

**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK YANG MENGALAMI  
DIARE DENGAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI  
KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH  
DI RUANG ANAK DI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH BANGIL  
PASURUAN**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2017**

**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK YANG MENGALAMI DIARE**

**DENGAN KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI**

**KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH**

**DI RUANG ANAK RUMAH SAKIT**

**UMUM DAERAH BANGIL**

**PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program  
Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Insan Cendekia Medika Jombang



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**INSAN CENDEKIA MEDIKA**  
**JOMBANG**  
**2017**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dian Agustina  
NIM : 14.121.001.0  
Tempat Tanggal Lahir : Tuban, 15 Agustus 1996  
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Anak Yang Mengalami Diare Dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.

Menyatakan bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, 3 Januari 2017

Penulis



**Dian Agustina**

## LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK YANG MENGALAMI  
DIARE DENGAN KETIAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI  
KEBUTUHAN TUBUH DI RUANG ANAK RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH BANGIL PASURUAN.

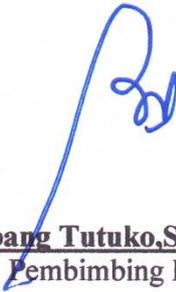
Nama Mahasiswa : Dian Agustina  
NIM : 141210010  
Program Studi : D3 Keperawatan

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING  
PADA TANGGAL JUNI 2017

Jombang, Juni 2017



Maharani Tri P. S. Kep. Ns. MM.  
Pembimbing Utama



H. Bambang Tutuko, SH., S. Kep., Ns., MH  
Pembimbing Kedua

Mengetahui,



H. Bambang Tutuko, SH., S. Kep., Ns., MH  
Ketua STIKes ICMe Jombang



Maharani Tri P. S. Kep. Ns. MM  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan

## LEMBAR PENGESAHAN

**Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh :**

Nama : Dian Agustina

NIM : 141210010

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Anak Yang Mengalami Diare Dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi DIII Keperawatan.

**Komisi Dewan Penguji**

INSAN CENDEKIA MEDIKA

**Ketua Dewan Penguji :Hindyah Ike, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )**

**Penguji I : Maharani Tri P, S.Kep.,Ns.,MM ( )**

**Penguji II : H. Bambang T, SH.,S.Kep.,Ns.,MH ( )**

Ditetapkan di : Jombang

## RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Tuban, 15 Agustus 1996 dari keluarga bapak Karmidjo dan ibu Karsulin. Penulis merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara.

Tahun 2002 penulis lulus dari TK PGRI Tuban, tahun 2008 penulis lulus dari SD Negeri 03 Plumpang, tahun 2011 penulis lulus dari SMP Negeri 01 Plumpang dan tahun 2014 penulis lulus dari SMK Negeri 01 Tuban, tahun 2014 penulis lulus seleksi masuk STIKes "Insan Cendekia Medika" Jombang melalui jalur PMDK gelombang 1. Penulis memilih program Studi D3 Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes "ICME" Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 3 januari 2017

Penulis



**Dian Agustina**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien yang Mengalami Diare Dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh” sesuai dengan waktu yang ditentukan. Proposal Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat H. Bambang Tutuko, S. Kep., Ns., M. Hum selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Media Jombang. Maharani Tri P., S., Ns., MM. selaku Kepala Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICMe Jombang dan dosen pembimbing H. Bambang Tutuko, SH.,S. Kep., Ns.,MH, selaku dosen pembimbing Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis teliti. Kepala Diklat RSUD Bangil yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengambil data dan menyelesaikan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan, motivasi, kekuatan, dan nasehat selama menempuh pendidikan di STIKes ICMe Jombang hingga terselesainya Proposal Karya Tulis Ilmiah ini. Dan tidak lupa kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dorongan dan bantuannya dalam penyelesaian penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Proposal Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk penulis sangat diharapkan demi kesempurnaan penulis di masa yang akan datang

Jombang, Januari 2017

Penulis

## **ABSTRAK**

### **ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI DIARE DENGAN MASALAH KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH DI RUANG ANAK RSUD BANGIL PASURUAN**

**Oleh :  
Dian Agustina**

Diare merupakan peradangan yang terjadi pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit yang patogen, penyakit ini seharusnya dapat diturunkan dengan pencegahan, namun penyakit ini tetap menyerang anak terutama yang berumur kurang dari lima tahun.

Desain penelitian yang digunakan adalah Deskriptif dengan metode studi kasus. Penelitian di ambil dari RSUD Bangil Pasuruan sebanyak 2 klien dengan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Pengolahan pre survei data di ambil dari RSUD Bangil Pasuruan.

Berdasarkan data yang di peroleh dari RSUD Bangil Pasuruan pada tahun 2016 penderita diare sebanyak 1114 pasien dan di Ruang Anak penderita diare sebanyak 160 pasien. Tujuan penelitian ini adalah mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien yang mengalami Diare dengan masalah Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh.

Berdasarkan hasil evaluasi terakhir di simpulkan bahwa pada klien 1 dan klien 2 masalahnya teratasi. Saran yang diberikan kepada profesi perawat untuk menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara optimal.

**Kata Kunci :Asuhan Keperawatan, Diare, Ketidakseimbangan nutrisi**

## **ABSTRACT**

### ***NURSING CARE CLIENT WHO HAD GASTROENTRITIS WITH THE PROBLEM OF NUTRITIONAL IMBALANCE LESS THAN BODY NEED IN THE KIDS ROOM OF RSUD BANGIL PASURUAN***

**By :**

***Dian Agustina***

*Gastroenteritis is an inflammation of the stomach and intestines which gives the symptoms of diarrhea with frequency more than usual which caused by bacteria, viral and parasitic pathogens, This disease should be lowered by prevention, but this disease still affects children especially aged less than five years.*

*The research design used was descriptive with research methods case study. The research was taken from Pasuruan as many as 2 clients with imbalance of nutritional diagnostics less than body requirements related to inability to digest food. Processing pre-survey data was taken from RSUD Bangil Pasuruan.*

*Based on the research in the RSUD Bangil Pasuruan of on January 2017 the number of patients with gastroenteritis totaled 1114 patients and kids room the number of patients with gastroenteritis totaled 160 patients. The purpose of this research was to be able to conduct nursing care on client who had Gastroenteritis with the problem of nutritional imbalance less than body need.*

*Based on the last evaluation can be concluded on client 1 and client 2 the issue were resolved. The suggestion was given for the nursing profession to use or utilize the time as effective as possible, so it can provide nursing care for client optimally.*

***Keywords : nursing care, Gastroenteritis. Nutrients imbalance***

## **MOTTO**

“Seorang Pemenang Takkan Pernah Berhenti Untuk Berusaha Dan Orang Yang Berhenti Untuk Berusaha Takkan Menjadi Seorang Pemenang”

## **PERSEMBAHAN**

Sembah sujud serta syukur alhamdulillah kepada ALLAH SWT. Atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan.

Aku persembahkan karya tulis ini untuk seseorang yang selalu senantiasa merawatku, membesarkanku, memberikanku banyak pendidikan mulai dari tidak mengerti sampai umurku sekarang terimakasih bapak dan ibu karena selalu memanjatkan doa disetiap sujudmu sehingga karya tulis ini terselesaikan.

Terima kasih juga buat kakak-kakaku yang selalu mensupport aku dan selalu memberi semangat dukungan dalam bentuk apapun itu. Terimakasih juga buat sahabatku satu kamar yang selalu menemaniku buat begadang ngerjain Karya Tulis Ilmiah ini.

Serta teman-teman D3 Keperawatan yang aku cintai sudah menjadi teman-teman yang luar biasa selama 3 tahun ini, tawa, canda, tangis sudah pernah kita rasakan aku pasti akan rindu dengan kalian semua.

