



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.Z DAN An.H DENGAN  
DIARE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KEKURANGAN  
VOLUME CAIRAN DI RUANG BOUGENVILLE  
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Nur Indahsari  
NIM 152303101040**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.Z DAN An.H DENGAN  
DIARE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KEKURANGAN  
VOLUME CAIRAN DI RUANG BOUGENVILLE  
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

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

Oleh

**Nur Indahsari  
NIM 152303101040**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Tuhan YME, Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu dan Ayah tercinta yang telah memberikan doa, dukungan dan support secara moral dan non-moral dalam mengerjakan laporan tugas akhir ini hingga selesai.
2. Orang terkasih dan Sahabat-sahabat tercinta (The Qorib) yang telah memberikan dukungan, doa dan serta rela waktunya berkurang agar laporan tugas akhir ini segera dapat terselesaikan.
3. Teman – teman D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang  
Teman – teman seperjuangan angkatan 18 yang telah mendukung selama menjalankan program studi sampai penyelesaian karya tulis ilmiah.

## MOTO

Sabda Rasulullah SAW.: Sesungguhnya amal itu tergantung niatnya dan setiap orang hanya mendapatkan sesuai niatnya.\*)

(H.R. Bukhari dan Muslim)

Bulu akan membawa terbang manusia seperti halnya mereka membawa terbang burung, menuju langit; yaitu dengan kata-kata yang ditulis dengan pena [bulu].\*\*)

(Leonardo Da Vinci)

---

\*) Kementerian Agama Lumajang. 2012. *Buku Pendidikan Agama Islam Al-Ilmu Kelas X/1*. Lumajang: UD.An-Nur.

\*\*\*) Leonardo Da Vinci dalam Hermaya T. 2002. *Menjadi Jenius seperti Leonardo Da Vinci menggunakan Tujuh Prinsip Da Vinci untuk Meningkatkan Kreativitas dan Menyeimbangkan Tubuh dan Pikiran*. Jakarta: Gramedia Pustaka Umum.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Nur Indahsari


NPM : 152303101040

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An.Z dan An.H Dengan Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” adalah 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, 1 Juni 2018

Yang menyatakan,



Nur Indahsari  
NIM 152303101040

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.Z DAN An.H DENGAN  
DIARE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KEKURANGAN  
VOLUME CAIRAN DI RUANG BOUGENVILLE  
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

Oleh

Nur Indahsari

NIM 152303101040

Pembimbing:

Dosen Pembimbing

: Anggia Astuti, S.Kp., M.Kep.

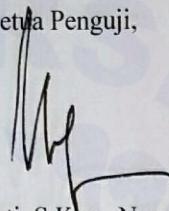
**PENGESAHAN**

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien Anak Diare dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan” karya Nur Indahsari telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Jumat, 6 Juli 2018

tempat : Kampus D3 Keperawatan Universitas Jember

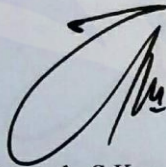
Ketua Penguji,



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.

NIP 196506291987032008

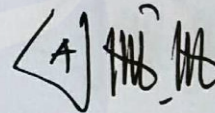
Anggota I



Arista Maisyaroh, S.Kep. Ners. M. Kep.

NRP. 198205282011012013

Anggota II



Anggia Astuti, S.Kp., M.Kep.

NRP. 760017251

Mengesahkan,  
Koordinator Program Studi  
D3 Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.

NIP 19650629 198703 2 008

## RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan Pada An.Z dan An.H Dengan Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018;** Nur Indahsari, 152303101040; 2018; 82 Halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Pada bayi usia 3 bulan membutuhkan jumlah air terbesar dibandingkan usia bayi yang lain yaitu bayi membutuhkan air sekitar 140-160 per kg BB per hari (ml). Sehingga, jumlah cairan yang diperlukan dan jumlah cairan yang hilang juga lebih besar dibandingkan orang dewasa. Salah satu kehilangan cairan berasal dari diare. Bila pada diare pengeluaran cairan melebihi pemasukan maka akan terjadi defisit cairan tubuh, yang disebut juga dengan dehidrasi. Diseluruh dunia terdapat kurang lebih 500 juta anak menderita diare setiap tahunnya dan 20% dari seluruh kematian pada anak yang hidup di negara berkembang berhubungan dengan diare serta dehidrasi.

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 yang 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 (pada bayi), selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering.

Penelitian ini bertujuan untuk Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Pasien Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang. Desain penelitian yang dipakai pada karya tulis ini adalah laporan kasus.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua klien diare didapatkan 4 batasan karakteristik yang muncul dari 13 batasan karakteristik yaitu



haus, penurunan haluaran urin, kelemahan, dan membran mukosa kering sehingga dapat diangkat masalah keperawatan kekurangan volume cairan. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada kedua klien adalah manajemen cairan dan manajemen diare. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen cairan meliputi menimbang popok, memonitor status hidrasi, menjaga intake/asupan yang akurat dan mencatat output, memberikan terapi IV. Manajemen diare meliputi menginstruksikan kepada ibu pasien untuk mencatat warna, volume; frekuensi; dan konsistensi tinja, mengukur diare atau output pencernaan. Pada tahap evaluasi keperawatan, terdapat 12 kriteria hasil yang tercapai pada kedua klien adalah membran mukosa lembab, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, kulit lembab, berat badan stabil, hematokrit normal (L 40 – 54 %, P 35 – 47 %), anak tidak tampak haus, frekuensi bab menjadi normal atau berkurang (< 4 kali/hari), konsistensi feses menjadi lunak berbentuk, bising usus normal : 5-35 x/menit, tidak ada nyeri saat BAB, warna feses kuning kecoklatan, tidak ada lendir dalam feses.

Untuk mencapai 3 kriteria hasil yang direncanakan pada kedua klien diare pada anak dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan perlu dilakukan perawatan selama minimal 3 hari.

## SUMMARY

**The Nursing Care on Children Z. and H. Diarrhea with the Problem of Nursing: Deficit Fluid Volume in Bougenville Room of General Hospital dr. Haryoto Lumajang 2018;** Nur Indahsari, 152303101040; 2018; 82 Pages; Faculty of Nursing University of Jember Lumajang Campus.

At 3 months of age, the baby needs the greatest amount of water compared to other infants. He needs about 140-160 per kilogram weight per day (ml). Thus, the amount of the fluid needed and lost is larger than the adults. One of the causes of loss of fluid in the body comes from diarrhea. The condition when the fluid loss is larger than fluid intake on diarrhea is called dehydration. There are about 500 million babies suffering diarrhea per year and 20% of the total mortalities of the babies in the developing countries relate to diarrhea and dehydration.

The beginning stage of diarrhea on the baby could be recognized by cry-baby, anxiety, increasing of body temperature, appetite decreasing and diarrhea. Hereafter, the next period is the feces become watery (liquid poop) accompanied by mucus or blood. Then, the color of the feces turns greenish because it is mixed with the bile. The anus also becomes abrasion due to frequent defects and feces are becoming increasingly acidic as a result of the greater lactic acid derived from lactose which is not absorbed by the intestine during diarrhea. The patients suffer dehydration such as decreasing of weight reduced turgor, wide-eyed and large crowns become concave (in infants), mucous membranes of lips and mouth and dry skin.

This research was aimed to the act of Nursing Care on Diarrhea Infant Patients with the Problem of Nursing: Lack Volume of Liquid di Bougenville Room of RSUD Dr. Haryoto Lumajang. The research was designed in case report.

Based on the research result conducted on two clients, it was obtained four characteristic limits appearing from 13 characteristic limits namely thirstiness, the decreasing of urine bow, debility, and dry mucous membranes with the result that the problem of nursing of lack liquid in the body could be discussed. Nursing interventions carried out on two clients were fluid and diarrhea management.

Fluid management included de-weighing diapers, monitoring hydration status, maintaining intake/output accurately and recording output, providing IV therapy. Diarrhea management included instructing the patient's mother to record color, volume; frequency; and fecal consistency, measuring diarrhea or digestive output. On nursing evaluation process, there were 12 result criteria achieved on two clients namely moisture of the mucous membrane, intake balance and output within 24 hours, damp skin, stable weight, normal hematocrit (L 40 - 54%, P 35-47%), no thirsty feeling on the patients, the frequency of defecation becomes normal or decreases (< 4 times / day), the consistency of the feces becomes soft shaped, normal bowel sounds: 5-35 x / min, no pain in poop, brownish colored, no mucus in the feces.

To achieve the 3 planned results criteria for both diarrhea clients in the infants with the above problem needs to be treated for at least 3 days.

## PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas segala Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An.Z dan An.H Dengan Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018”. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D3 Keperawatan Kampus Lumajang .

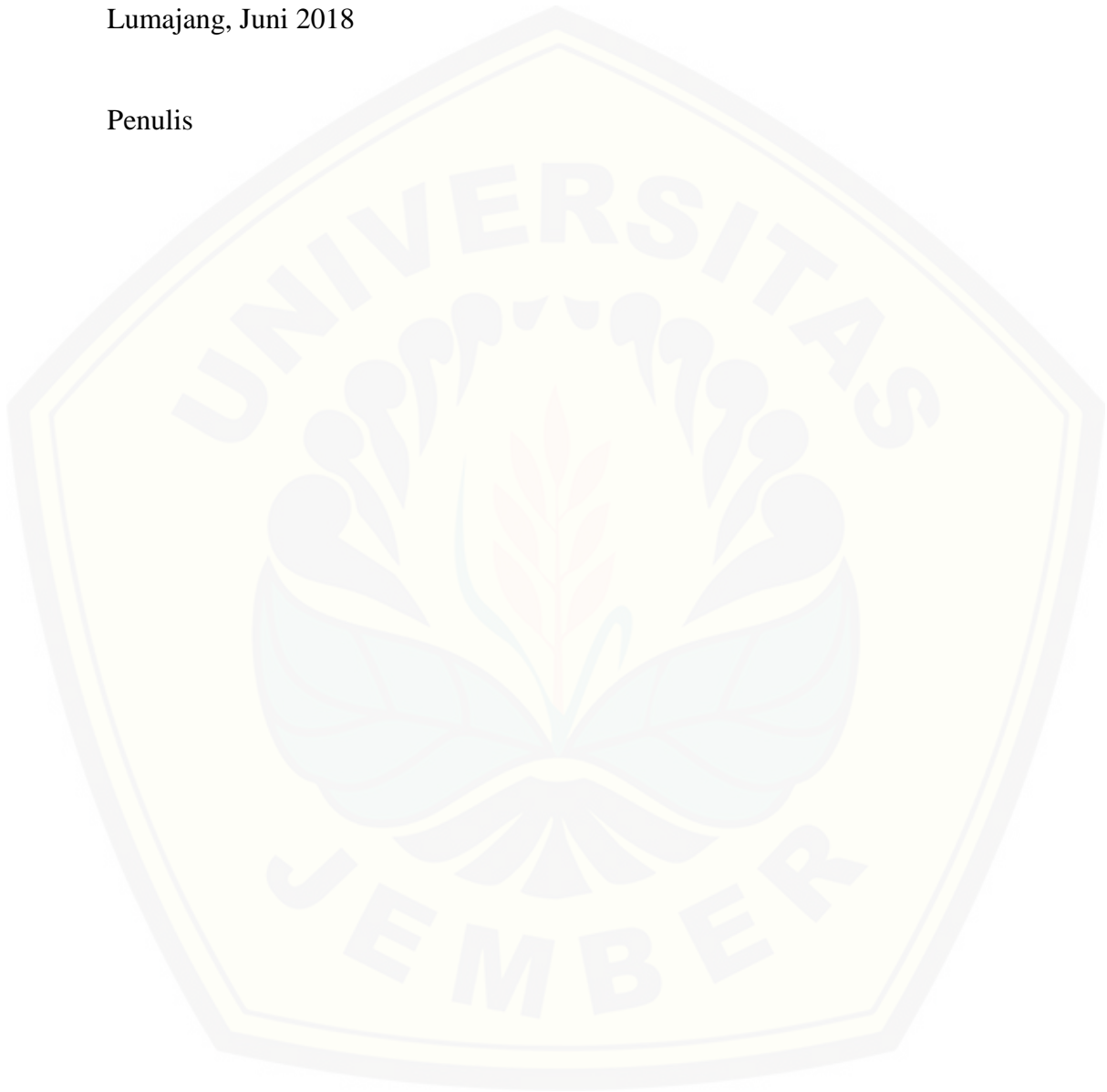
Penyusunan Laporan tugas akhir ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

