inflamasi atau kolitis.
- i. Bercak minyak pada air toilet merupakan diagnostik dari insufisiensi.

6. Klasifikasi diare

Diare dibedakan menjadi diare akut, diare kronis dan persisten. Diare akut adalah buang air besar pada bayi atau anak-anak melebihi 3 kali sehari, disertai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu, sedangkan diare kronis sering kali dianggap suatu kondisi yang sama namun dengan waktu yang lebih lama yaitu diare melebihi satu minggu, sebagian besar disebabkan diare akut berkepanjangan akibat infeksi, diare persisten adalah diare yang berlangsung 15-30 hari, merupakan diare berkelanjutan dari diare akut atau peralihan antara diare akut dan kronik biasanya ditandai dengan penurunan berat badan dan sukar untuk naik kembali (Amabel, 2011).

7. Penatalaksanaan Menurut (Baughman & Hackley, 2000)

penatalaksanaan medik primer diarahkan pada pengontrolan penyembuhan penyakit yang mendasari :

- a. Untuk diare ringan, tingkatkan masukan cairan per oral; diresepkan glukosa oral dan larutan elektrolit.
- b. Untuk diare sedang, obat-obatan non spesifik, difenoksilat (Lomotif) dan loperamid (Imodium) untuk menurunkan motilitas dari sumber non-infeksius.
- c. Jika diare terus memburuk resepkan antimikrobia jika telah teridentifikasi preparat infeksius.
- d. Terapi intravena untuk hidrasi cepat, terutama untuk pasien yang sangat muda atau lansia. Menurut (Octa, dkk, 2014) penatalaksanaan kasus diare pada balita adalah sebagai berikut:
 - 1) Pemberian cairan (rehidrasi awal dan rumat)
 - 2) Dietetik (pemberian makanan)
 - 3) Obat-obatan
 - 4) Lintas diare meliputi:
 - a) Dehidrasi menggunakan oralit
 - b) Zinc Diberikan berturut-turut selama 10 hari
 - c) Zinc merupakan salah satu mikronutrien yang penting dalam tubuh yang dapat menghambat enzim INOS (inducible Nitric Lampiran 1 Oxide

Synthase) dimana eksresi enzim ini meningkat selama diare yang mengakibatkan hipersekresi epitel usus

- d) Teruskan pemberian ASI
- e) Antibiotik selektif
- e. Antibiotika hanya bermanfaat pada penderita diare yang disertai darah



MATERI PENYULUHAN 2 CARA MENCUCI TANGAN 6 LANGKAH

1. Definisi mencuci tangan

Mencuci tangan adalah teknik dasar untuk melakukan pengontrolan dan pencegahan infeksi bakteri. Mencuci tangan adalah proses pembuangan kotoran dan debu secara mekanis dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun atau pembersih lainnya dan dibilas dengan air bersih (Ardhiyanti,dkk, 2014).

2. Tujuan mencuci tangan

- a. menghilangkan kotoran dan debu
- b. mengurangi jumlah mikroorganismen yang menempel pada telapak tangan
- c. untuk mencegah transmisi mikroorganismen