Terimakasih atas semuanya

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL DALAM .....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ix</b>
<b>MOTO DAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN .....</b>	<b>xviii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Batasan Masalah.....	5
1.3 Rumusan Masalah .....	5
1.4 Tujuan.....	5
1.5 Manfaat.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
<b>2.1 Konsep Dasar Diare</b>	
2.1.1 Pengertian Diare .....	8
2.1.2 Klasifikasi.....	9
2.1.3 Etiologi .....	9

2.1.4 Tanda dan Gejala.....	11
2.1.5 Patofisiologi .....	12
2.1.6 Pathway .....	13
2.1.7 Komplikasi .....	13
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	14
2.1.9 Penatalaksanaan .....	15
2.1.10 Pencegahan.....	16
<b>2.2 Konsep Ketidakseimbangan Nutrisi</b>	
2.2.1 Definisi .....	17
2.2.2 Batasan Karakteristik .....	17
2.2.3 Faktor Yang Berhubungan .....	18
2.2.4 Manifestasi Klinis.....	18
2.2.5 Metode menentukan kekurangan nutrisi .....	19
2.2.6 Metode pemberian nutrisi.....	23
<b>2.3 Konsep Tumbuh Kembang</b>	
2.3.1 Definisi .....	25
2.3.2 Tahapan tumbuh kembang .....	26
2.3.3 Faktor yang mempengaruhi tukem.....	28
<b>2.4 Konsep Asuhan Keperawatan</b>	
2.4.1 Pengkajian .....	29
2.4.2 Diagnosa keperawatan.....	32
2.4.3 Intervensi keperawatan.....	33
2.4.4 Implementasi keperawatan .....	35
2.4.5 Evaluasi keperawatan .....	35
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian .....	36
3.2 Batasan Istilah .....	36
3.3 Partisipan .....	37

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	37
3.5 Pengumpulan Data .....	37
3.6 Uji Keabsahan Data.....	49
3.7 Analisa Data .....	49
3.8 Etik Penelitian .....	40
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil .....	42
4.1.1 Gambaran Lokasi dan Pengumpulan Data .....	42
4.1.2 Pengkajian .....	42
4.1.3 Analisa Data .....	49
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	50
4.1.5 Intervensi Keperawatan.....	51
4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	56
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	58
4.2 Pembahasan.....	60
4.2.1 Pengkajian .....	60
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	64
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	65
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	66
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	67
<b>BAB 5 PENUTUP</b>	
5.1 Kesimpulan.....	70
5.1.1 Pengkajian .....	70
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	71
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	71
5.1.4 Implementasi Keperawatan .....	72
5.1.5 Evaluasi Keperawatan .....	72
5.2 Saran.....	73

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

No	Daftar Tabel	Hal
1.	Batas ambang indeks masa tubuh.....	21
2.	Intervensi keperawatan.....	33



## DAFTAR GAMBAR

No.	Daftar Gambar	Hal
1.	Pathway Diare.....	12



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus
- Lampiran 2 : Lembar Permohonan Menjadi Partisipan
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan
- Lampiran 4 : Lembar Format Asuhan Keperawatan
- Lampiran 5 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 6 : Lembar Surat Pre Survey Data, Surat Studi Pendahuluan dan Penelitian
- Lampiran 7 : Suran Persetujuan Penelitian dan Surat Balasan Penelitian dari RSUD Bangil Pasuruan
- Lampiran 8 : Lembar Tanda Bukti Pembayaran di RSUD Bangil Pasuruan



## DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

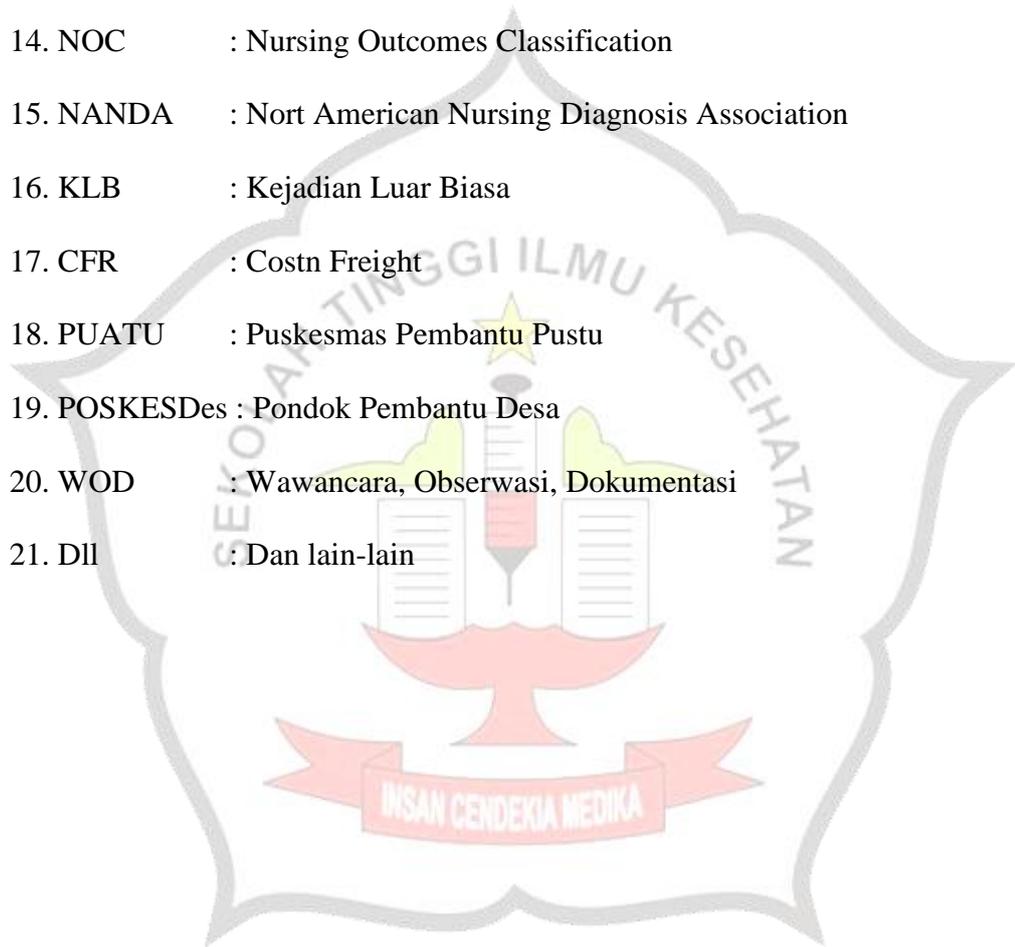
### LAMBANG

1. % : Persentase
2.  $\leq$  : Lebih kecil dari atau sama dengan
3.  $<$  : Lebih kecil dari
4.  $>$  : Lebih besar dari
5. O<sub>2</sub> : Oksigen
6. Kg : Kilogram
7. m : Meter
8. cm : Sentimeter
9. N : Normal
10. BB : Berat Badan
11. NaCl : Natrium Klorida
12. MmHg : Mili meter air raksa

### SINGKATAN

1. WHO : World Health Organization
2. TD : Tekanan Darah
3. RR : Respiratory Rate
4. RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar
5. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
6. STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
7. ICME : Insan Cendekia Medika

8. ADL : *Activity Daily Living*
9. AHA : *American heart hyperplasia*
10. MRS : Masuk Rumah Sakit
11. No. RM : Nomor Rekam Medik
12. RS : Rumah Sakit
13. NIC : Nursing Interventions Classification
14. NOC : Nursing Outcomes Classification
15. NANDA : Nort American Nursing Diagnosis Association
16. KLB : Kejadian Luar Biasa
17. CFR : Costn Freight
18. PUATU : Puskesmas Pembantu Pustu
19. POSKESDes : Pondok Pembantu Desa
20. WOD : Wawancara, Obserwasi, Dokumentasi
21. DII : Dan lain-lain



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Diare merupakan peradangan yang terjadi pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasite yang patogen (Bararah & Jauhar, 2013). Secara global, setiap tahun diperkirakan dua juta kasus diare yang terjadi di kalangan anak berumur kurang dari lima tahun. Walaupun penyakit ini seharusnya dapat diturunkan dengan pencegahan, namun penyakit ini tetap menyerang anak terutama yang berumur kurang dari dua tahun. Penyakit ini terutama disebabkan oleh makanan dan minuman yang terkontaminasi akibat akses kebersihan yang buruk. Makanan dan minuman yang tercemar oleh bakteri yang dibawa oleh lalat dan lalat dianggap mengganggu karena kesukaanya hinggap di tempat-tempat yang lembab dan kotor seperti sampah. Hingga makanan yang di hinggapi lalat tercemar oleh mikroorganisme baik bakteri, jamur atau virus yang dibawa akan dikeluarkan dari mulut lalat dan apabila dimakan oleh manusia akan menyebabkan diare. Diare bisa berdampak fatal apabila penderita mengalami mual muntah dan nafsu makan menurun sehingga menyebabkan gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. (Howidi et. Al, 2012).