- 1) Bapak Drs.Moh.Hasan M.Sc,Ph.D., selaku Rektor Universitas Jember;
- 2) Ibu Lantin Sulistyorini,S.Kep.,Ners,M.Kes selaku Dekan Program Studi Keperawatan Universitas Jember;
- 3) Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM, selaku Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah memberikan izin sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan lancar;
- 4) Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. dan Ibu Arista Maisyaroh, S.Kep. Ners. M. Kep. selaku penguji sidang yang telah memberikan kritik dan saran demi terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini;
- 5) Ibu Anggia Astuti, S.Kp., M.Kep, selaku pembimbing yang telah membimbing serta mengarahkan penulis sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat selesai dengan baik;
- 6) Bapak, Ibu, dan keluarga yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikannya laporan tugas akhir ini;
- 7) Rico Eko Prasetyo dan sahabat The Qorib yang telah memberikan dukungan, semangat, dan doanya sehingga laporan tugas akhir ini dapat selesai dengan tepat waktu.
- 8) Semua pihak yang secara tidak langsung telah membantu sehingga laporan tugas akhir ini dapat selesai dengan tepat waktu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini. Akhirnya penulis berharap, semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat.

Lumajang, Juni 2018

Penulis



**DAFTAR ISI**

<b>LAPORAN TUGAS AKHIR.....</b>	<b>i</b>
<b>LAPORAN TUGAS AKHIR.....</b>	<b>ii</b>
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>MOTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>v</b>
<b>LAPORAN TUGAS AKHIR.....</b>	<b>vi</b>
<b>PENGESAHAN .....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>viii</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>x</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>xvi</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xix</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>20</b>
1.1 Latar Belakang .....	20
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.4 Manfaat .....	4
1.4.1 Manfaat bagi penulis .....	4
1.4.2 Manfaat bagi RSUD Dr. Haryoto Lumajang .....	4
1.4.3 Manfaat bagi keluarga dan pasien .....	5
1.4.4 Manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan .....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Diare Akut.....	6
2.1.1 Definisi diare akut .....	6
2.1.2 Etiologi .....	6
2.1.3 Klasifikasi diare.....	8
2.1.4 Patofisiologi. ....	8
2.1.5 Gambaran klinis .....	11
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	12
2.1.7 Penatalaksanaan .....	14
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	18
2.2.1 Definisi Kekurangan Volume Cairan .....	18
2.2.2 Batasan Karakteristik .....	18
2.2.3 Faktor yang berhubungan.....	19

2.2.4	Pengkajian Keperawatan .....	19
2.2.5	Diagnosis dan Intervensi Keperawatan .....	22
2.2.6	Implementasi Keperawatan .....	24
2.2.7	Evaluasi Keperawatan .....	25
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENULISAN.....</b>	<b>26</b>
3.1	Desain Penelitian.....	26
3.2	Batasan Istilah .....	26
3.3	Partisipan.....	26
3.4	Lokasi dan Waktu .....	27
3.5	Pengumpulan Data .....	27
	3.5.1 Proses pengumpulan data .....	27
	3.5.2 Tehnik pengumpulan data .....	27
3.6	Analisis Data .....	28
3.7	Prinsip-prinsip etik penulisan.....	29
<b>BAB 4.</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>31</b>
4.1	Gambaran lokasi pengambilan data .....	31
4.2	Pengkajian .....	31
	4.2.1 Identitas Klien dan Keluarga.....	31
	4.2.2 Riwayat Penyakit.....	33
	4.2.3 Riwayat Penyakit.....	36
	4.2.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan.....	37
	4.2.5 Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan.....	38
	4.2.6 Riwayat Perkembangan Nutrisi.....	40
	4.2.7 Riwayat Sosial.....	42
	4.2.8 Pola-pola Kesehatan .....	44
	4.2.9 Pemeriksaan Fisik .....	47
	4.2.10 Pemeriksaan Diagnostik dan Terapi.....	52
	4.2.11 Analisa Data .....	54
	4.2.12 Batasan Karakteristik .....	56
4.3	Intervensi Keperawatan.....	57
4.4	Implementasi Keperawatan.....	60
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	72
<b>BAB 5.</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>77</b>
5.1	Simpulan .....	77
	5.1.1 Pengkajian .....	77
	5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	77
	5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	77
	5.1.4 Implementasi Keperawatan .....	78
	5.1.5 Evaluasi Keperawatan .....	78
5.2	Saran.....	78
	5.2.1 Untuk Klien dan Keluarga.....	78
	5.2.2 Untuk Peneliti Selanjutnya.....	79
	5.2.3 Bagi Perawat .....	79
	5.2.4 Bagi Rumah Sakit RSUD Dr.Haryoto Lumajang .....	79

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**





**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Etiologi diare infeksi akut.....	7
Tabel 2.2 skor Maurice King .....	11
Table 2.5 Diagnosis dan Intervensi Keperawatan.....	22
Tabel 4. 1 Identitas Pasien .....	31
Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit .....	33
Tabel 4. 3 Riwayat Penyakit .....	36
Tabel 4. 4 Riwayat kehamilan dan persalinan .....	37
Tabel 4. 5 Riwayat pertumbuhan .....	38
Tabel 4. 6 Riwayat Perkembangan .....	38
Tabel 4. 7 Riwayat perkembangan nutrisi .....	40
Tabel 4. 8 Riwayat Sosial .....	42
Tabel 4. 9 Riwayat Imunisasi .....	42
Tabel 4. 10 Pola Nutrisi dan Metabolik .....	44
Tabel 4. 11 Pola Eliminasi .....	45
Tabel 4. 12 Pola Tidur dan Istirahat.....	46
Tabel 4. 13 Pola Aktifitas .....	46
Tabel 4. 14 Pola Personal Hygiene .....	46
Tabel 4. 15 Pemeriksaan Fisik .....	47
Tabel 4. 16 Pemeriksaan Fisik Kepala sampai Leher .....	48
Tabel 4. 17 Pemeriksaan Sistem Integumen .....	49
Tabel 4. 18 Pemeriksaan Sistem Pernapasan .....	50
Tabel 4. 19 Pemeriksaan Sistem Kardiovaskuler .....	50
Tabel 4. 20 Pemeriksaan Sistem Pencernaan.....	50
Tabel 4. 21 Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal .....	51
Tabel 4. 22 Pemeriksaan Sistem Endokrin dan Genitourinaria .....	51
Tabel 4. 23 Hasil Pemeriksaan diagnostik .....	52
Tabel 4. 24 Terapi .....	53
Tabel 4. 25 Analisa Data.....	54
Tabel 4. 26 Batasan Karakteristik .....	56
Tabel 4. 27 Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 4. 28 Implementasi Keperawatan.....	60
Tabel 4. 29 Evaluasi Keperawatan.....	72

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 3.1 Jadwal Penyelenggaraan Proposal dan Laporan Kasus .....	84
Lampiran 3.2 Prosedur Pengumpulan Data .....	85
Lampiran 3.3 Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan ( <i>Informed Consent</i> ) .....	89



**DAFTAR GAMBAR**

**Gambar 2.1 Patofisiologi diare ..... 10**



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pada bayi usia 3 bulan membutuhkan jumlah air terbesar dibandingkan usia bayi yang lain yaitu bayi membutuhkan air sekitar 140-160 per kg BB per hari (ml) (Widodo, 2009). Sehingga, jumlah cairan yang diperlukan dan jumlah cairan yang hilang juga lebih besar dibandingkan orang dewasa (Tamsuri, 2009). Salah satu kehilangan cairan berasal dari diare (Raini & Isnawati, 2016). Pada diare frekuensi defekasi lebih dari 3 kali per hari yang disertai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi cair, kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200 gram atau 200 ml/24 jam (Rani, Simadibrata, & Syam, 2011). Bila pada diare pengeluaran cairan melebihi pemasukan maka akan terjadi defisit cairan tubuh, yang disebut juga dengan dehidrasi (Yusuf, Haris, & Kadim, 2011).

Diseluruh dunia terdapat kurang lebih 500 juta anak menderita diare setiap tahunnya dan 20% dari seluruh kematian pada anak yang hidup di negara berkembang berhubungan dengan diare serta dehidrasi (Wong, 2008 dalam Sirait, 2017). Jumlah penderita KLB diare tahun 2013 di Indonesia menurun secara signifikan dibandingkan tahun 2012 dari 1.654 kasus menjadi 646 kasus pada tahun 2013. KLB diare pada tahun 2013 terjadi di 6 provinsi dengan penderita terbanyak terjadi di Jawa Tengah yang mencapai 294 kasus. Sedangkan angka kematian (CFR) akibat KLB diare tertinggi di Sumatera Utara yaitu sebesar 11,76%. CFR diare yang terjadi di Sumatera Utara tahun 2013 mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2012 yaitu 1,22% menjadi 11,76% (Profil Kesehatan Indonesia, 2013 dalam Rejeki Sianturi, 2017). Di Jawa Timur, cakupan pelayanan penderita diare tahun 2011 sebesar 69%, sedangkan tahun 2012 sebesar 72,43% (masih dibawah target Nasional) (Kementrian Kesehatan RI, 2011). Pada tahun 2014, ditemukan 28.624 kasus diare dari 21.865 perkiraan kasus penduduk Kabupaten Lumajang yang menderita diare dimana cakupan kesakitan diare mencapai 130,9% (Lumajang, 2014).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sulaiman Yusuf, Syafruddin Haris, dan Muzal Kadim didapatkan 21 pasien diare akut yang memenuhi kriteria

penelitian. Karakteristik umur responden dibagi menjadi dua yaitu kategori umur di bawah 2 tahun dan umur 2-15 tahun. Kemudian jumlah pasien berjenis kelamin laki-laki 12 responden dan perempuan 9 responden. Berdasarkan derajat dehidrasi responden dibagi menjadi tiga yaitu tanpa dehidrasi, dehidrasi ringan sedang, dan dehidrasi berat. Dari hasil yang didapatkan 11 responden mengalami diare dengan dehidrasi ringan sedang, 8 responden mengalami diare tanpa dehidrasi, dan dehidrasi berat 2 responden (Yusuf, Haris, & Kadim, 2011).

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 yang 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 (pada bayi), selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering (Ngastiyah, 2014).

Pada dehidrasi berat terjadi defisit cairan sama dengan atau lebih dari 10% berat badan. Pada diare akut dengan dehidrasi berat, volume darah berkurang sehingga dapat terjadi dampak negatif pada bayi dan anak gejalanya diantaranya renjatan hipovolemik (denyut jantung menjadi cepat, denyut nadi cepat, kecil, tekanan darah menurun, penderita menjadi lemah, kesadaran menurun, diuresis berkurang), gangguan elektrolit, gangguan keseimbangan asam basa, dan gagal ginjal akut (Yusuf, Haris, & Kadim, 2011).