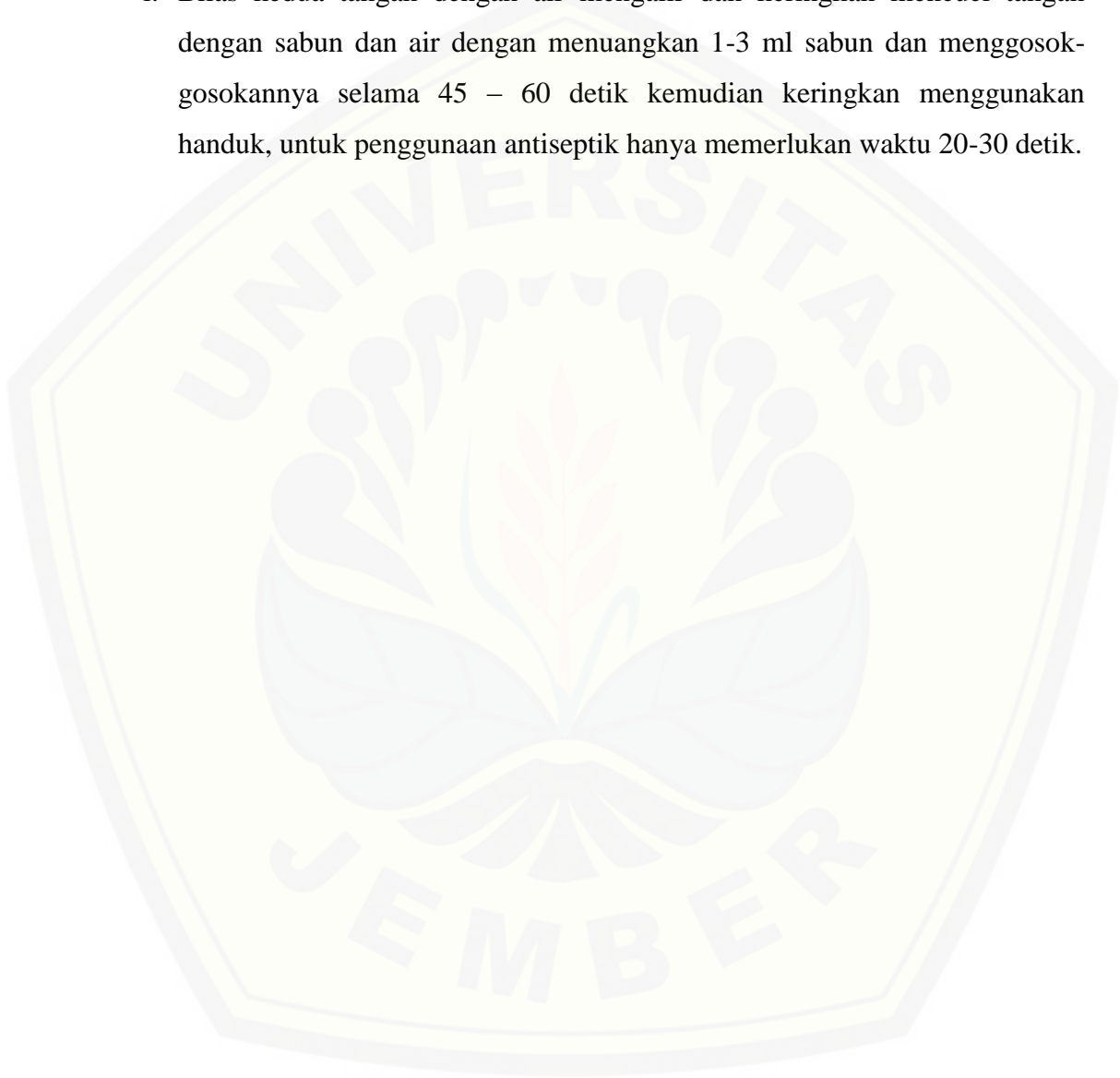
3. waktu mencuci tangan

- a. Sebelum dan setelah makan
- b. Setelah ganti pembalut.
- c. Sebelum dan setelah menyiapkan makanan, khususnya sebelum dan setelah memegang bahan mentah, seperti produk ternak dan ikan.
- d. Setelah memegang hewan atau kotoran hewan
- e. Setelah mengusap hidung, atau bersin di tangan.
- f. Setelah menangani sampah
- g. Sesudah buang air besar dan buang air kecil.

4. Langkah mencuci tangan

- a. Basuh tangan dengan air
- b. Tuangkan sabun secukupnya
- c. Ratakan dengan kedua telapak tangan
- d. Gosok punggung dan sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- e. Gosok kedua telapak dan sela - sela jari
- f. Jari-jari dalam dari kedua tangan saling mengunci

- g. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- h. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
- i. Bilas kedua tangan dengan air mengalir dan keringkan mencuci tangan dengan sabun dan air dengan menuangkan 1-3 ml sabun dan menggosok-gosokannya selama 45 – 60 detik kemudian keringkan menggunakan handuk, untuk penggunaan antiseptik hanya memerlukan waktu 20-30 detik.