Penyakit diare merupakan masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia. Menurut WHO dan UNICEF, terjadi sekitar 2 milyar kasus

penyakit diare di seluruh dunia setiap tahun. Dari semua kematian anak balita karena penyakit diare, 78% terjadi di wilayah Afrika dan Asia Tenggara. (Kemenkes, 2013). Menurut hasil Riskesdas tahun 2014, insiden penyakit diare pada balita adalah 10,2%, CFR Kejadian Luar Biasa (KLB) diare di Indonesia pada tahun 2011 adalah 0,29% meningkat menjadi 2,06% di tahun 2012 lalu mengalami penurunan di tahun 2013 menjadi 1,08%. Data cakupan pelayanan penderita diare menurut kabupaten per kota tahun 2015 dapat dilihat di PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR pada tahun 2015 perlu adanya peningkatan pelayanan kesehatan dasar baik dari pondok kesehatan desa (poskesdes), Puskesmas Pembantu Pustu (PUSTU) maupun Puskesmas serta Dinas kesehatan kabupaten perkota untuk memberikan laporan secara lengkap agar data diare yang masuk ke Dinas Kesehatan Provinsi dapat menggambarkan besaran masalah diare. Data yang diperoleh dari RSUD Bangil Pasuruan pada tahun 2016 penderita diare sebanyak 1114 pasien dan di Ruang Anak penderita diare sebanyak 160 pasien.

Diare merupakan penyebab kurang gizi yang penting terutama anak-anak. Diare menyebabkan anoreksia (kurang nafsu makan) sehingga mengurangi asupan gizi dan diare dapat mengurangi daya serap usus terhadap sari makanan. Dalam keadaan infeksi, kebutuhan sari makanan pada anak-anak yang mengalami diare akan meningkat, sehingga setiap serangan diare akan menyebabkan kekurangan gizi. Jika hal ini berlangsung terus menerus akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan anak.

Diare hingga saat ini, masih merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian hampir di seluruh daerah geografis di dunia. Semua kelompok usia bisa diserang oleh diare, tetapi penyakit berat dengan kematian yang tinggi terutama terjadi pada bayi dan anak balita. Selain menyebabkan jumlah kematian yang tinggi dikalangan anak, penyakit gastroenteritis juga menimbulkan beban kepada ibu bapak dari segi biaya pengobatan dan waktu.(Aman, 2004 dalam Zubir *et al.* 2006).Hal yang menyebabkan balita mudah terserang penyakit diare adalah perilaku hidup masyarakat yang kurang baik dan sanitasi lingkungan yang buruk.Diare dapat berakibat fatal apabila tidak ditangani secara serius karena tubuh balita sebagian besar terdiri dari air dan daging, sehingga bila terjadin diare sangat mudah terkena dehidrasi (Irianto. 2002).Penyakit gastroenteritis mempunyai gambaran penting yaitu diare dan muntah, akibatnya klien akan kehilangan air dan elektrolit terutama natrium dan kalium yang akhirnya menimbulkan asidosis metabolic. Disamping itu menyebabkan klien kekurangan cairan atau dehidrasi, keadaan kekurangan cairan ini, akibat tidak segera diatasi akan menyebabkan syok hipovolemik, maka akibatnya jika pada anak, terjadi dehidrasi akan menyebabkan kematian, dimana 80% bagian tubuh anak terdiri dari cairan jika pada anak terjadi dehidrasi (soegijanto, 2010)

Sehingga dapat dilakukan perawatan antara lain yaitu di beri larutan oralit sebagai penggantinya (LGG), beri makanan lunak dan mudah di cerna, beri cairan rumah tangga (kuah sayur dan air tajen), bawa penderita ke pelayanan kesehatan (soegijanto, 2010). Sebaiknya diberikan cairan

oralit yang telah tersedia di pasaran saat ini seperti 200ml, oralit 1 liter, oralit-200 dan juga larutan oralit siap minum seperti pedialyte dan renalyte. Bila tidak tersedia, dapat pula digunakan larutan yang dapat di buat di rumah seperti larutan garam gula atau larutan garam tajin. Hal ini dapat di cegah dan mengganti cairan yang keluar akibat diare dengan cairan garam dalam jumlah menutupi (Shelof p:2010). Selain pemberian oralit diare juga dapat di cegah dengan cara mengajarkan cuci tangan yang benar di lingkungan masyarakat dan menjaga kebersihan. Tingginya angka kejadian diare, membutuhkan peran berbagai pihak terutama tenaga kesehatan. Untuk itu pemahaman tentang gastroenteritis dan penanganan asuhan keperawatan sudah menjadi keharusan bagi setiap tenaga kesehatan, terutama perawat yang dalam rentang waktu 24 jam sehari berinteraksi dengan klien. Perawat sebagai tenaga medis sangatlah penting dalam mencegah dan menanggulangi angka kesakitan diare, seperti memonitor status hidrasi, memonitori vital sign, memonitori masukan makanan/ atau cairan dan hitung intake kalori harian, memonitor status nutrisi, mendorong keluarga untuk membantu klien makan dan melalui upaya promotif dapat menambah pengetahuan masyarakat untuk dapat berkontribusi dalam penurunan angka morbiditas akibat diare (Asaujono Riyadi:2010).

Dari latar belakang diatas penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah tentang Asuhan Keperawatan yang mengalami Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

## 1.2 Batasan Masalah

Asuhan Keperawatan Anak yang mengalami Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan tubuh di ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.

## 1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Anak yang mengalami Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan?

## 1.4 Tujuan

### 1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Anak yang mengalami Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan tubuh di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.

### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan diare di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diare di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.
3. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diare di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan dengan tujuan untuk memandirikan keluarga dalam melaksanakan tugas

asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan diare di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.

5. Mampu melakukan evaluasi tindak lanjut pada klien dengan diare di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.

## **1.5 Manfaat**

### **1.5.1 Manfaat Teoritis**

Penulis dapat mengerti dan lebih menguasai teori tentang diare, dapat pula memperluas ilmu pengetahuan, menambah wawasan tentang diare secara benar kepada pasien dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada kasus diare dalam praktik lapangan.

### **1.5.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Keluarga Pasien**

Agar keluarga mampu mengetahui dan memahami lebih dini dan dapat menanggulangi lebih awal dari kasus diare.

#### **2. Bagi Rumah Sakit**

Agar dapat meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik pada kasus diare dan untuk lebih memperhatikan kondisi klien dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

#### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

Di harapkan dapat memberikan masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sehingga kasus tersebut dapat di tangani secara tepat.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Diare

##### 2.1.1 Pengertian Diare

Diare adalah meningkatnya frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali dalam satu hari dengan konsistensi tinja yang cair atau dengan frekuensi lebih sering dari individu yang normal (WHO, 2013).

*Diarrhea* berasal dari bahasa Greek, yaitu *Dia* berarti melalui dan *rhi* berarti mengalir, istilah *diarrhea* digunakan untuk menyatakan buang kotoran yang frekuensi dan jumlah cairannya abnormal. Untuk pengertian diare sendiri adalah penyakit yang ditandai bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (> 3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan atau tanpa darah atau lendir (Suraatmaja, 2007).

Diare adalah pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair. Buangan air besar yang tidak normal dan bentuk tinja yang cair dengan frekuensi yang lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3 kali buang air besar, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4 kali buang air besar. (Sudarti, M.Kes. 2010)

Diare pada dasarnya adalah frekuensi buang air besar yang lebih sering dari biasanya dengan konsistensi yang lebih encer. Berikut ini ada beberapa pengertian diare menurut para ahli, yaitu suatu keadaan dimana frekuensi buang air besar yang lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih 3 kali

padan anak. Konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau, atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau hanya lendir saja (FK UI, 1997). Individu mengalami perubahan dalam kebiasaan BAB yang normal, ditandai dengan seringnya kehilangan cairan dan feses yang tidak berbentuk (Susan Martin T., 1998: 8). Defekasi encer lebih dari 3 kali sehari dengan atau tanpa darah dan atau lendir dalam tinta (Suharyono, 1999: 51). Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak, Salemba Medika. 2008)

### **2.1.2 Klasifikasi**

Secara klinik diare dibedakan menjadi tiga macam sindrom, masing-masing mencerminkan pathogenesis berbeda dan memerlukan pendekatan yang berlainan dalam pengobatannya.

#### **1. Diare akut**

Diare akut adalah diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat. Diare berlangsung kurang dari 14 hari (bahkan kebanyakan kurang dari 7 hari) dengan disertai pengeluaran feses lunak atau cair, sering tanpa darah, mungkin disertai muntah dan panas. Diare cair akut menyebabkan dehidrasi dan bila masukan makanan berkurang, juga mengakibatkan kurang gizi, bahkan kematian yang disebabkan oleh dehidrasi.