Pada Asuhan Keperawatan Anak diare akut dehidrasi ringan/ sedang dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan dengan manajemen cairan, manajemen elektrolit, manajemen cairan/elektrolit, manajemen nutrisi, manajemen syok volume (Wilkinson & Ahern, 2015). Manajemen cairan diantaranya dengan memberikan cairan sesuai dengan berat badan bayi, yaitu secara umum sebanyak 75 ml dikali berat badan. Jika berat badan tidak diketahui, perkiraan jumlah cairan yang diberikan sesuai

umur <4 bulan dengan berat badan < 5 kg diberikan cairan rehidrasi oral sebanyak 200-400 ml (Arifianto, 2012). Selain itu, pertahankan pencatatan yang ketat terhadap masukan dan keluaran (urin, feses, dan emesis). Timbang atau hitung popok dengan baik jika pada bayi. Timbang berat badan anak setiap hari untuk mengkaji dehidrasi. Kaji tanda-tanda vital, turgor kulit, membran mukosa, dan status mental setiap 4 jam atau sesuai indikasi untuk mengkaji hidrasi (Sodikin, 2011).

Pemberian cairan yang tepat dengan jumlah yang memadai merupakan modal yang utama mencegah dehidrasi (Yusuf, 2011). Pemberian terapi cairan pada anak-anak dengan dehidrasi ringan sampai sedang yang mengalami defisit cairan harus cepat diganti. Rekomendasi terbaru ini termasuk pemberian 50-100 mL ORS / kg berat badan selama 2 - 4 jam untuk mengganti defisit cairan yang diperkirakan, dengan tambahan ORS yang diberikan untuk menggantikan kerugian yang sedang berlangsung. Menggunakan satu sendok teh, semprit, atau obat tetes, volume cairan terbatas (misalnya, 5 mL atau 1 sendok teh) harus ditawarkan pada awalnya, dengan jumlah yang secara bertahap meningkat sebagai ditoleransi. Jika seorang anak tampaknya menginginkan lebih dari perkiraan jumlah ORS, lebih banyak yang bisa ditawarkan. Meskipun pemberian ORS cepat aman, muntah mungkin meningkat dengan jumlah yang lebih besar. Anak-anak tertentu dengan dehidrasi ringan sampai sedang tidak akan membaik dengan ORT. Oleh karena itu, mereka harus diamati sampai tanda-tanda dehidrasi mereda (King, Glass, Bresee, & Duggan, 2003). Kegunaan pemberian cairan dan terapi elektrolit sangatlah penting karena pada kasus diare akan menurunkan kemampuan usus dalam menyerap air maupun elektrolit, dan bahkan mengeluarkan cairan kaya elektrolit (Kapti & Azizah, 2017).

Diare dan malnutrisi secara tunggal atau bersama-sama, merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada anak-anak di negara tropis. Data dari Timur Laut Brazilia, menunjukkan bahwa diare adalah akibat sekaligus penyebab dari malnutrisi. 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 lima hari. Pada penelitian yang dilakukan oleh Yusuf, 2011 pasien diare disertai dengan gizi buruk didapatkan 8,6% dan gizi kurang 38,5%. Lama rawatan yang melebihi/sama dengan lima hari adalah 9,6% (Yusuf, 2011).

Dari latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus dengan judul Asuhan Keperawatan pada Pasien Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada An. Z dan An. H Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang ?

## **1.3 Tujuan**

Penelitian ini bertujuan untuk Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada An. Z dan An. H Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang.

## **1.4 Manfaat**

Manfaat dari penelitian ini dapat digunakan untuk penulis, institusi tempat penelitian, keluarga dan pasien, serta pengembangan ilmu pengetahuan.

### **1.4.1 Manfaat bagi penulis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan pengetahuan baru dalam melakukan riset studi kasus terkait dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan.

### **1.4.2 Manfaat bagi RSUD Dr. Haryoto Lumajang**

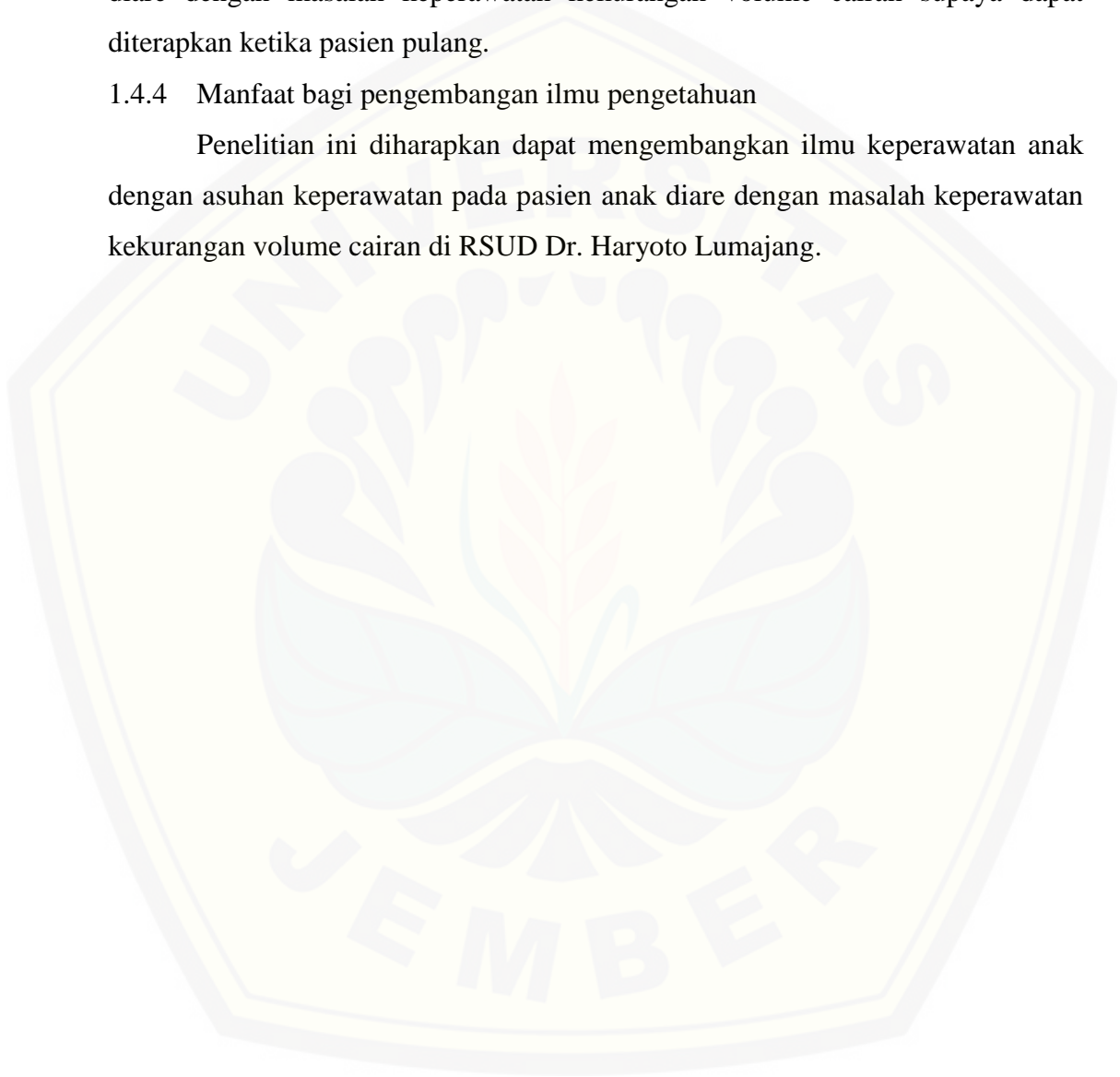
Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan pedoman bagi tempat pelayanan untuk meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan.

#### 1.4.3 Manfaat bagi keluarga dan pasien

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan dan memberikan informasi pada keluarga pasien terhadap tindakan keperawatan pada pasien anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan supaya dapat diterapkan ketika pasien pulang.

#### 1.4.4 Manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu keperawatan anak dengan asuhan keperawatan pada pasien anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang.





## BAB 2. TINJAUAN TEORI

### 2.1 Konsep Diare Akut

#### 2.1.1 Definisi diare akut

Diare dapat diartikan sebagai buang air besar dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair, kandungan tinja lebih banyak dari biasanya ( $>200$  gram/24 jam) (Cahyono, 2014). Diare juga dapat didefinisikan bila berat tinja lebih dari 200 g per 24 jam dan kandungan air tinja lebih dari 200 ml per 24 jam, serta frekuensi buang air besar encer/air tersebut lebih dari 3 kali per 24 jam (Rani, Simadibrata, & Syam, 2011). Sedangkan diare akut merupakan diare lebih dari 3 kali sehari dan berlangsung kurang dari 14 hari dan tidak mengandung darah (Organization, 2009).

#### 2.1.2 Etiologi

Diare infeksi akut dapat disebabkan oleh berbagai organism, diantaranya adalah bakteri, virus, protozoa, dan helmint (Cahyono, 2014).

##### a. *E coli*

Bakteri yang sering menjadi penyebab diare infeksi akut adalah *E coli*, *Shigella sp*, *V cholera*, *Salmonella non tifoid (S gastroenteritis)*, *Campylobacter* dan *Cl difficile*. Masa inkubasi masing-masing bakteri tersebut sekitar 16-72 jam.

##### b. Enterotoxigenic *E. coli* (ETEC)

ETEC menyebabkan diare perjalanan (*traveler's diarrhea*), *Enteroinvasive E coli* (ETEC) menyebabkan diare berdarah (disentri) dan *Enterohemorrhagic E coli* (EHEC) menyebabkan diare berdarah, kolitis hemoragic berat dan sindrom uremia hemolitik. *E coli* sering menimbulkan wabah diare yang penularannya terjadi melalui makanan.

##### c. *Campylobacter*

*Campylobacter* menimbulkan infeksi asimtomatik. Manifestasi infeksi bakteri ini adalah diare berair dan berdarah, nyeri perut dan demam. Sumber penularan *Campylobacter* biasanya berhubungan dengan ternak ayam.

d. *Shigella sonnei*

*Shigella sonnei* hanya menimbulkan tampilan klinis ringan namun sering menyebabkan wabah dan *S dysenteriae* menyebabkan diare disentri dan wabah.

a. V cholera

V cholera sering menimbulkan diare yang berat dan wabah di Negara sedang berkembang. Tanpa penanganan yang tepat pasien dapat mengalami keadaan fatal akibat dehidrasi.

b. *Salmonella gastroenteritis*

*Salmonella gastroenteritis* (non-tifoid) menyebabkan diare berair dan disentri. Manusia adalah satu-satunya pembawa bakteri ini dan binatang merupakan reservoir untuk salmonella.

c. Virus

Baik di Negara berkembang maupun sedang berkembang virus merupakan penyebab terbanyak diare akut. Rotavirus menjadi penyebab 1/3 pasien yang dirawat karena diare akut. Khusus pada anak, rotavirus sering menyebabkan fatalitas akibat dehidrasi.

d. Protozoa dan helmint

Penularan protozoa pada umumnya terjadi melalui rute fekal-oral. Protozoa dan helmint sering menyebabkan diare persisten. Amebiasis merupakan parasite penyebab kematian ketiga di Negara sedang berkembang setelah malaria dan schistosomiasis, dengan komplikasi kolitis amebiasis dan abses hati. *Cryptosporidium parvum* merupakan protozoa yang sering menyebabkan diare pada pasien yang mengalami penurunan daya tahan seperti HIV, neoplasia hematologi, pasien dengan transplantasi.