MATERI PENYULUHAN 3 PENGUNAAN DAN PERAWATAN BOTOL BAYI

a. Tujuan perawatan botol bayi

Tujuan dari perawatan botol bayi adalah untuk menjaga dan mempertahankan kebersihan botol bayi agar bayi tetap sehat dan tidak mengalami masalah kesehatan seperti diare.

b. Cara perawatan botol bayi

Menurut Sutomo (2010), langkah-langkah cara mencuci botol sebelum disterilkan, adalah :

- 1) Gunakan sabun cuci yang aman untuk bayi.
- 2) Gunakan sikat khusus untuk membersihkan botol susu.
- 3) Sikat dengan bersih bagian dasar botol dan bagian leher botol karena bagian ini sisa susu formula mengendap.
- 4) Bilas botol hingga benar-benar bersih menggunakan air mengalir.
- 5) Langkah selanjutnya adalah menyeterilkan botol.

Metode sterilisasi botol bayi Menurut Safitri (2008), berbagai metode sterilisasi botol, yaitu :

1. Sterilisasi dengan Uap Listrik

Memerlukan waktu sekitar 10 menit, ditambah waktu untuk mendinginkan peralatan. Kelebihannya tidak memerlukan pembilasan lagi setelahnya dan memiliki kapasitas besar. Kekurangannya alat ini tidak bisa dibawa-bawa karena memerlukan listrik, harus sering dibersihkan dan memiliki harga yang cukup mahal.

2. Steamer Microwave

Membutuhkan waktu sekitar 5 menit, peralatan tetap steril sampai dengan 3 jam jika penutup dibiarkan pada tempatnya. Alat ini juga menggunakan uap untuk menghilangkan bakteri, tapi harganya lebih murah. Kapasitas yang dimiliki tidak

terlalu besardan alat ini tidak bisa mensterilkan alat makan seperti sendok atau mangkuk logam.

3. Peralatan Disterilkan dengan Merebus

Mebutuhkan waktu sekitar 10 menit, panci tidak boleh digunakan untuk keperluan lain dan dot karena dapat rusak lebih cepat. Selain itu segera angkat dan meniriskan botol kemudian menyimpan di tempat yang bersih dan kering. Jika dibiarkan hingga air menjadi dingin akan membuat mikroorganisme masuk dan menempel di botol. (Safitri, 2008)

Sterilisasi botol susu manual dapat dilakukan dengan cara merebus air di panci stainless steel. Rebus air selama 5-10 menit, rebus botol hingga terendam air selama 7 menit. Angkat botol susu, keringkan dengan cara membalik botol susu agar air menetes dan bagian dalam botol kering. Simpan botol susu dalam wadah tertutup rapat dan letakan di tempat yang bersih, kering, dan sejuk. (Sutomo, 2010)

Menurut Farida (2008), langkah-langkah yang mungkin perlu dilakukan saat melakukan sterilisasi botol dengan cara merebus adalah sebagai berikut :

- 1) Mengumpulkan semua botol yang akan disterilkan.
- 2) Melepaskan tutup, nipple, tutup anti sedak, dan botolnya.
- 3) Mengisi panci dengan 1/2 atau 3/4 air, lalu memanaskan di atas kompor.
- 4) Mengambil sabun pencuci piring dan melarutkan dalam botol.
- 5) Dan menggosok sampai bersih dengan menggunakan spons lembut.
- 6) Menggunakan sikat botol untuk menjangkau bagian yang sulit dijangkau dengan tangan atau jari, lalu membilas sampai busa hilang.
- 7) Setelah air mendidih, memasukkan satu-persatu bagian botol (tutup, nipple, tutup anti sedak, dan botol) ke dalam panci. Merebus kira-kira 5 menit.
- 8) Mengangkat botol dan bagian-bagiannya. Lalu menjepit dengan penjepit botol, kemudian mengeringkannya. (Ilmiah & Setyowati, 2014)