## 2. Disentri

Disentri adalah diare yang disertai darah dalam feses, menyebabkan anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat, dan kerusakan mukosa usus karena bakteri invasif. Penyebab utama disentri akut yaitu *Shigella*. Pada orang dewasa muda, disentri yang serius disebabkan oleh *Entamoeba histolytica*, tetapi jarang terjadi penyebab disentri pada anak-anak.

## 3. Diare persisten

Diare persisten adalah diare yang pada mulanya bersifat 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 mengalami dehidrasi. (Sodikin, 2011)

### 2.1.3 Etiologi

#### 1. Infeksi

1.a Enternal yaitu infeksi yang terjadi dalam saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama terjadinya diare yang meliputi :

- a) Infeksi bakteri : *vibrio*, *E. Coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*, dan sebagainya.

b) Infeksi virus *Enterovirus* (virus ECHO) *Coxsackie*, *Polomyelitis*, *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Astrovirus*, dan sebagainya.

c) Infeksi parasit Cacing (*Ascaris Irichius Oxyuris*, *Strongylodies*) Protozoa (*Entamoeba Histolytica*, *Giardi Lambli*a, *Trochomonas homonas hominis*), jamur (*Candida Albicans*).

2.a Parental yaitu infeksi di bagian tubuh lain di luar alat pencernaan. Misalnya OMA (Otitis Media Akut). *Tobngsilofatringitis*, *Bronkopneumia*, *Ensefalitis*, dan sebagainya.

## 2. Malabsorsi

a. Karbohidrat : disakarida (intoleransi laktosa, maltose, dan sukrosa). Monosakarida (intoleransi glukosa dan galaktosa).

Pada anak bayi yang paling berbahaya adalah intoleransi laktosa.

b. Lemak

c. Protein

d. Makanan, misalnya basi, beracun, alergi

e. Psikologis, misalnya rasa takut dan cemas

### 2.1.4 Tanda dan Gejala

a. Tanda Diare

1. Cengeng

2. Gelisah
3. Suhu meningkat
4. Nafsu makan menurun
5. Tinja air, lendir kadang-kadang ada darahnya. Lama-lama tinja berwarna hijau dan asam.
6. Anus lecet

b. Gejala Diare

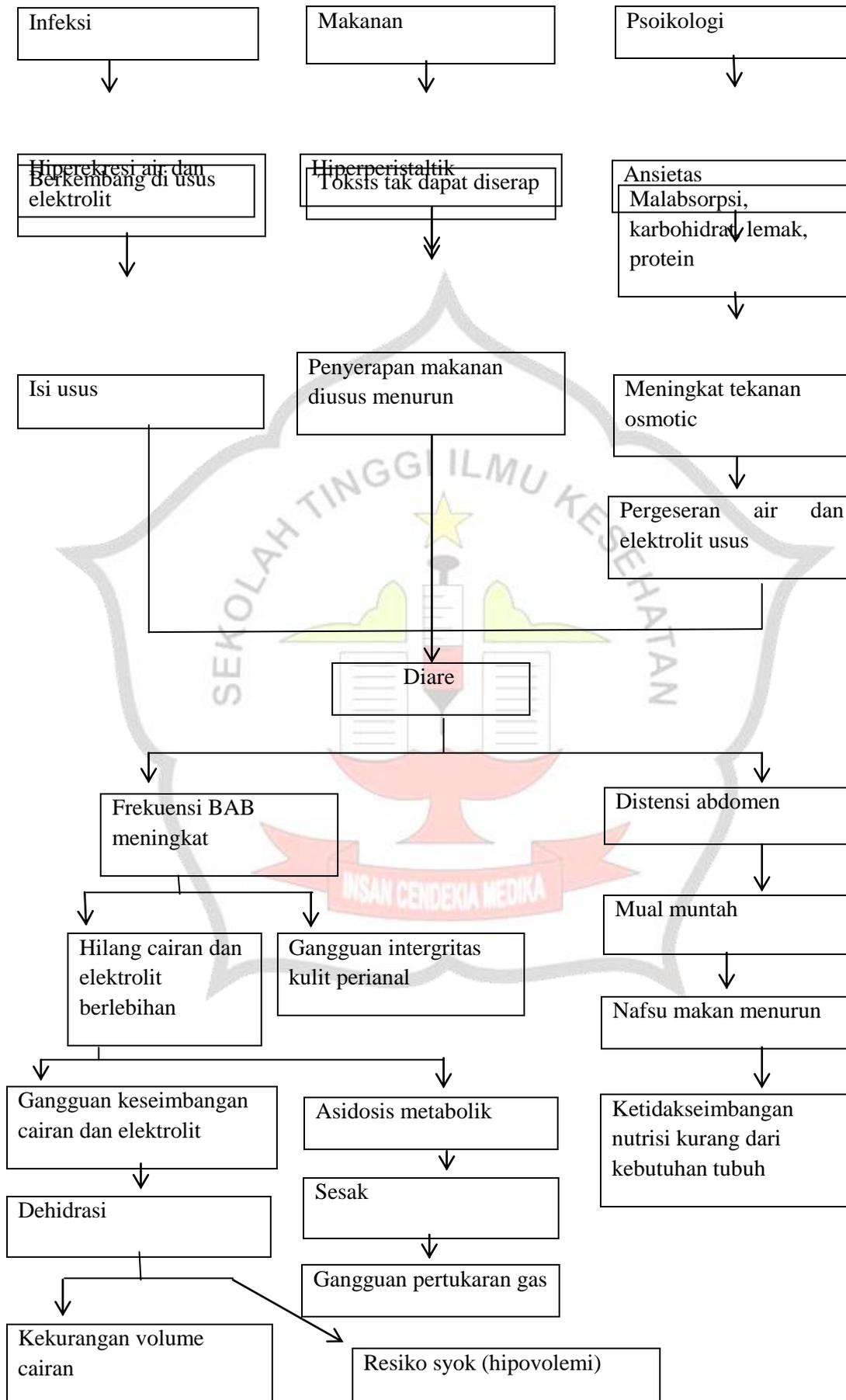
1. Dehidrasi, bila menjadi dehidrasi berat akan terjadi volume darah berkurang nadi cepat dan kecil, denyut jantung cepat, tekanan darah turun, kesadaran menurun dan diakhiri dengan syok
2. Berat badan turun
3. Turgor kulit menurun
4. Mata dan ubun-ubun cekung
5. Selaput lendir dan mulut serta kulit menjadi kering

### 2.1.5 Patofisiologi

Proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan factor diantaranya pertama factor infeksi, proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk kedalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah

permukaan usus. Selanjutnya terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan system transport aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit meningkat. Kedua, factor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat mengakibatkan isi rongga usus sehingga terjadi diare. Ketiga, faktor makanan, ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltic usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian menyebabkan diare. Ke empat, faktor psikologis dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya mempengaruhi proses penyerapan makanan yang dapat menyebabkan diare (A. Aziz Alimul Hidayat 2008).

### 2.1.6 Pohon Masalah Gastroenteritis (menurut NANDA NIC-NOC, 2015-2017)



### 2.1.7 Komplikasi

Kehilangan cairan dan elektrolit yang secara mendadak dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi, yaitu:

- a. Dehidrasi : ringan, sedang, dan berat.
- b. Renjatan hipovolemik yaitu kejang akibat volume darah berkurang.
- c. Hipokalemia yaitu kadar kalium dalam darah rendah dengan gejala meteorismus (kembung perut karena pengumpulan gas secara berlebihan dalam lambung dan usus), hipotonik otot, lemah, bradikardi, perubahan pada elektrokardiogram.
- d. Hipoglikemia yaitu kadar glukosa darah yang rendah.
- e. Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktase karena kerusakan vili mukosa usus halus.
- f. Kejang terutama pada hidrasi hipotonik.
- f. Malnutrisi energi protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan (masuk makanan berkurang, pengeluaran bertambah).