Tabel 2.1 Etiologi diare infeksi akut

Bakteria	Virus	Parasit
<i>Escherichia coli</i>	Rotavirus	Protozoa
<i>Campylobacter</i>	Norovirus	<i>Cryptosporidium parvum</i>
<i>Shigella</i>	Adenovirus	<i>Giardia intestinal</i>
<i>Salmonella non-tifoid</i>	Adenovirus	<i>Entamoeba histolytica</i>
<i>Vibrio cholera</i>	Cytomegalovirus	<i>Cyclospora cayatanensis</i>
<i>Clostridium difficile</i>		<i>Dientamoeba fragilis</i>
<i>Yersinia enterocolitica/</i>		<i>Blastocystis hominis</i>
<i>pseudotuberculosis</i>		Helminth
		<i>Strongyloides stercoralis</i>

Bakteria	Virus	Parasit
		Shistosoma mansoni / japonicum

### 2.1.3 Klasifikasi diare

Berdasarkan tingkat dehidrasi anak dengan diare:

- a. Diare tanpa dehidrasi
- b. Dehidrasi ringan atau sedang

Pada dehidrasi ringan kehilangan cairan 2-5% dari berat badan dan pada dehidrasi sedang kehilangan cairan 5-8% dari berat badan.

- c. Dehidrasi berat

Pada dehidrasi berat kehilangan cairan 8-10% dari berat badan (Nuari, 2015).

### 2.1.4 Patofisiologi (Muttaqin & Sari, 2013).

Secara umum kondisi peradangan pada gastrointestinal disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin dan atau memproduksi sitotoksin. Mekanisme ini menghasilkan peningkatan sekresi cairan dan atau menurunkan absorpsi cairan sehingga akan terjadi dehidrasi.

Mekanisme dasar yang menyebabkan diare, meliputi hal-hal sebagai berikut.

- a. Gangguan osmotik

kondisi ini berhubungan dengan asupan makanan atau zat yang sukar diserap oleh mukosa gastrointestinal dan akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

- b. Respons inflamasi mukosa

Respons inflamasi mukosa terutama pada seluruh permukaan intestinal akibat produksi enterotoksin dari agen infeksi memberikan respons peningkatan aktivitas sekresi air dan elektrolit oleh dinding usus ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

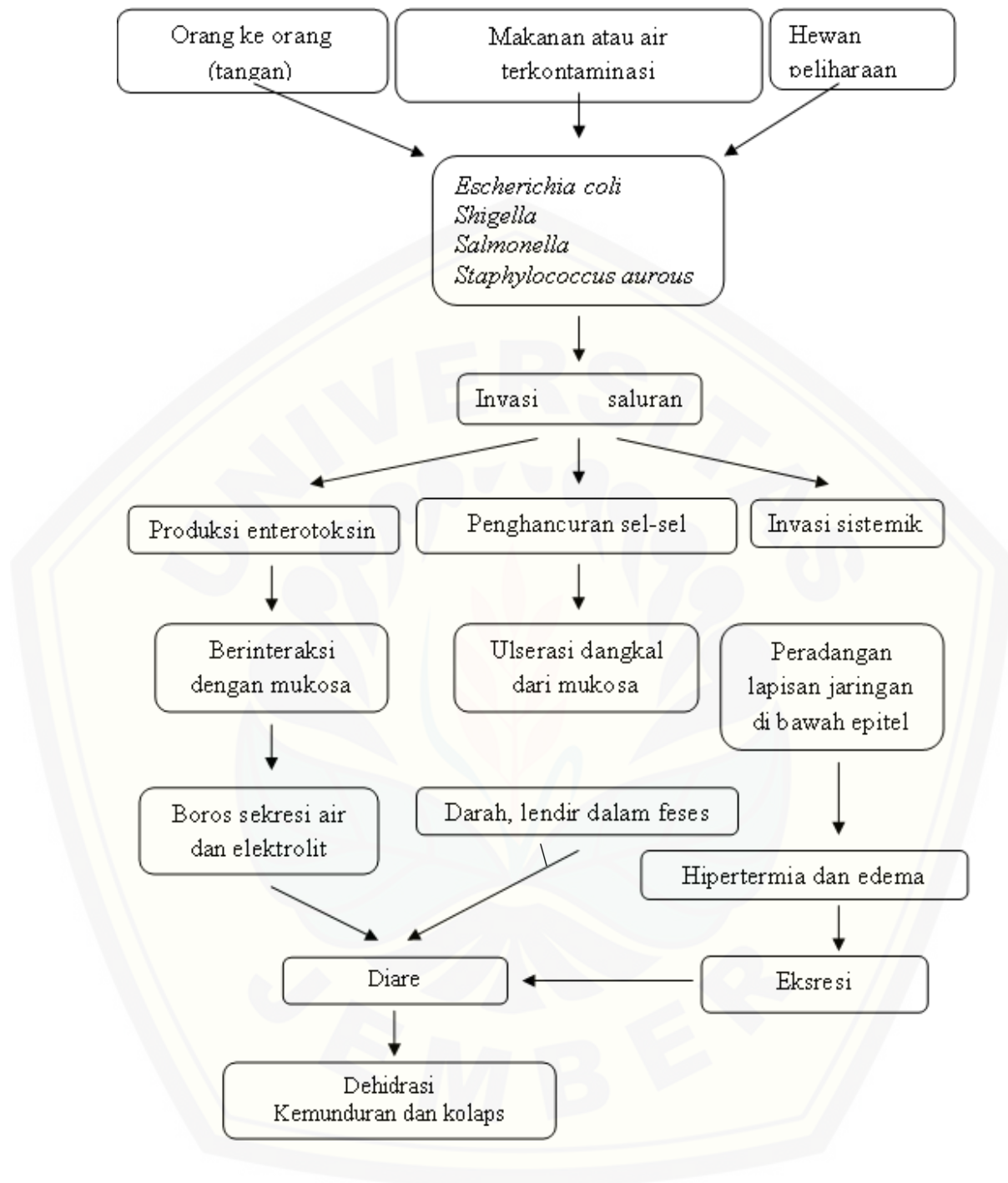
c. Gangguan motilitas usus

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

Selain itu, diare juga dapat terjadi akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung. Mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare. Mikroorganisme memproduksi toksin. Enterotoksin yang diproduksi agen bakteri (seperti *E.coli* dan *Vibrio cholera*) akan memberikan efek langsung dalam peningkatan pengeluaran sekresi air ke dalam lumen gastrointestinal. Beberapa agen bakteri bisa memproduksi sitotoksin (seperti *Shigella dysenteriae*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Clostridium difficile*, enterohemorrhagic *E.coli*) yang menghasilkan kerusakan sel-sel mukosa, serta menyebabkan feses bercampur darah dan lendir bekas sisa sel-sel yang terinflamasi. Invasi enterosit dilakukan beberapa mikroba seperti *Shigella*, organisme *campylobacter*, dan eterovasisif *E.coli* yang menyebabkan terjadinya destruksi, serta inflamasi.

Dehidrasi dapat terjadi karena kekurangan air, kekurangan natrium, serta kekurangan air dan natrium secara bersama-sama. Kekurangan air atau dehidrasi primer terjadi pada peradangan fungsi usus besar dalam melakukan absorpsi cairan terganggu sehingga masuknya air sangat terbatas. Gejala-gejala khas pada dehidrasi primer adalah haus, saliva sedikit sekali sehingga mulut kering, oliguria sampai anuria, sangat lemah, serta timbulnya gangguan mental seperti halusinasi dan delirium.

Diare dengan dehidrasi berat dapat mengakibatkan renjatan (syok) hipovolemik. Syok adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh defisiensi sirkulasi akibat ketidakseimbangan antara volume darah dan ruang vaskular.



Gambar 2.1 Patofisiologi diare (Muttaqin &amp; Sari, 2013)

### 2.1.5 Gambaran klinis (Organization, 2009)

Berdasarkan tingkat dehidrasi anak dengan diare:

a. Diare tanpa dehidrasi

Jika terdapat dua atau lebih tanda-tanda atau gejala berikut, berarti anak menderita diare tanpa dehidrasi:

- a. Keadaan umum baik atau sadar
  - b. Mata tidak cekung
  - c. Keinginan untuk minum normal atau tidak ada rasa haus
  - d. Turgor kulit kembali segera
- b. Dehidrasi ringan atau sedang

Jika terdapat dua atau lebih tanda-tanda atau gejala berikut, berarti anak menderita dehidrasi ringan atau sedang:

- a. Keadaan umum rewel, gelisah
  - b. Mata cekung
  - c. Minum dengan lahap, haus
  - d. Cubitan kulit kembali dengan lambat
- c. Dehidrasi berat

Jika terdapat dua atau lebih tanda-tanda atau gejala berikut, berarti anak menderita dehidrasi berat:

- a. Letargis atau tidak sadar
- b. Mata cekung
- c. Tidak bisa minum atau malas minum
- d. Cubitan kulit perut kembali sangat lambat ( $\geq 2$  detik).

Tabel 2.2 skor Maurice King

Bagian yang diperiksa	Nilai untuk gejala yang ditemukan		
	0	1	2
Keadaan umum	Sehat	Gelisah, cengeng, apatis, ngantuk	Mengigau, koma, atau syok
Kekenyalan kulit	Normal	Sedikit kurang	Sangat kurang
Mata	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Ubin-ubin besar	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Mulut	Normal	Kering	Kering dan sianosis
Denyut nadi/menit	Kuat <120 x/menit	Sedang (120-140) x/menit	Lemah >140 x/menit

Hal yang perlu diperhatikan pada saat menentukan derajat dehidrasi dengan menggunakan skor Maurice King.

- a. Menentukan kekenyalan kulit, kulit perut “dijepit” antara ibu jari dan telunjuk selama 30-60 detik, kemudian dilepas kembali. Apabila kulit kembali normal dalam waktu 1 detik (turgor agak kurang/dehidrasi ringan), 1-2 detik (turgor kurang/dehidrasi sedang), dan 2 detik (turgor sangat kurang/dehidrasi berat).
- b. Berdasarkan skor yang terdapat pada seorang penderita maka dapat ditentukan derajat dehidrasinya, bila mendapat nilai 0-2 (dehidrasi ringan), 3-6 (dehidrasi sedang), dan 7-12 (dehidrasi berat).
- c. Pada anak-anak dengan ubun-ubun besar sudah menutup, nilai untuk ubun-ubun besar diganti dengan banyaknya atau frekuensi buang air kecil (Sodikin, 2011).

#### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang (Cahyono, 2014)**

- a. Pemeriksaan laboratorium
  - a. Pemeriksaan darah rutin (leukosit, KED, atau CRP) memberikan informasi mengenai tanda infeksi/inflamasi.
  - b. Pemeriksaan fungsi ginjal dan elektrolit penting untuk menilai gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
  - c. Serologi serum dapat mendeteksi pada 80-90% dengan amebiasis invasif serum.
- b. Pemeriksaan tinja
  - a. Pemeriksaan tinja rutin dapat memberikan informasi mengenai adanya diare inflamasi (leukosit dan eritrosit).
  - b. Pemeriksaan tinja direkomendasikan pada pasien yang mengalami diare berat, khususnya ditandai dengan:
    - a) Diare akut berat disertai demam ( $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ).
    - b) Pasien dirawat di rumah sakit dan mendapatkan antibiotika.
    - c) Diare profus yang dicurigai disebabkan oleh kolera.
    - d) Dehidrasi.
    - e) Disentri (diare berdarah).