Lampiran 1

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2018-2019																TAHUN 2019-2020																			
	APRIL- MEI				JUNI- DES				JAN-JUNI				JUL				AGUST				SEP				OKT-NOV				DES				JAN			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian																																				
Konfirmasi Penelitian																																				
Konfirmasi Judul																																				
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																				
Sidang Proposal																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Data																																				
Analisa Data																																				
Konsul Penyusunan Data																																				
Ujian Sidang																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Studi Kasus																																				

Lampiran 2

Lampiran 1

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:


Nama : An. R.
 Umur : 1 tahun 1 bulan 0 hari
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Alamat : Jombang, Lumajang
 Pekerjaan : Belum bekerja

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada pasien anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan di Ruang Bougenville di RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

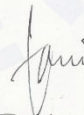
Mengetahui,
 Penanggung Jawab Penelitian



Risa Rosyida
 NIM. 162303101111

Lumajang, 07 Desember 2019

Yang Menyetujui,
 Peserta Penelitian



(.....Tatik.....)

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : An. F
Umur : 1 tahun 2 bulan 26 hari
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Kunir, Lumajang
Pekerjaan : Belum bekerja

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada pasien anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan di Ruang Bougenville di RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada tahun 2019”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 14 Desember 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Risa Rosyida
NIM. 162303101111

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(..... Niaty))

Lampiran 3**LEMBAR WAWANCARA**

Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019

Tabel 1. Lembar Wawancara

No	Pertanyaan	Pasien 1	Pasien 2
1.	Sudah berapa hari anak mengalami Diare ?	....	....
2.	Frekuensi Bab dalam sehari ?	....	....
3.	Bagaimana konsistensi Bab ?	....	....
4.	Bagaimana warna tinja saat Bab ?	....	....
5.	Apakah saat anak diare, keluar darah ?	....	....
6.	Apakah saat anak diare, disertai lendir ?	....	....
7.	Apakah diantara anggota keluarga ada yang mengalami diare sebelum pasien diare ?	....	....
8.	Tindakan yang sudah di lakukan untuk menangani gejala yang muncul ?	....	....
9.	Apakah pasien mencuci tangan sebelum dan sesudah makan ?	....	....
10.	Apakah keluarga tahu cara mencuci tangan bersih ?	....	....
11.	Apakah pasien masih mejalani Asi Eksklusif ?	....	....
12.	Apakah pasien diberikan susu formula ?	....	....
13.	Apakah kelurga tahu cara mencuci botol susu dengan bersih ?	....	....
14.	Bagaimana riwayat imunisasi nya bu ?	....	....
15.	Apakah pasien mengkonsumsi makanan yang mengandung bahan pengawet	....	....
16.	Apakah dilingkungan tempat tinggal pasien bersih ?	....	....


Lampiran 4**LEMBAR OBSERVASI**

Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019

Tabel 1. Lembar Wawancara

No	Observasi	Pasien 1	Pasien 2
1	Perubahan status mental		
2	Perubahan tekanan darah		
3	Peningkatan frekuensi nadi		
4	Penurunan turgor kulit		
5	Membran mukosa kering		
6	Kulit kering		
7	Peningkatan hematorit		
8	Peningkatan suhu tubuh		
9	Peningkatan konsentrasi urin		
10	Penurunan berat badan		
11	Haus		
12	Kelemahan		