### 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium Evaluasi laboratorium pasien tersangka diare infeksi dimulai dari pemeriksaan feses adanya leukosit. Kotoran biasanya tidak mengandung leukosit, jika ada itu dianggap sebagai penanda inflamasi kolon baik infeksi maupun non infeksi. Karena netrofil akan berubah, sampel harus diperiksa sesegera mungkin. Sensitivitas leukosit feses terhadap inflamasi

patogen (Salmonella, Shigella dan Campylobacter) yang dideteksi dengan kultur feses bervariasi dari 45% - 95% tergantung dari jenis patogennya. Penanda yang lebih stabil untuk inflamasi intestinal adalah laktoferin. Laktoferin adalah glikoprotein bersalut besi yang dilepaskan netrofil, keberadaannya dalam feses menunjukkan inflamasi kolon. Positif palsu dapat terjadi pada bayi yang minum ASI. Pada suatu studi, laktoferin feses, dideteksi dengan menggunakan uji agglutinasi lateks yang tersedia secara komersial, sensitivitas 83 - 93 % dan spesifisitas 61 - 100 % terhadap pasien dengan Salmonella, Campilobakter, atau Shigella spp, yang dideteksi dengan biakan kotoran. Biakan kotoran harus dilakukan setiap pasien tersangka atau menderita diare inflamasi berdasarkan klinis dan epidemiologis, test leukosit feses atau laktoferin positif, atau keduanya. Pasien dengan diare berdarah yang nyata harus dilakukan kultur feses untuk EHEC O157 : H7.

1. Pasien dengan diare berat, demam, nyeri abdomen, atau kehilangan cairan harus diperiksa kimia darah, natrium, kalium, klorida, ureum, kreatinin, analisa gas darah dan pemeriksaan darah lengkap.
2. Pemeriksaan radiologis seperti sigmoidoskopi, kolonoskopi dan lainnya biasanya membantu untuk menilai tingkat peradangan rektal, jika ada, dan mendapatkan feses untuk diperiksa.

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

1. Di berikan nutrisi (makanan) setelah dehidrasi teratasi yang mengandung cukup kalori, protein, mineral, dan vitamin atau selama diare perlu ditambahkan jumlah kalori sebanyak 30% protein 3-5 g/kg bb/hari yang pada umumnya adalah 2,5 g/kg bb/hari.
2. Diberikan makanan dengan mempertimbangkan usia, berat badan, dan kemampuan menerima anak seperti pada anak usia 1 tahun. dan apabila anak sudah makan biasa, dianjurkan makan bubur tanpa sayuran dan hindari atau kurangi makanan yang mengandung banyak lemak dengan ketentuan pemberian : pada hari pertama setelah rehidrasi berikan makan per oral dengan selang seling menggunakan oralit, pada hari ke 2-4 berikan susu formula rendah laktosa penuh. Dan apabila defekasi membaik makanan bisa disesuaikan dengan usia.
3. Lakukan monitoring dan pengukuran status gizi atau tanda perubahan nutrisi seperti berat badan, turgor kulit, bising usus, kemampuan menelan, dan jumlah asupan.
4. Berikan penjelasan kepada keluarga dalam mencegah makanan yang dapat menyebabkan diare, cara mensterilkan botol susu, dan kebersihan lingkungan.

#### **2.1.10 Pencegahan**

Berbagai kuman penyebab diare disebarkan melalui jalan orofekalseperti air, makanan, dan tangan yang tercemar. Upaya

pemutusan penyebaran kuman penyebab harus di fokuskan pada cara penyebaran ini. Berbagai upaya yang terbukti efektif adalah sebagai berikut :

- 1) Pemberian ASI eksklusif (pemberian makanan berupa ASI saja pada bayi umur 4-6 bulan ).
- 2) Menghindari penggunaan susu botol.
- 3) Memperbaiki cara penyiapan dan penyimpanan makanan pendamping ASI (untuk mengurangi paparan ASI dan perkembangbiakan bakteri).
- 4) Penggunaan air bersih untuk minum.
- 5) Mencuci tangan baik sesudah buang air besar dan membuang feses bayi sebelum menyiapkan makanan atau saat makan (Xue, 2008).
- 6) Membuang feses (termasuk feses bayi) secara benar.

## **2.1 Konsep Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh**

### **2.2.1 Definisi**

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan ketika individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrient yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik.

### **2.2.2 Batasan Karakteristik**

- 1) Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal
- 2) Bising usus hiperaktif

- 3) Kurang minat pada makanan
- 4) Membran mukosa pucat
- 5) Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat
- 6) Nyeri abdomen
- 7) Tonus otot menurun

### **2.2.3 Faktor yang berhubungan**

- 1) Faktor biologis
- 2) Faktor ekonomi
- 3) Ketidakmampuan makan
- 4) Ketidakmampuan mencerna makanan
- 5) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- 6) Kurang asupan makanan

### **2.2.4 Manifestasi**

- 1) Cengeng
- 2) Gelisah
- 3) Suhu meningkat
- 4) Nafsu makan menurun
- 5) Tinja air, lendir kadang-kadang ada darahnya. Lama-lama tinja berwarna hijau dan asam.
- 6) Anus lecet
- 7) Dehidrasi, bila menjadi dehidrasi berat akan terjadi volume darah berkurang nadi cepat dan kecil, denyut jantung cepat,

tekanan darah turun, kesadaran menurun dan diakhiri dengan syok

- 8) Berat badan turun
- 9) Turgor kulit menurun
- 10) Mata dan ubun-ubun cekung
- 11) Selaput lendir dan mulut serta kulit menjadi kering

#### **2.2.5 Metode Menentukan Kekurangan Nutrisi (A. Aziz 2006)**

##### 1. Riwayat makanan

Riwayat makanan meliputi informasi atau keterangan tentang pola makan, tipe makanan yang di hindari ataupun di abaikan, makanan yang lebih disukai, yang dapat digunakan untuk membantu merencanakan jenis makanan untuk sekarang, dan rencana makanan untuk masa selanjutnya.

##### 2. Kemampuan makan

Beberapa hal yang perlu di kaji dalam hal kemampuan makan, antara lain kemampuan mengunyah, menelan, dan makan sendiri tanpa bantuan orang lain.

##### 3. Pengetahuan tentang nutrisi

Aspek lain yang sangat penting dalam pengkajian nutrisi adalah penentuan tingkat pengetahuan pasien mengenai kebutuhan nutrisi.

##### 4. Nafsu makan, jumlah asupan.

##### 5. Tingkat aktifitas.

##### 6. Pengonsumsian obat.

7. Penampilan fisik

Penampilan fisik dapat di lihat dari pemeriksaan fisik terhadap aspek-aspek berikut : rambut yang sehat berciri mengkilat, kuat, tidak kering, dan tidak mengalami kebotakan bukan karna faktor usia; daerah di atas kedua pipi dan bawah kedua mata tidak berwarna gelap; mata cerah dan tidak ada rasa sakit atau penonjolan pembuluh darah; daerah bibir tidak kering, pecah-pecah, ataupun mengalami pembengkakan ; lidah berwarna merah gelap, tidak berwarna merah terang, dan tidak ada luka pada permukaanya; gusi tidak bengkak, tidak mudah berdarah, dan gusi yang mengelilingi gigi harus rapat serta erat tidak tertarik ke bawah sampai di bawah permukaan gigi; gigi tidak berlubang dan tidak berwarna; kulit tubuh halus, tidak bersisik, tidak timbul bercak kemerahan, atau tidak terjadi pendarahan yang berlebihan; kuku jari kuat dan berwarna merah muda.

8. Pengukuran Antropometrik

Pengukuran ini meliputi pengukuran tinggi badan, berat badan, dan lingkar lengan. Tinggi badan anak dapat di gambarkan pada suatu kurva atau grafik sehingga dapat terlihat pola perkembanganya.

a. Menentukan berat badan ideal

Salah satu parameter untuk mengetahui keseimbangan energi seseorang adalah melalui penentuan berat badan

ideal dan indeks masa tubuh. Rumus Brocca adalah cara untuk mengetahui berat badan ideal, yaitu sebagai berikut:

$$\text{Berat badan ideal (kg)} = [\text{Tinggi badan (cm)} - 100] \cdot [10\% (\text{tinggi badan} - 100)]$$

Keterangan hasil :

1. Bila berat badanya < 80%, di kategorikan sebagai kurus.
2. Bila berat badanya 80 – 120% di kategorikan berat badan ideal.
3. Bila berat badanya > 120% di kategorikan gemuk.

Cara lain untuk menentukan berat badan ideal adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh. Cara ini telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI.