- c. Bila penyebab diare akut yang dicurigai adalah bakteri, virus atau protozoa sampel tinja tunggal sudah mencukupi.
  - d. Bila sampel tinja akan diperiksa secara mikroskopis maka pemeriksaan sudah harus dilakukan dalam waktu 4 jam khususnya untuk mendeteksi organism parasite dan dalam waktu 12 jam bila untuk metode mikrobiologi rutin.
  - e. Bila ada kecurigaan penyebab diare adalah *Cl difficile* atau diare persisten disebabkan parasite diperlukan 3 sampel tinja terpisah.
  - f. Pemeriksaan mikroskopis tinja dapat mengidentifikasi penyebab diare infeksi seperti: *Dientamoeba fragilis*, *Blastocystis hominis*, *Strongyloides*, *E histolytica*, *Giardiasis intestinal*, *Cryptosporidium parvum*, *Cyclospora cayatanensis*.
  - g. Pemeriksaan serologi tinja (enzyme immunoassay untuk mendeteksi toksin A dan B) untuk mendiagnosis *Cl difficile* dan *rapid antigen-detection test* untuk mendiagnosis rotavirus.
- c. Pemeriksaan endoskopi
- a. Indikasi pemeriksaan kolonoskopi adalah diare yang dicurigai penyebabnya *Cl difficile* dan diare disentri dengan tes mikrobiologi dan uji toksin tinja negative.
  - b. Kolonoskopi penting untuk membedakan antara diare akibat *inflammatory disease* dengan diare infeksi (*shigella*, *salmonella*, *campylobacter*, *E. coli* invasive, *Cl difficile* atau *cytomegalovirus*).
- d. Pemeriksaan imaging
- a. Pemeriksaan CT scan diindikasikan pada pasien dengan nyeri perut kuat untuk menyisihkan adanya perforasi usus atau untuk menilai tingkat keparahan dan luasnya kolitis ineksius.
  - b. Pemeriksaan USG dapat memberikan informasi mengenai penebalan dinding usus, limfadenopati, dan komplikasi dari disentri amuba (abses hepar).



### 2.1.7 Penatalaksanaan (Cahyono, 2014)

Tata laksana/terapi anak dengan diare tanpa dehidrasi. Menerangkan 5 langkah terapi diare di rumah.

- a. Beri cairan lebih banyak dari biasanya dengan cara:
  - a. Teruskan ASI lebih sering dan lebih lama
  - b. Anak yang mendapat ASI eksklusif, beri oralit atau air matang sebagai tambahan
  - c. Anak yang tidak mendapat ASI eksklusif, beri susu yang biasa diminum dan oralit atau cairan rumah tangga sebagai tambahan (kuah sayur, air tajin, air matang)
  - d. Beri oralit sampai diare berhenti. Bila muntah, tunggu 10 menit dan dilanjutkan sedikit demi sedikit.
    - a) Umur < 1 tahun diberi 50-100 ml setiap kali berak
    - b) Umur > 1 tahun diberi 100-200 ml setiap kali berak.
  - e. Anak harus diberi 6 bungkus oralit (2000 ml) di rumah sakit bila:
    - a) Telah diobati dengan rencana terapi diare dengan dehidrasi ringan atau sedang dan diare dengan dehidrasi berat.
    - b) Tidak dapat kembali kepada petugas kesehatan jika diare memburuk.
  - f. Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit.
- b. Beri obat zinc:

Beri Zinc 10 hari berturut-turut walaupun diare sudah berhenti. Dapat diberikan dengan cara dikunyah atau dilarutkan dalam satu sendok air matang atau ASI.

- a. Umur < 6 bulan diberi 10 mg (1/2 tablet) per hari
- b. Umur > 6 bulan diberi 20 mg (1 tablet) per hari.
- c. Beri anak makanan untuk mencegah kurang gizi:
  - a. Beri makan sesuai umur anak dengan menu yang saa pada waktu anak sehat
  - b. Tambahkan 1-2 sendok teh minyak sayur setiap porsi makan
  - c. Beri makanan lebih sering dari biasanya dengan porsi lebih kecil (setiap 3-4 jam)

- d. Setelah diare berhenti, beri makanan yang sama dan makanan tambahan selama 2 minggu.
- d. Antibiotik hanya diberikan sesuai indikasi, misal: disentri, kolera  
Nasihati ibu/pengasuh untuk membawa anak kembali ke petugas kesehatan bila:
  - a. Berak cair lebih sering
  - b. Muntah berulang
  - c. Sangat haus
  - d. Makan dan minum sangat sedikit
  - e. Timbul demam
  - f. Berak berdarah
  - g. Tidak membaik dalam 3 hari.

Tata laksana/terapi anak dengan diare dehidrasi ringan atau sedang.

- a. Jumlah oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama di sarana kesehatan adalah  $\text{ml} \times \text{BB}$  anak
- a. Bila BB tidak diketahui berikan oralit sesuai table di bawah ini:

Umur sampai	4 bulan	4-12 bulan	12-24 bulan	2-5 tahun
Berat badan	< 6 kg	6-10 kg	10-12 kg	12-19 kg
Jumlah cairan	200-400	400-700	700-900	900-1400

- b. Bila anak menginginkan lebih banyak oralit, berikanlah
- c. Bujuk ibu untuk meneruskan ASI
- d. Untuk bayi < 6 bulan yang tidak mendapatkan ASI berikan juga 100-200 ml air masak selama masa ini
- e. Untuk bayi > 6 bulan, tunda pemberian makan selama 3 jam kecuali ASI dan oralit
- f. Beri obat Zinc selama 10 hari berturut-turut
- b. Amati anak dengan seksama dan bantu Ibu memberikan oralit:
  - a. Tunjukkan jumlah cairan yang harus diberikan
  - b. Berikan sedikit demi sedikit tapi sering dari gelas
  - c. Periksa dari waktu ke waktu bila ada masalah

- d. Bila kelopak mata anak bengkak, hentikan pemberian oralit dan berikan air masak atau ASI. Beri oralit sesuai rencana terapi diare tanpa dehidrasi.
- c. Setelah 3-4 jam, nilai kembali anak menggunakan bagan penilaian, kemudian pilih rencana terapi diare tanpa dehidrasi, terapi diare dengan dehidrasi ringan/sedang atau terapi diare dengan dehidrasi berat:
  - a. Bila tidak ada dehidrasi, ganti ke rencana terapi diare tanpa dehidrasi. Bila dehidrasi telah hilang, anak biasanya kencing kemudian mengantuk dan tidur.
  - b. Bila tanda menunjukkan dehidrasi ringan/sedang, ulangi rencana terapi diare dengan dehidrasi ringan/sedang
  - c. Anak mulai diberi makanan, susu, dan sari buah
  - d. Bila tanda menunjukkan dehidrasi berat, ganti dengan rencana terapi diare dengan dehidrasi berat.
- d. Bila ibu harus pulang sebelum terapi diare dengan dehidrasi berat selesai rencana terapi diare dengan dehidrasi ringan/sedang
  - a. Tunjukkan jumlah oralit yang harus dihabiskan dalam terapi 3 jam di rumah
  - b. Berikan oralit 6 bungkus untuk persediaan di rumah
  - c. Jelaskan 5 langkah terapi diare tanpa dehidrasi untuk mengobati anak di rumah.

Tata laksana/terapi anak dengan diare dehidrasi berat

- a. Mulai dari berikan cairan intravena segera. Pada saat infus disiapkan, beri larutan oralit jika anak bisa minum.
- a. Larutan intravena terbaik adalah larutan Ringer Laktat, Ringer Asetat. Jika larutan

Ringer Laktat tidak tersedia, larutan garam normal (NaCl 0,9%) dapat digunakan.

Larutan glukosa 5 % (dextrose) tunggal tidak efektif dan tidak dianjurkan digunakan.

b. Beri 100 ml/kg larutan yang dipilih dan dibagi sesuai tabel berikut.

	Pertama, berikan 30 ml/kg dalam:	Selanjutnya, berikan 70 ml/kg dalam:
Umur < 12 bulan	1 jam	5 jam
Umur ≥ 12 bulan	30 menit	2,5 jam

- c. Ulangi kembali jika denyut nadi radial masih lemah atau tidak teraba
- b. Periksa kembali anak setiap 15-30 menit. Jika status hidrasi belum membaik, beri tetesan intravena lebih cepat.
- c. Juga beri oralit (kira-kira 5 ml/kg/jam) segera setelah anak mau minum: biasanya sesudah 3-4 jam (bayi) atau 1-2 jam (anak) dan beri anak tablet Zinc sesuai dosis dan jadwal yang dianjurkan
- d. Periksa kembali bayi sesudah 6 jam atau anak sesudah 3 jam. Klasifikasikan kembali derajat dehidrasi. Kemudian pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan penanganan.
- e. Mulailah melakukan rehidrasi dngan oralit melalui pipa nasogastric atau mulut: beri 20 ml/kg/jam selama 6 jam (total 120 ml/kg)
- f. Periksa kembali anak setiap 1-2 jam:
  - a. Jika anak muntah terus-menerus atau perut makin kembung, beri cairan lebih lambat
  - b. Jika setelah 3 jam keadaan hidrasi tidak membaik, rujuk anak untuk pengobatan intravena
  - c. Setelah 6 jam, periksa kembali anak. Klasifikasikan dehidrasi. Kemudian tentukan rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan penanganan.

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Definisi Kekurangan Volume Cairan (Herdman & Kamitsuru, 2015 )

Penurunan cairan intravaskular, interstisial, atau intrasel. Diagnosis ini merujuk pada dehidrasi yang merupakan kehilangan cairan saja tanpa perubahan kadar natrium.

### 2.2.2 Batasan Karakteristik (Herdman & Kamitsuru, 2015 )

#### a. Haus

Pusat haus di hipotalamus untuk menstimulasi atau menghambat keinginan untuk minum (Rosdahl & Koswalski, 2014).

#### b. Kelemahan

Kelemahan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia merupakan tidak kuat, tidak bertenaga, dan keadaan mental dan jiwa manusia yang kurang mampu berfungsi aktif.

#### c. Kulit kering

Kulit kering yaitu permukaan kulit menjadi bersisik dan garis kerutan tampak jelas (Bentley, 2005).

#### d. Membran mukosa kering

Membran mukosa pada dehidrasi ringan berwarna merah muda dan lembap, sedangkan pada dehidrasi sedang berwarna pucat dan sedikit kering (Rosdahl & Koswalski, 2014).

#### e. Peningkatan frekuensi nadi

Frekuensi normal nadi bayi 1-6 bulan rata-rata sekitar 130 kali/menit namun masih dalam kisaran 80-180 kali/menit (Bickley, 2016).

#### f. Peningkatan hematokrit

Pada anak usia 3 bulan rata-rata hematokritnya 30-38 gram% (Waterburry, 2001).

#### g. Peningkatan konsentrasi urin

Pada diare dehidrasi sedang haluaran urin  $>1$  mL/kg/jam (Rosdahl & Koswalski, 2014).

h. Peningkatan suhu tubuh

Suhu rectum rerata pada bayi dan anak biasanya di atas 37,2 hingga usia setelah 3 tahun (Bickley, 2016).

i. Penurunan berat badan tiba-tiba

Berat badan anak laki-laki berdasarkan usia 3 bulan umumnya berada diantara 5- 8 kg dan berat badan anak perempuan berdasarkan usia 3 bulan umumnya berada diantara 4,5-7,4 kg (Indonesia, 2010).

j. Penurunan haluaran urin

Pada saat dehidrasi ringan haluaran urin mungkin sedikit menurun, sedangkan pada saat dehidrasi sedang haluaran urin  $< 1$  ml/kg/jam (Rosdahl & Koswalski, 2014).

k. Penurunan tekanan darah

Tekanan darah normal bayi berusia 3 bulan rata-rata 90/60 mmHg (Hidayat A. A., 2008).

l. Penurunan turgor kulit

Turgor kulit umumnya elastis dan lembap (Bickley, 2016).

m. Penurunan status mental

Umumnya anak yang mengalami dehidrasi ringan/sedang pada umur 3 bulan status mentalnya sadar hingga lesu (Bickley, 2016).