Lampiran 5

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA MAHASISWA : Risa ROSTIDA.
 N I M : 16230810111
 PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan Universitas Jember kampus Lumajang
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	28 Mei 2019.	Konsul bab 1.	skala seperti skala jurnal foby. Induun - 10min		
2.	12 Agustus 2019.	bab 2.	penulisan konsep - pada awal kompleksitas punggi . di fepri 4 ket foto		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	26 Agustus 2019.	Konsul Bab 1 dan 2. (Revisi)	- Penulisan judul - Skema terapan. - Bab 1 (penulisan) - Revisi terapan.		
4	04 September 2019	revisi bab 1 dan bab 2.	- Penulisan judul - skema - - Penomoran. - Intervensi kep. - Cara penulisan huruf		
5	11 September 2019.	revisi bab 1 dan bab 2.	- Masalah kep terapan. - Penulisan huruf. - Intervensi.		
6	12 September 2019.	Revisi bab 2.	- Intervensi diperbaiki - Solusi - Penulisan.		
7.	16 September 2019.	Revisi bab 2	- Intervensi.		
8.	19 September 2019.	Revisi bab 2 dan konsul bab 3.	Ace revisi		
9	23 sept 2019 -		Ace → skat → maju sis proposal		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10	2 Oktober 2019	Revisi proposal	- Revisi bab 2 → pemeriksaan fisik		
11	7 Oktober 2019	Revisi proposal	- konsul bab 2 → pemfis - Revisi implementasi		
12	11 Oktober 2019	Revisi proposal	- konsul implementasi - Revisi ^{Acc} evaluasi		
13	15 November 2019	Revisi proposal	- konsul evaluasi - konsul ^{Acc} BAB 3 → acc.		
14	16 November 2019	Revisi proposal	Acc.		
15	14 Januari 2020	Konsul Bab 4	keno.		
16	15 Januari 2020	Konsul Bab 4	Revisi → Penjelasan / Pembahasan lebih rinci - cara penulisan.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
17	17 Januari 2020	Konsul bab 4	Ref. Refsi: opini lebih di perjelas cara penulisan - Intervensi dan output harus sesuai		
18	20 Januari 2020	Konsul Bab 4	Refsi: - intake output harus sesuai - intervensi harus sesuai - opini, faktor, teori harus jelas		
19	21 Januari 2020	Konsul Bab 4 dan 5	Refsi: - Bab 5 harus dikurangi lagi - bab 4 intake output harus sesuai penulisan.		
20	21 Januari 2020	Konsul Bab 5	silakan di print: daftar sistim		
1.	27/1/2020	Konsul Revisi KTR	Ed. Bab 3 → ke, alokasi waktu Revisi KTR lebih perlu lebih banyak per		
2	29/1/20	Konsul Revisi	Ace Revisi KTR		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	27 Januari 2020	Konsul KTI	- Etika penulisan - revisi bab 3 - revisi bab 1 1 - revisi penulisan referensi		
4	29 Januari 2020	Konsul KTI	- Etika penulisan bab 3 - penulisan referensi bab 6 - penulisan ringkasan bab 4.5		
5	30 Januari 2020	Konsul KTI	- Aca Norm		
6	27 Januari 2020	Konsul KTI	- Revisi perbaharuan dan Ringkasan - Revisi Bab 1 - Revisi penulisan - Revisi bab 2 dan 3		
7	28 Januari 2020	Konsul KTI	- Revisi bab 2 dan 3 - Revisi bab 4 FTU dan cara penulisan - Revisi summary - Revisi bab 5		
8	29 Januari 2020	Konsul KTI	- Revisi Etika penulisan - Revisi bab 4 dan 5 - Revisi summary		
9	30 Januari 2020	Konsul KTI	penulisan ringkasan, penulisan Lain 2 ac		



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan: Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail: kesbangpol@lumajangkab.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/2600/427.75/2019

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang Nomor:1226/UN25.1.14.2/LT/2019 tanggal 18 November 2019, perihal ijin Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama RISA ROSYIDA.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada:

1. Nama : RISA ROSYIDA
2. Alamat : Probolinggo
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang/162303101111
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019
2. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
3. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
4. Anggota/Peserta :
5. Waktu Penelitian : 26 November 2019 s/d 31 Januari 2020
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak sah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 26 November 2019
a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Sekretaris

Drs. AGOENG PAMERDI SEMBODO, MM
Pembina Tk.I
NIP. 19670604 199302 1 001

Tembusan Yth. :

1. Bupati, Lumajang (sebagai laporan),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Koordin. Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang bersangkutan.