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	<17
	Kekurangan berat badan tingkat sedang	17,0-18,5
Normal		18,5-25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringa	>25,0-27,0

	n	
	Kelebihan berat badan tingkat berat	>27,0

Tabel 2.1 Batas ambang indeks masa tubuh (IMT) di Indonesia

Sumber: Depkes 2002 (lihat Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKMUI 2007)

$$\text{Indeks masa tubuh} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan}^2 \text{ (m)}}$$

Cara pengukuran kebutuhan kalori

Kebutuhan kalori total di temukan oleh basal metabolisme rate, Aktifitas fisik, dan spesifik dinamik action (SDA). Sebelum menentukan jumlah kebutuhan kalori total, maka tentukan basal metabolisme rate (BMR). Ada beberapa cara untuk mengukur BMR di antaranya adalah

1. Rumus Harris Benedict yang di kenal dengan debutan rumus REE (Resting Energi Expenditure). Caranya adalah

$$\begin{aligned} \text{BMR (laki-laki)} &= 66.5 + \{13,5 \times \text{BB (kg)}\} + \{5,0 \times \text{TB (cm)} - (6.75 \times \text{umur (th)})\} \\ \text{BMR (wanita)} &= 65,1 + \{9,56 \times \text{BB (kg)}\} + \{1,85 \times \text{TB (cm)} - (4,68 \times \text{umur (th)})\} \end{aligned}$$

2. Metode faktorial. Caranya adalah

$$\begin{aligned} \text{BMR (laki-laki)} &= \text{BB (kg)} \times 1,0 \times 24 \text{ kkal} \\ \text{BMR (wanita)} &= \text{BB (kg)} \times 0,9 \times 24 \text{ kkal} \end{aligned}$$

a. Tentukan berat atau ringan jenis aktivitas yang di lakukan klien. Klien dengan aktivitas ringan harus di kurangi 10-20% dari jumlah kalori basal, sebaliknya klien dengan aktivitas berat harus menambahkan 10-20% dari jumlah kalori basal. Patokan orang yang tergolong aktivitas berat adalah pekerja kuli bangunan atau pekerja kasar. Orang yang bekerja di kantor, yang sebagian besar waktunya yang di habiskan untuk duduk, termasuk aktivitas ringan. Pekerjaan rumah tangga termasuk ke dalam aktivitas sedang (Suarthana 2007).

b. Menghitung besarnya SDA. Di perkirakan besarnya SDA adalah 10% jumlah energi basah dan energi aktivitas (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI 2007).

Rumus untuk menghitung jumlah kebutuhan kalori total :

$$\text{Total energi} = \text{energi basal (BMR)} + \text{energi aktivitas} + \text{SDA}$$

Sumber : Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI 2007

## 9 Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang langsung berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah pemeriksaan albumin serum, Hb, glukosa, elektrolit.

### 2.2.6 Metode pemberian nutrisi

1. Pemberian nutrisi melalui oral

Pemberian nutrisi melalui oral merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara sendiri dengan cara membantu memberikan makan atau nutrisi melalui oral (mulut), bertujuan memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan membangkitkan selera makan pada pasien.

2. Pemberian nutrisi melalui pipa penduga atau lambung

Pemberian nutrisi melalui pipa penduga atau lambung merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara oral atau tidak mampu menelan dengan cara memberi makan melalui pipa lambung atau pipa penduga. Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

3. Pemberian Nutrisi melalui parenteral

Pemberian nutrisi melalui parenteral merupakan pemberian nutrisi berupa cairan infus yang dimasukkan ke dalam tubuh melalui darah vena, baik secara sentral (untuk nutrisi parenteral total) ataupun vena perifer (untuk nutrisi parenteral parsial). Pemberian nutrisi melalui parenteral dilakukan pada pasien yang tidak bisa makan melalui oral atau pipa nasogastrik dengan tujuan untuk menunjang nutrisi enteral yang hanya memenuhi sebagian kebutuhan nutrisi harian.

a. Metode pemberian nutrisi melalui parenteral :

### 1. Nutrisi parenteral parsial

Merupakan pemberian nutrisi melalui intravena yang di gunakan untuk memenuhi sebagian kebutuhan nutrisi harian pasien karena pasien masih dapat menggunakan saluran pencernaan. Cairan yang biasanya di gunakan dalam bentuk dextrose atau cairan asamino.

### 2. Nutrisi parenteral total

Merupakan pemberian nutrisi melalui intravena di mana kebutuhan nutrisi sepenuhnya melalui cairan infus karena keadaan saluran pencernaan pasien tidak dapat di gunakan. Cairan yang dapat di gunakan adalah cairan yang mengandung karbohidrat seperti triofusin E 1000, cairan yang mengandung asam amino seperti Pan Amin G, dan cairan yang mengandung lemak seperti intralipid.

3. Jalur pemberian nutrisi parenteral dapat melalui vena sentral untuk jangka waktu lama dan melalui vena parifer. (Hidayat, AAA & Uliyah, M, 2005)

## 2.3 Konsep Tumbuh Kembang

### 2.3.1 Definisi

Menurut (Hidayat Alimul, 2008)

Pertumbuhan dan perkembangan adalah proses yang dilalui manusia secara ilmiah. Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel di seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar (HidayatAlimul, 2008). Pertumbuhan dan perkembangan pada anak terjadi mulai dari pertumbuhan dan perkembangan secara fisik, intelektual maupun emosional. Peristiwa pertumbuhan dan perkembangan secara fisik dapat terjadi dalam perubahan ukuran besar kecilnya fungsi organ mulai dari tingkat sel sehingga perubahan organ tubuh. Pertumbuhan dan perkembangan secara intelektual anak dapat dilihat dari kemampuan secara simbol maupun abstrak seperti berbicara, bermain, berhitung, membaca dan lain-lain, sedangkan perkembangan secara emosional anak dapat dilihat dari perilaku sosial di lingkungan anak.

### **2.3.2 Tahapan Tumbuh Kembang Anak**

#### **1) Masa Prenatal**

Masa prenatal terdiri atas dua fase, yaitu fase embrio dan fase fetus. Pada fase embrio, pertumbuhan dapat diawali dari masa konsepsi hingga 8 minggu pertama yang dapat terjadi perubahan yang cepat dari ovum menjadi suatu organisme dan terbentuknya manusia. Pada minggu ke 2, terjadi pembelahan

sel dan pemisahan jaringan antara endoterm dan ectoderm. Pada minggu ke 3 terbentuk lapisan mesoderm. Pada masa ini sampai usia 7 minggu belum tampak adanya gerakan yang berarti melainkan hanya terdapat denyut jantung janin, yaitu sudah mulai dapat berdenyut sejak 4 minggu. Pada fase fetus terjadi sejak usia 9 minggu hingga kelahiran.

2) Masa Postnatal

Masa postnatal terdiri atas masa neonatus, masa bayi, masa prasekolah, masa sekolah, dan masa remaja.

3) Masa Neonatus (0-28 hari)

Pertumbuhan dan perkembangan postnatal atau dikenal dengan pertumbuhan dan perkembangan setelah lahir ini diawali dengan masa neonatus (0-28 hari). Masa ini merupakan masa terjadinya kehidupan yang baru dalam ekstrauteri, yaitu adanya proses adaptasi semua sistem organ tubuh.

4) Masa Bayi

Masa bayi ini dibagi menjadi dua tahap perkembangan. Tahap pertama (antara usia 1-12 bulan): pertumbuhan dan perkembangan pada masa ini dapat berlangsung secara terus menerus, khususnya dalam peningkatan susunan syaraf. Tahap kedua (usia 1-2 tahun): kecepatan pertumbuhan pada masa ini mulai menurun dan terdapat percepatan pada perkembangan motorik.

5) Masa Praekolah (1-3 tahun)

Perkembangan pada masa ini dapat berlangsung stabil dan masih terjadi peningkatan pertumbuhan serta perkembangan, khususnya pada aktivitas fisik dan kemampuan kognitif.

6) Masa Sekolah (4-18 tahun)

Perkembangan masa sekolah ini lebih cepat dalam kemampuan fisik dan kognitif dibandingkan dengan masa prasekolah.

7) Masa Remaja (12-20 tahun)

Pada tahap perkembangan remaja terjadi perbedaan pada perempuan dan laki-laki. Pada umumnya wanita 2 tahun lebih cepat untuk masuk ke dalam tahap remaja / pubertas dibandingkan dengan anak laki-laki dan perkembangan ini di tunjukkan pada perkembangan pubertas.

### 2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

1) Faktor genetik

- a) Faktor keturunan, masa konsepsi
- b) Bersifat tetap atau tidak berubah sepanjang hidup
- c) Potensi genetik yang bermutu hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan secara positif sehingga di peroleh hasil optimal.