### 2.2.3 Faktor yang berhubungan (Herdman & Kamitsuru, 2015 )

a. Kegagalan mekanisme regulasi

b. Kehilangan cairan aktif

### 2.2.4 Pengkajian Keperawatan

a. Identitas klien (Lusianah & Suratun, 2010)

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, umur, asal suku bangsa, dan pekerjaan orang tua.

b. Keluhan utama

Jumlah dan frekuensi defekasi; lama gejala (Widiarti & Praptiani, 2014).  
Buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB  $< 4$  kali dan cair (diare tanpa

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

c. Riwayat penyakit sekarang (Lusianah & Suratun, 2010):

- a. Suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, dan timbul diare.
- b. Feses cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah.
- c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi.
- d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
- e. Apabila klien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak.

f. Diuresis: terjadi oliguria (kurang 1 ml/kg bb/jam) bila terjadi dehidrasi.

d. Riwayat kesehatan (Lusianah & Suratun, 2010):

- a. Riwayat imunisasi.
- b. Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (antibiotika).
- c. Riwayat penyakit yang pernah diderita sebelumnya.
- e. Riwayat nutrisi (Lusianah & Suratun, 2010)

a. Asupan makanan.

b. Keluhan nyeri abdomen.

c. Distensi abdomen, mual, muntah.

d. Berat badan biasanya turun.

f. Pola eliminasi (Lusianah & Suratun, 2010)

a. Frekuensi defekasi sering > 3 kali/hari.

b. Feses cair, mengandung lendir dan darah.

g. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi (Widiarti & Praptiani, 2014)

Kaji penampilan umum dan warna kulit anak. Pada dehidrasi ringan, anak dapat tampak normal. Pada dehidrasi sedang, mata mengalami penurunan produksi air mata atau lingkaran mata cekung. Membran mukosa juga dapat kering. Status mental dapat diperburuk dengan dehidrasi sedang hingga berat, yang

dibuktikan dengan lesu atau letargi. Kulit mungkin tidak elastis atau menunjukkan kekenduran, menandai kurangnya hidrasi. Distensi abdomen atau kecekungan mungkin muncul. Haluaran urin juga dapat menurun jika anak mengalami dehidrasi. Haluaran feses dapat digunakan untuk mengkaji adanya kemerahan atau ruam yang berkaitan dengan peningkatan volume dan frekuensi defekasi.

a) Keadaan umum (Lusianah & Suratun, 2010)

Baik, sadar (tanpa dehidrasi).

Gelisah, (dehidrasi ringan, sedang).

Lesu, lunglai, atau tidak sadar, tidak ada urin (dehidrasi berat).

b) Berat badan klien diare dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan (Lusianah & Suratun, 2010):

Dehidrasi ringan: bila terjadi penurunan berat badan 5%.

Dehidrasi sedang: bila terjadi penurunan berat badan 5-10%.

Dehidrasi berat: bila terjadi penurunan berat badan 10-15%.

c) Mulut/lidah (Lusianah & Suratun, 2010)

Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi).

Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan sampai sedang).

Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat).

b. Auskultasi (Widiarti & Praptiani, 2014)

Auskultasi bising usus untuk mengkaji adanya bising usus hipoaktif atau hiperaktif. Bising usus hipoaktif dapat mengindikasikan obstruksi atau peritonitis. Bising usus hiperaktif dapat mengindikasikan diare/gastroenteritis.

c. Perkusi (Widiarti & Praptiani, 2014)

Perkusi abdomen. Perhatikan adanya abnormalitas. Adanya abnormalitas pada pemeriksaan untuk diagnosis diare akut atau kronik dapat mengindikasikan proses patologis.

d. Palpasi

Nyeri tekan pada kuadran bawah dapat berkaitan dengan gastroenteritis. Nyeri pantul atau nyeri tidak ditemukan saat palpasi. Jika ditemukan, hal ini dapat mengindikasikan apendisitis atau peritonitis (Widiarti & Praptiani, 2014).



Untuk mengetahui elastisitas kulit, dapat dilakukan pemeriksaan turgor (cubit daerah perut menggunakan kedua ujung jari). Inspeksi kulit perianal apakah terjadi iritasi (Lusianah & Suratun, 2010).

2.2.5 Diagnosis dan Intervensi Keperawatan (Wilkinson & Ahern, 2015) (Morhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016 ), (Organization, 2009), dan (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016 )

Table 2.5 Diagnosis dan Intervensi Keperawatan

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (diare)		
<i>Tujuan</i>	<i>Kriteria Hasil</i>	<i>Intervensi</i>
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan anak dapat menunjukkan dan mempertahankan hidrasi yang adekuat.	Anak menunjukkan: <ol style="list-style-type: none"> <li>Membran mukosa lembab</li> <li>Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam</li> <li>Kulit lembab</li> <li>Berat badan stabil</li> <li>Hematokrit normal L 40 – 54 % P 35 – 47 %</li> <li>Mampu berkeringat</li> <li>Anak tidak tampak haus</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Manajemen cairan :           <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan oralit dalam 3 jam pertama di sarana kesehatan yaitu 75 ml × BB anak. Bujuk ibu untuk meneruskan ASI, untuk bayi &lt; 6 bulan yang tidak mendapatkan ASI berikan juga 100-200 ml air masak selama masa diare dan jika bayi &gt; 6 bulan, tunda pemberian makan selama 3 jam kecuali ASI dan oralit, Beri obat Zinc selama 10 hari berturut-turut.</li> <li>Berikan diet reguler pada anak sesuai toleransi karena penelitian menunjukkan pemberian ulang diet normal secara dini bersifat menguntungkan untuk menurunkan jumlah defekasi dan penurunan berat badan serta pemandekan durasi penyakit.</li> </ol> </li> <li>Setelah LRO, lanjut dengan cairan rendah natrium seperti air, ASI, formula bebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa untuk mempertahankan terapi cairan.</li> <li>Pertahankan pencatatan yang ketat terhadap masukan dan keluaran (urin, feses, dan emesis), untuk mengevaluasi keefektifan intervensi.</li> </ol>

6. Timbang atau hitung popok dengan baik jika pada bayi.
7. Timbang berat badan anak setiap hari untuk mengkaji dehidrasi.
8. Kaji tanda-tanda vital, turgor kulit, membran mukosa, dan status mental setiap 4 jam atau sesuai indikasi untuk mengkaji hidrasi.
9. Dukung keluarga untuk membantu dalam pemberian makan yang baik.
10. Instruksikan keluarga dalam memberikan terapi yang tepat, pemantauan masukan dan keluaran, dan mengkaji tanda-tanda dehidrasi untuk menjamin hasil yang optimum dan memperbaiki kepatuhan terhadap aturan terapeutik.

*Tujuan*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan diare berkurang atau tidak diare lagi.

*Kriteria Hasil*

- a. Frekuensi BAB menjadi normal atau berkurang. < 4 kali/hari.
- b. Konsistensi feses menjadi lunak berbentuk.
- c. Bising usus normal : 5-35 x/menit.
- d. Tidak ada nyeri saar BAB
- e. Warna feses kuning kecoklatan
- f. Tidak ada lendir dalam feses

2. Manajemen diare:

- a. Tentukan riwayat diare pasien.
- b. Ajari klien dan keluarga cara penggunaan obat antidiare secara tepat.
- c. Instruksikan kepada keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi 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 yang dapat menyebabkan diare (misalnya medikasi, bakteri, dan pemberian makan lewat selang).
- h. Amati turgor kulit secara berkala.
- i. Ukur diare atau output pencernaan

Kebutuhan cairan merupakan bagian dari kebutuhan dasar manusia secara fisiologis, yang memiliki proporsi besar dalam bagian tubuh, hamper 90% dari total berat badan. Sementara itu, sisanya merupakan bagian padat dari tubuh. Cairan tubuh mengandung oksigen, nutrient, dan sisa metabolisme, seperti

karbondioksida, yang semuanya disebut ion (Hidayat, 2006 dalam (RejekiSianturi, 2017). Kebutuhan cairan adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap untuk berespon terhadap stressor fisiologi dan lingkungan (Tarwoto & Wartonah, 2006 dalam (RejekiSianturi, 2017) sehingga manajemen cairan merupakan salah satu cara yang efektif untuk anak dengan diare dengan masalah kekurangan volume cairan.

Manajemen diare yang diberikan kepada orang tua (ibu) berisi tentang definisi, penyebab dan pencegahan diare, gejala dehidrasi, pencegahan dehidrasi (Rahmawati, Rahayu, & Pratama, 2017) sehingga manajemen 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 lima hari. Pada penelitian yang dilakukan oleh Yusuf, 2011 pasien diare disertai dengan gizi buruk didapatkan 8,6% dan gizi kurang 38,5%. Lama rawatan yang melebihi/sama dengan lima hari adalah 9,6% (Yusuf, 2011).

#### 2.2.6 Implementasi Keperawatan

Merupakan langkah keempat tahapan dalam 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 klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat dua jenis tindakan, yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi. Sebagai profesi, perawat mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam menentukan asuhan keperawatan. (Hidayat, 2008). Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri

(independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. (Tarwoto, 2011). Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2014).

#### 2.2.7 Evaluasi Keperawatan

Merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respons klien disebut evaluasi, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut dengan evaluasi hasil (Hidayat, 2008). Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan bahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan evaluasi antara lain adalah untuk mengakhiri, memodifikasi, dan meneruskan rencana tindakan keperawatan. (Rohmah & Walid, 2014)

##### a. Jenis evaluasi

- a. Evaluasi formatif, menyatakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respons segera.
- b. Evaluasi sumatif, merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan (Hidayat, 2008).

## BAB 3. METODE PENULISAN

### 3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang dipakai pada karya tulis ini adalah laporan kasus. Laporan kasus merupakan salah satu pendekatan kualitatif yang mempelajari fenomena khusus yang terjadi saat ini dalam suatu sistem yang terbatas (*bounded-system*) oleh waktu dan tempat, meski batas-batas antara fenomena dan sistem tersebut tidak sepenuhnya jelas. Kekhususan pada laporan kasus, peneliti mempelajari kasus yang terkini, kasus-kasus kehidupan nyata yang sedang berlangsung (Afiyanti & Rachmawati, 2014)

Laporan kasus dalam karya tulis ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan di RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

### 3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus laporan kasus. Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah:

- a. Asuhan keperawatan laporan kasus ini adalah pelaksanaan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi.
- b. Pasien anak pada laporan kasus ini adalah pasien anak yang didiagnosa mengalami diare dan menjalani rawat inap di Ruang Bougenville RSUD Dr.Haryoto Lumajang.
- c. Mengalami masalah keperawatan kekurangan volume cairan dan memenuhi minimal 2 batasan dari batasan karakteristik kekurangan volume cairan.

### 3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 pasien anak yang memenuhi kriteria:

- a. Pasien An. Z usia 2 tahun 11 bulan dan An.H usia 2 tahun 1 bulan.
- b. Mengalami masalah keperawatan kekurangan volume cairan.
- c. Menjalani rawat inap di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang.
- d. Menjalani rawat inap minimal 2 hari.

### 3.4 Lokasi dan Waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan asuhan keperawatan pada pasien An. Z dan An. H yang mengalami diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang selama minimal 2 hari untuk masing-masing pasien anak.

### 3.5 Pengumpulan Data

#### 3.5.1 Proses pengumpulan data

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin dilakukan tugas akhir dari Kepala Program Studi (KAPRODI) kemudian meminta izin dengan menyerahkan surat kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BANKESBANGPOL) dengan menyerahkan bukti tugas proposal untuk mendapatkan izin penelitian setelah mendapatkan izin dari (BANKESBANGPOL) kemudian meminta izin ke direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang untuk melakukan pengambilan data di Ruang Melati, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien kepada kepala ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang.

#### 3.5.2 Tehnik pengumpulan data

##### a. Wawancara

Pengumpulan data pada studi kasus ini menggunakan teknik wawancara dengan menanyakan secara langsung kepada pasien dan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi pasien, biasanya juga disebut anamnese. Anamnese yang dapat ditanyakan mengenai nama pasien, riwayat persalinan, riwayat penyakit anak (Soetjiningsih & Ranuh, 2015). Tempat tinggal, umur, asal suku bangsa, dan pekerjaan orang tua, keluhan utama, riwayat nutrisi, pola eliminasi (Lusianah & Suratun, 2010).

##### b. Observasi

Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan pasien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Yang dapat diobservasi yaitu keluhan nyeri,

karakteristik feses (Lusianah & Suratun, 2010). Observasi TTV (Wilkinson & Ahern, 2015).

c. Studi Dokumentasi

Peneliti menggunakan pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara. Sumber dokumen berasal dari catatan kasus, standar asuhan keperawatan (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik secara langsung dan menyeluruh mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki. Yang dapat dilakukan saat pemeriksaan fisik yaitu dengan melalui cara inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi. Yang dapat di inspeksi yaitu penampilan umum anak, warna kulit, membran mukosa, haluaran urin, berat badan. Auskultasi bising usus hipoaktif atau hiperaktif, anak dengan diare biasanya bising ususnya hiperaktif. Perkusi abdomen, perhatikan adanya abnormalitas. Dan palpasi pada daerah abdomen, terdapat nyeri tekan atau tidak (Widiarti & Praptiani, 2014).

### 3.6 Analisis Data

Analisa data merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya. Berbeda dengan pendekatan kuantitatif, proses analisis data pada pendekatan kualitatif dilakukan secara bersamaan dengan proses pengumpulan data. Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki lima tahap penting (Creswell, 2013) dalam (Alfiyanti & Rahmawati, 2014) yang perlu dilakukan peneliti, yaitu:

- a. Mempersiapkan data
- b. Mengorganisasikan data (misal: teks data dalam bentuk transkrip atau data dalam bentuk foto, lukisan atau bentuk fotografi)
- c. Mereduksi data ke dalam bentuk tema-tema yang saling berhubungan melalui proses coding
- d. Membuat ringkasan/kondensasi kode-kode yang telah dihasilkan

- e. Mempresentasikan data tersebut dalam bentuk gambar, tabel, atau materi diskusi.

### 3.7 Prinsip-prinsip etik penulisan

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pengaturan ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan sesuai kaidah penelitian antara peneliti dan subjek penelitian. Subjek pada penelitian kualitatif adalah manusia dan peneliti wajib mengikuti seluruh prinsip etik penelitian selama melakukan penelitian (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

Prinsip etik dalam studi kualitatif meliputi:

- a. Prinsip menghargai harkat dan martabat partisipan

Prinsip ini dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Anonimity (tanpa nama)

Penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur. Nama responden diganti dengan inisial, nomor atau kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan. (Hidayat, 2012)

- 2) Confidentiality (Kerahasiaan)

Semua informasi maupun masalah-masalah responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya pengelompokan data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian. (Hidayat, 2012)

- 3) Menghargai privacy

- c. Menghormati otonomi

- b. Prinsip memerhatikan kesejahteraan

Prinsip ini dapat dilakukan dengan cara memerhatikan kemanfaatan (*beneficienci*) dan meminimalkan resiko (*nonmaleficience*).

- c. Prinsip keadilan

Hak ini memberikan semua partisipan hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa diskriminasi. Setiap peneliti memberi perlakuan dan penghargaan yang sama dalam hal apapun selama kegiatan riset dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan kelas sosial.

- d. Persetujuan setelah penjelasan (*Informed Consent*)



Pernyataan persetujuan diberikan para partisipan setelah mendapat berbagai informasi berupa tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan, dan bentuk partisipasinya dalam penelitian yang dilakukan dari peneliti. Bentuk pertanyaan persetujuan partisipan dengan memberikan tanda tangan atau bentuk lainnya, seperti cap jari pada lembar persetujuan tersebut dan pada partisipan yang tidak memiliki kemampuan baca tulis.



## BAB 5. PENUTUP

Setelah menguraikan dan membahas asuhan keperawatan pada An. Z dan An. H dengan diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan di Ruang Bougenville RSUD dr.Haryoto Lumajang, maka pada bab ini penulis akan menyimpulkan dan menyampaikan saran, untuk perbaikan asuhan keperawatan di masa yang akan datang.

### 5.1 Simpulan

Hasil eksplorasi pada kedua klien dengan diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan ada lima hal yaitu :

#### 5.1.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian pada kedua klien didapatkan klien berjenis kelamin laki-laki dan perempuan. Kedua klien berada pada rentang usia 2-3 tahun, yang rentan terkena penyakit diare. Penyebab diare kedua klien adalah karena alergi terhadap makanan. Pemeriksaan fisik pada kedua klien difokuskan pada area wajah yaitu pemeriksaan pada mukosa bibir, mata, dan ubun-ubun sedangkan pada area abdomen dilakukan pemeriksaan inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi.

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua klien didapatkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu kekurangan volume cairan. Batasan karakteristik yang memenuhi pada klien pertama adalah 4 dan klien klien kedua 5 dari 13 batasan karakteristik yaitu haus, penurunan haluaran urin, suhu tubuh meningkat, kelemahan, dan membran mukosa kering.

#### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Dua intervensi yang diambil penulis, yaitu manajemen cairan dan manajemen diare. Intervensi manajemen cairan dengan tujuan keseimbangan cairan tercapai. Dengan kriteria hasil anak dapat menunjukkan membran mukosa lembab, kulit lembab, mampu berkeringat, denyut nadi normal. Sedangkan, Intervensi manajemen diare dengan tujuan diare berkurang. Dengan kriteria hasil

frekuensi BAB menjadi normal atau berkurang, konsistensi feses menjadi lunak berbentuk, bising usus normal : 5-35 x/menit, tidak ada nyeri perut, nafsu makan bertambah. Salah satu intervensi independen yang digunakan adalah dengan menghitung balance cairan.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada kedua klien sama, yaitu selama tiga hari. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dan sesuai intervensi yang telah disusun oleh peneliti sebelumnya. Implementasi yang dilakukan adalah aktivitas-aktivitas dari manajemen cairan dan manajemen diare.

Semua intervensi yang direncanakan dapat diimplementasikan pada kedua klien. Pada saat melakukan implementasi, penulis memodifikasi implementasi dengan cara memberikan catatan intake output pada orang tua anak untuk membantu data observasi.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan yang dilakukan didasarkan pada indikator kriteria hasil pada kedua klien menurut Nursing Outcome Classification tahun 2013 untuk keseimbangan cairan sebanyak 7 kriteria hasil, sedangkan untuk manajemen diare sebanyak 6 kriteria hasil.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Untuk Klien dan Keluarga

Penyakit diare merupakan penyakit yang dapat sembuh dan juga dapat lebih parah, itu semua tergantung pada pola hidup klien. Jika klien dapat menghindari factor pencetus timbulnya diare dan kemudian bisa membiasakan pola hidup bersih maka akan sembuh, bahkan tidak akan mengidap penyakit tersebut. Jadi klien dan keluarga perlu mengerti factor pencetus timbulnya penyakit diare supaya tidak terjadi lagi dan juga untuk mencegah penyakit tersebut pada anggota keluarga yang lain.

### 5.2.2 Untuk Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya yang akan mengambil kasus diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan benar-benar dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan optimal. Peneliti dapat melakukan pengkajian keperawatan, menganalisa data, merumuskan diagnose keperawatan, membuat intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, serta melakukan evaluasi keperawatan dengan baik sehingga masalah-masalah yang ada pada pasien dapat teratasi secara menyeluruh.

### 5.2.3 Bagi Perawat

Dengan adanya studi kasus ini diharapkan dapat menambah sumber wawasan dan pengetahuan serta dapat mengaplikasikan pada klien untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang diare, cara penanganan, dan cara pencegahan supaya angka kejadian diare menurun.

Pada saat melakukan implementasi, penulis memodifikasi implementasi dengan cara memberikan catatan intake output pada orang tua anak untuk membantu data observasi. Hal ini sangat efektif untuk memonitor balance cairan karena melibatkan peran orang tua dan hal tersebut memberikan keuntungan pada orang tua dan penulis sehingga masalah kedua klien cepat teratasi. Sehingga harapan penulis kepada perawat adalah memodifikasi intervensi dari NANDA NIC-NOC, karena tidak semua intervensi dapat dilakukan terutama pada anak.

### 5.2.4 Bagi Rumah Sakit RSUD Dr.Haryoto Lumajang

Dengan adanya penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber data dan informasi tentang diare, supaya dalam kedepannya untuk menentukan tindakan keperawatan yang berhubungan dengan diare dapat dipertimbangkan lagi dan dijadikan sebagai bahan evaluasi.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Arifianto. (2012). *Orangtua Cermat, Anak Sehat*. Jakarta: GagasMedia.
- Bakri, Z., Hatta, M., & Massi, M. (2015). Deteksi Keberadaan Bakteri Escherichia Coli O157:H7 pada Feses Penderita Diare dengan Metode Kultur dan PCR. *JST Kesehatan*, April 2015, Vol. 5 No. 2 : 184-192 ISSN 2252-5416, 189.
- Bentley, V. (2005). *Siasat Jitu Awet Muda*. Jakarta: Erlangga.
- Bickley, L. S. (2016). *Buku Ajar Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan Bates, Ed. 11*. Jakarta: EGC.
- Bulechek, C. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016 ). *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi Keenam* . Singapore : Elsevier.
- Cahyono, J. S. (2014). *Tatalaksana Klinis di Bidang Gastro dan Hepatologi*. Jakarta: Sagung Seto.
- Carman, T. K. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri, Edisi 2, Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Hayati, M. (2017). Analisa Kadar Natrium Benzoat pada Saus Nasi Goreng yang Dipakai Pedagang Kaki Lima di Daerah Rungkut Madya Surabaya. *The Journal of Muhammadiyah Medical Laboratory Technologist Hayati*, 4-6.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015 ). *NANDA International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017, Ed. 10* . Jakarta : EGC.
- Hidayat, A. A. (2008). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Indonesia, K. K. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta: Menteri Kesehatan RI.
- Indonesia, K. K. (2017). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan dan JICA.
- Kapti, R. E., & Azizah, N. (2017). *Perawatan Anak Sakit di Rumah*. Malang: UB Press.
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). *Situasi Diare di Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- King, C. K., Glass, R., Bresee, J. S., & Duggan, C. (2003). Managing Acute Gastroenteritis Among Children: Oral Rehydration, Maintenance, and Nutritional Therapy. *MMWR Recommendations and Reports, November 21, 2003/ 52 (RR16); 1-16*.
- Kurniawati. (2016). Upaya Penanganan Dehidrasi pada Pasien Diare Anak di RSUD Pandan Arang Boyolali. [http://eprints.ums.ac.id/44543/1/NASKAH\\_PUBLIKASI\\_UPLOAD](http://eprints.ums.ac.id/44543/1/NASKAH_PUBLIKASI_UPLOAD), 9.
- Leksana, E. (2015). Stratrgi Terapi Cairan pada Dehidrasi. *CDK-224/vol.42 o.1, th.2015*, 4.
- Lestari, C. W., Tjitra, E., & Sandjaja. (2009). Dampak Status Imunisasi Anak Balita di Indonesia terhadap Kejadian Penyakit. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; Volume XIX Tahun 2009, Suplemen II*, 5-10.
- Lumajang, D. K. (2014). *Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang*. Lumajang : Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.
- Lusianah, & Suratun. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Morhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016 ). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan Edisi Kelima*. Singapore : Elsevier.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2013). *Gangguan Gastrointestinal: Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedal*. Jakarta: Salemba Medika.

- Ngastiyah. (2014). *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC.
- Nuari, N. A. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: CV. Trans Info media.
- Nursalam. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktavia, S., Widajanti, L., & Aruben, R. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Buruk pada Balita di Kota Semarang tahun 2017 (Studi di Rumah Pemulihan Gizi Banyumanik Kota Semarang). *JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal) Volume 5, Nomor 3, Juli 2017 (ISSN: 2356-3346)*, 187.
- Organization, W. H. (2011). *Guidelines For The Management of Typhoid Fever*.
- Rahmawati, E., Rahayu, E., & Pratama, K. N. (2017). Pengaruh Manajemen Diare Ditatanan Rumah Tangga Dalam Meningkatkan Pengetahuan Dan Keterampilan Penanganan Diare Anak. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 12, No.2. Juli 2017*, 129.
- Raini, M., & Isnawati, A. (2016). Profil Obat Diare yang Disimpan di Rumah Tangga di Indonesia Tahun 2013. *Media Litbangkes, Vol. 26 No. 4, Desember 2016*, 228.
- Rani, A. A., Simadibrata, M., & Syam, A. F. (2011). *Buku Ajar Gastroenterologi*. Jakarta Pusat: InternaPublishing.
- RejekiSianturi, S. (2017). Asuhan Keperawatan pada Anak M. dengan Prioritas Masalah Kekurangan Volume Cairan pada Kasus Diare di Jln Karya Bakti I Kelurahan Sari Rejo Kecamatan Medan Polonia. *SR Sianturi - 2017 - repositori.usu.ac.id*, 8-9.
- RI, B. P. (2015). *Pusat Informasi Obat Nasional* . Retrieved Mei 28, 2018, from PIO Nas Badan Pengawas Obat dan Makanan: pionaspom.go.id.
- Rosdahl, C. B., & Koswalski, M. T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar, Ed. 10, Vol. 1*. Jakarta: EGC.
- Sodikin. (2011). *Asuhan Keperawatan Anak: Gangguan Sistem Gastrointestinal dan Hepatobilier*. Jakarta: Salemba Medika.

- Soebagyo. (2008). *Diare Akut pada Anak*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret Press.
- Soetjningsih, & Ranuh, I. N. (2015). *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Tamsuri, A. (2009). *Klien Gangguan Keseimbangan Cairan & Elektrolit*. Jakarta: EGC.
- Waterburry, L. (2001). *Buku Saku Hemaologi Ed. 3*. Jakarta: EGC.
- Widiarti, D., & Praptiani, W. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri, Ed. 2, Vol. 3*. Jakarta: EGC.
- Widodo, R. (2009). *Pemberian makanan, Suplemen, & Obat pada Anak*. Jakarta : EGC.
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2015). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Wong. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik, alih bahasa Andri Hartono*. Jakarta: EGC.
- Wulandari, A. P. (2009). Hubungan Antara Faktor Lingkungan dan Faktor Sosiodemografi dengan Kejadian Diare pada Balita di Desa Blimbing Kecamatan Sambirejo Kabupaten Sragen Tahun 2009. *Skripsi thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1-2.
- Yusuf, S. (2011). Profil Diare di Ruang Rawat Inap Anak. *Sari Pediatri, Vol. 13, No. 4, Desember 2011*, 266.
- Yusuf, S., Haris, S., & Kadim, M. (2011). Gambaran Derajat Dehidrasi dan Gangguan Fungsi Ginjal pada Diare Akut. *Sari Pediatri, Vol.13, No.3.*, 222.
- Zein, U., Sagala, K. H., & Ginting, J. (2004). Diare Akut Disebabkan Bakteri. *e-USU Repository 2004 Universitas Sumatera Utara*, 2, 5, 6, 11, 12, 13.




Lampiran 3.1 Jadwal Penyelenggaraan Proposal dan Laporan Kasus : Laporan Kasus

KETERANGAN	TAHUN 2017																TAHUN 2018															
	JAN				FEB				MAR - SEPTEMBER				OKTOBER				NOVEMBER 2017 – MARET 2018				APRIL				MEI				JUNI-JULI			
	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 Laporan Kasus									■	■	■	■																				
Sidang Proposal													■																			
Revisi														■	■																	
Pengumpulan Data																	■	■	■	■												
Konsul Penyusunan Data																					■	■	■	■								
Ujian Sidang KTI																									■							
Revisi																										■	■					
Pengumpulan Studi Kasus																															■	■

## Lampiran 3.2 Prosedur Pengumpulan Data

Lembar 1



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG  
DINAS KESEHATAN  
**AKADEMI KEPERAWATAN**  
JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. ( 0334 ) 882262,885920 FAX.(0334) 882262  
**LUMAJANG**

---

**KEPUTUSAN DIREKTUR AKPER PEMKAB LUMAJANG**  
Nomor : 188.4/932/427.55.28/2017

TENTANG

**IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH**

Direktur Akper Pemkab Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akper Pemkab Lumajang, Nomor: 188.4/72/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 10 Agustus 2017.

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a	: Nur Indahsari
Nomor Pokok Mahasiswa	: 15.042
Tempat, Tanggal Lahir	: Lumajang, 16 November 1997
Prodi	: D3 Keperawatan
Tingkat / Semester	: III/ V
A l a m a t	: Desa Kebonsari RT. 24 RW. 04 Kecamatan Sumbersuko Kabupaten Lumajang

Dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul yang telah dirumuskan sebagai berikut :


**“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Diare dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”**

Dengan pembimbing :

1. Anggia Astuti, S.Kp

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang  
Pada Tanggal : 29 Desember 2017  
Direktur,



Nurul Hayati S.Kep., Ners., MM.  
NIP. 19650629198703 2 008

Tembusan :

Yth. Bpk/Ibu Pembimbing mohon dilaksanakan sebagaimana mestinya

SURAT PERMOHONAN IJIN PENGAMBILAN DATA

Lumajang, 29 Desember 2017

Yth. Direktur  
Akper Pemkab Lumajang  
Di Lumajang

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa Akper Pemkab Lumajang :

Nama : Nur Indahsari  
NPM : 15.042  
Prodi : D3 Keperawatan  
Tempat/Tgl lahir : Lumajang, 16 Nopember 1997  
Alamat : Desa Kebonsari RT: 24 RW:04 Kecamatan Sumbersuko Kabupaten Lumajang

Telah mendapatkan ijin menyusun Laporan Kasus dengan judul :

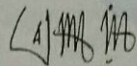
**“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bougenville RSUD. Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”**

Guna menyelesaikan tugas tersebut, saya perlu melakukan pengambilan data ke Institusi atau Lembaga dan waktu penyusunan Laporan Kasus sebagai berikut :

Nama Instansi Atau Lembaga Tujuan : RSUD. Dr. Haryoto  
Alamat : Jl Basuki Rahmat Nomor 5 Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang Provinsi Jawa Timur  
Waktu penelitian : Desember 2017 – Mei 2018

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenan Direktur memberikan surat pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut. Terlampir berkas persyaratan yakni Proposal KTI.

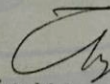
Atas terpenuhinya permohonan ini, saya haturkan terimakasih

Mengetahui  
Pembimbing KTIAnggia Astuti, S.Kp  
NIDN. 3426018401

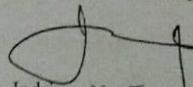
Ketua Program Studi

Ns. Indriana N. I. S.Kep., M.Kep  
NIP. 19720519 199703 2 003Hormat Kami  
Pemohon,Nur Indahsari  
NPM 15.042

Koordinator KTI

Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep  
NIP. 19820528 201101 2 013

Wakil Direktur I,

Ns. Indriana N. I. S.Kep., M.Kep



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

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

LUMAJANG - 67313

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

Nomor : 072/ 105 /427.75/2018

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan 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 Direktur Akademi Keperawatan Lumajang Nomor : 422/933/427.55.28/2017 tanggal 29 Desember 2017, perihal Izin Pengambilan Data atas nama NUR INDAHSARI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : NUR INDAHSARI
2. Alamat : Jln. Sidomakmur, Rt 24 Rw 04 Desa Kebonsari Kec. Sumbersuko Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Akademi Keperawatan/15.042
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang
2. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
3. Penanggung jawab : Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM
4. Anggota/Peserta : -
5. Waktu Penelitian : Desember 2017 s/d Mei 2018
6. Lokasi Penelitian : RSUD dr. HARYOTO 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 syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

**Tembusan Yth. :**

1. Bpk Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres lumajang.
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang.
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang.
5. Sdr. Ka. RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang.
6. Sdr. Direktur Akademi Keperawatan Lumajang.
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Lumajang, 15 Januari 2018  
 a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN LUMAJANG  
 Kepala Bidang Hubungan Antar Lembaga





**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO**

JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383

Email : rsdharyoto@yahoo.co.id

**LUMAJANG - 67311**

Lumajang, 23 Januari 2018

Nomor : 445/ 463 /427.77/2018  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Pengambilan Data

Kepada  
Yth. Ns. Ruang. Bougenville  
RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang  
di

LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Direktur Akper Pemkab Lumajang tanggal 29 Desember 2017 Nomor : 422/933/427.55.28/2017 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 15 Januari 2018 Nomor : 072/105/427.75/2018 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Akper Pemkab Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : NUR INDAH SARI

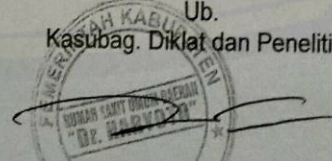
NIM : 15.042

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Bougenville RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO  
KABUPATEN LUMAJANG  
Kabag. Renbang  
Ub.

Kasubag. Diklat dan Penelitian



Ns. RUDIAH ANGGRAENI

Penata Tk. I

NIP. 19671209 199203 2 004

**Lampiran 3.3 FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian  
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : AFNUN EFIDA WIRDANI  
Umur : 30 TAHUN  
Jeniskelamin : PEREMPUAN  
Alamat : DUSUN KASIAN RT 9 / RW 9 DESA KLANTING - SUKOPONO  
Pekerjaan : GURU

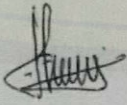
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

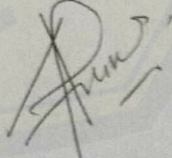
"Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017"

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

Lumajang, 09 Februari 2018  
Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

  
Nur Indahsari  
NPM. 15.042

  
(... Afnun Efida W ...)

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ririn.....

Umur : 3<1.....

Jeniskelamin : Perempuan.....

Alamat : PA Sudirman.....

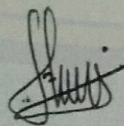
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga.....

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

“Laporan Kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Diare Dengan Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bougenville RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

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

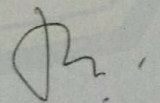
Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian



**Nur Indahsari**  
**NPM. 15.042**

Lumajang, 12 Februari 2018

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

  
( Ririn..... )