2) Faktor eksternal / Lingkungan

Mempengaruhi individu setiap hari mulai konsepsi sampai akhir hayatnya dan sangat menentukan tercapai atau tidaknya

potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya.

- a) Keluarga
- b) Teman sebaya
- c) Pengalaman hidup
- d) Kesehatan

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan (menurut Padila, 2013)

### 2.4.1 Pengkajian

Pengkajian tanggal : Jam :

MRS tanggal : No. RM :

Diagnosa Medis :

### 2.4.2 Identitas Pasien

Nama : Penanggung Jawab :

Usia : Nama :

JenisKelamin : Alamat :

Suku : Hubungan Keluarga :

Agama : Telepon :

Pendidikan :

Alamat :

### A. Keluhan Utama

Saat MRS (alasan utama)

Saat pengkajian (yang paling dikeluhkan klien)

### **B. Riwayat Kehamilan dan Persalinan**

1. riwayat kehamilan : penyakit infeksi yang pernah di derita ibu selama TD
2. Riwayat persalinan : apakah usia kehamilan cukup, lahir premature, penyakit persalinan, apgar score

### **C. Keadaan Kesehatan Saat Ini**

Anak lemah, tidak mau makan, sianosis, sesak nafas dan dangkal gelisah, ronchi(+), wheezing (+), batuk, demam, sianosis daerah mulut dan hidung, muntah, diare

### **D. Riwayat Keluarga**

Riwayat penyakit infeksi, TBC, Pneumonia, dan infeksi saluran nafas lainnya

### **E. Riwayat Penyakit Sekarang**

Terdapat beberapa keluhan, pemulaan mendadak disertai dengan muntah dan feses dengan volume yang banyak, konsistensi cair, muntah ringan atau sering dan gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat dan nafsu makan menurun.

### **F. Riwayat Penyakit Dahulu**

Sebelumnya pernah mengalami penyakit diare berapa lama dan bagaimana pengobatan sebelumnya.

### **G. Riwayat Penyakit Keluarga**

Pada keluarga apakah ada yang mengalami penyakit diare.

## **H. Pola aktivitas sehari-hari**

### a. Nutrisi

Makan menurun karena adanya mual dan muntah yang disebabkan lambung yang meradang.

### b. Istirahat tidur

Mengalami gangguan karena adanya mual dan diare serta dapat juga disebabkan demam.

### c. Kebersihan personal hygiene mengalami gangguan karena seringnya mencret dan kurangnya menjaga personal hygiene sehingga terjadi gangguan integritas kulit. Hal ini disebabkan karena feses yang mengandung alkali dan berisi enzim dimana memudahkan terjadi iritasi ketika dengan kulit berwarna kemerahan, lecet disekitar anus.

### d. Eliminasi

Pada BAB juga mengalami gangguan karena terjadi peningkatan frekuensi, dimana konsistensi lunak sampai cair, volume tinja dapat sedikit atau banyak. Dan pada buang air kecil mengalami penurunan frekuensi dari biasanya.

## **I. Pemeriksaan fisik**

- a) Kepala : Inspeksi : rambut tebal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, wajah simetris tidak ada massa pada leher
- Palpasi : tidak ada benjolan kelenjar tiroid dan tidak ada bendungan vena jugularis.

- b) Mata : Inspeksi : Mata tidak strabismus (juling), alis mata simetris, tidak ada edema, pupil isokor, reflek cahaya kanan dan kiri positif, konjungtiva anemis.
- c) Hidung : Inspeksi : Hidung simetris, tidak terpasang O<sub>2</sub>  
Palpasi : tidak ada nyeri  
Auskultasi : adanya pernapasan cuping hidung.
- d) Mulut dan faring : Inspeksi : Mukosa bibir lembab  
Palpasi : tidak ada faringitis
- e) Torax dan Paru : Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas teratur/vesikuler, pergerakan dada normal, tidak ada tarikan otot bantu, RR : 30 x/menit. Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi : sonor (paru kanan dan kiri normal) Auskultasi : suara normal (vesikuler).
- f) Jantung : . Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera putih Palpasi : tidak ada nyeri tekan, CRT < 2 detik dan akral dingin  
Perkusi : pekak Auskultasi : suara jantung regular
- g) Abdomen : Inspeksi : bentuk abdomen simetris  
Palpasi : tidak ada benjolan, adanya nyeri tekan pada perut skala nyeri (sedang). Tidak ada pembesaran hepar.
- h) Muskuloskeletal : Palpasi : tidak adanya kelainan tulang dan sendi, kekuatan otot 5 Inspeksi : tidak ada lesi, tidak ada nyeri dan kelainan tulang.

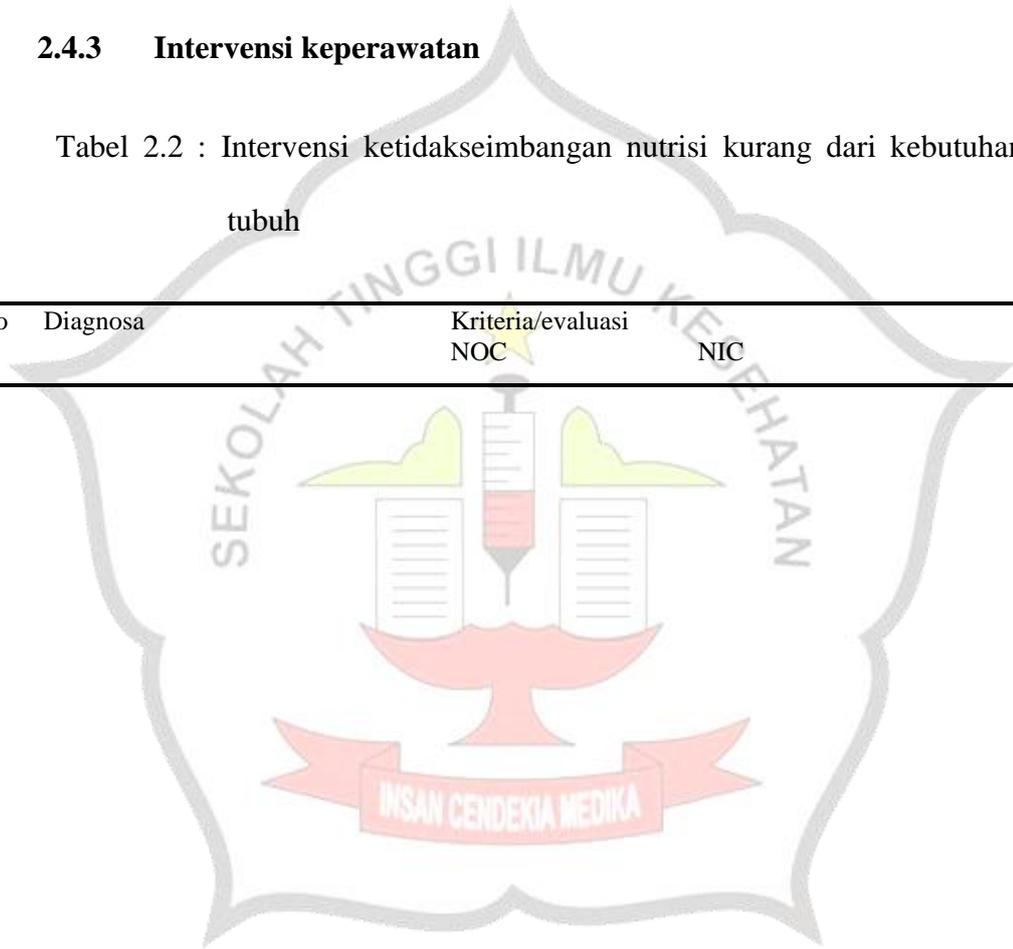
#### **2.4.2 Diagnosis keperawatan menurut (NANDA NIC-NOC, 2015-2017)**

Asuhan keperawatan gastroenteritis pada anak yang mengalami diare dengan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

### 2.4.3 Intervensi keperawatan

Tabel 2.2 : Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

No	Diagnosa	Kriteria/evaluasi NOC	NIC
----	----------	--------------------------	-----



Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	NOC	NIC
Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nutritional status :</li> <li>2. Nutritional : food and fluid</li> <li>3. Nutritional status :nutrient intake</li> <li>4. Weight control</li> </ol>	Nutrition Management
Batasan karakteristik :	Kriteria hasil :	1. Kaji adanya alergi makanan
1. Berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal	1. Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan	Rasional : untuk mengetahui adanya alergi pada pasien
2. Diare	2. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	2. Kolaborasi dengan ahli gizi Rasional : untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
3. Bising usus hiperaktif	3. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapian dari menelan	3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake fe Rasional : Fe terpenuhi dan tidak terjadi anemi
4. Kurang minat pada makanan		4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
5. Penurunan berat badan dengan asupan makanan tidak adekuat		Rasional : karena pertumbuhan belum lengkap dan atau kebiasaan makan yang memerlukan peningkatan protein diet
6. Membrane mukosa pucat		5. Berikan substansi gula Rasional : supaya tidak terjadi dehidrasi
7. Tonus otot menurun		6. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori Rasional :supaya pola diet pasien akan mengidentifikasi kekuatan/kebutuhan /defisiensi nutrisi
8. Mengeluh gangguan sensasi rasa		
9. Mengeluh asupan makanan kuran dari RDA (recommended daily allowance)		
10. Kelemahan otot untuk menelan		
Faktor – faktor yang berhubungan		
1. Faktor biologis		
2. Faktor ekonomi		
3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient		
4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan		
5. Ketidakmampuan menelan makanan		
6. Faktor psikologis		
		Nutrition monitoring
		1. BB pasien dalam batas normal Rasional : agar dapat mengetahui penurunan berat badan pada anak
		2. Monitor adanya penurunan berat badan Rasional :

- 
- mempertahankan berat badan
3. Monitor lingkungan selama makan  
Rasional : menciptakan tempat yang nyaman dan aman
  4. Monitor mual dan muntah  
Rasional : agar dapat mengetahui intake dan output nutrisi dari tubuh anak
  5. Monitor pertumbuhan dan perkembangan  
Rasional : dapat membantu mengetahui nutrisi yang masuk pada anak
  6. Monitor kalori dan intake nutrisi  
Rasional : mengetahui asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh anak
- 

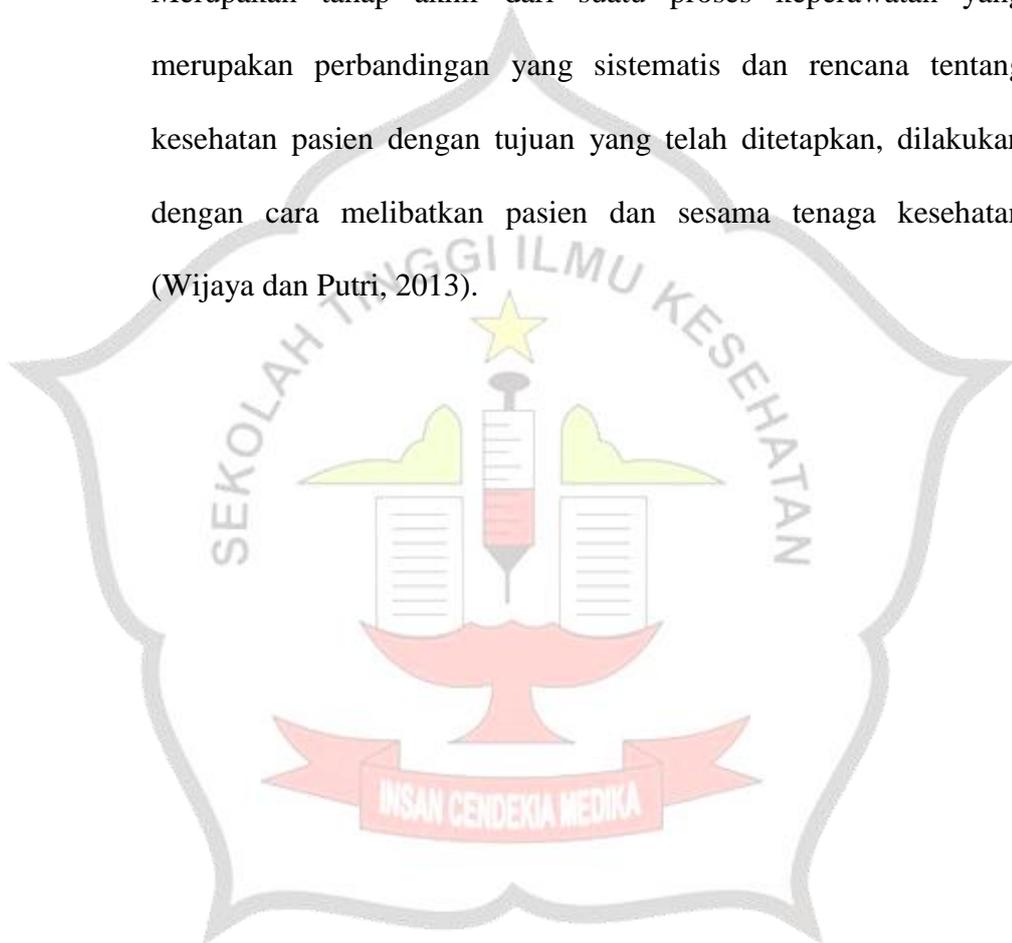


#### 2.4.4 Implementasi

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, serta melaksanakan adusa dokter ketentuan RS.

#### **2.4.5 Evaluasi**

Merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara melibatkan pasien dan sesama tenaga kesehatan (Wijaya dan Putri, 2013).



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Penelitian studi kasus adalah studi yang mengeksplorasi suatu masalah keperawatan dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Penelitian studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu (Tri, dkk, 2015). Dalam penelitian ini studi kasus digunakan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan klien yang mengalami Diare dengan masalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di RSUD Bangil Pasuruan.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut Asuhan Keperawatan Klien yang mengalami Diare dengan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di RSUD Bangil Pasuruan, maka studi kasus harus menjabarkan tentang konsep Diare dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

### **3.3 Partisipan**

Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien didiagnosa medic mengalami Diare dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di RSUD Bangil Pasuruan. Klien dipilih adalah klien dirawat sejak pertama kali MRS sampai pulang dan minimal dirawat selama 3 hari klien sudah pulang maka akan diganti dengan lain yang sejenis.

### **3.4 Lokasi dan waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruang anak RSUD Bangil Pasuruan yang beralamat di Jl. Raya Raci Bangil No. 67153 Kab.Pasuruan. Penelitian dilakukan mulai bulan 30 Januari sampai 25 maret 2017.

### **3.5 Pengumpulan Data**

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah di perlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah :

#### **1. Wawancara**

Wawancara adalah suatu metode yang di pergunakan untuk mengumpulkan, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau penderian secara lisan dari seseorang sasaran peneliti (respoden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (face to

face). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Notoatmodjo, 2005).

Materi wawancara meliputi : anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga yang lain-lain sesuai dengan pedoman yang akan diungkap. Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.

## 2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat dan mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Jadi didalam melakukan observasi bukan hanya mengunjungi, melihat, atau menonton saja, tetapi disertai keaktifan jiwa atau perhatian, khusus dan melakukan pencatatan-pencatatan. Ahli lain mengatakan, bahwa observasi adalah studi yang sengaja dan sistematis tentang fenomena social dan gejala-gejala psikis dengan jalan mengamati dan mencatat. Dalam penelitian ini observasi dilakukan menggunakan pendekatan IPPA yaitu : Inspeksi, Perkusi, Auskultasi pada system tubuh pasien.

## 3. Studi dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variable berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, legger, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2010). Dalam penelitian ini dokumentasi berupa hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

### **3.6 Uji keabsahan Data**

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data / informasi yang di peroleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan :

- 1) Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan
- 2) Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber dan utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

### **3.7 Analisa Data**

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya di tuangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang di peroleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya di interpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan

rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data adalah :

1) Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, Observasi, Dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2) Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3) Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan table, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnose, perencanaan, tindakan, evaluasi.

### 3.8 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti izin dari instansi untuk melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi : informed consent (persetujuan menjadi responden), anonymity (tanpa nama), dan confidentiality (kerahasiaan) (Tri, 2015)

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.
2. Anonymity (tanpa nama), etika penelitian merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau menempatkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.
3. Confidentiality (kerahasiaan), masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah di kumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengkajian di lakukan di RSUD Bangil ruang Anak MIEKY3 dan UPIN1, dengan kapasitas 5 tempat tidur dan di sekelilingnya tampak bersih.

##### 4.1.2 Pengkajian

###### 1) Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	An. R	An. N
Umur	2 Tahun	1 Tahun 6 Bulan
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	-	-
Pekerjaan	-	-
Status Perkawinan	Belum menikah	Belum menikah
Alamat	Pohjentrek, Pasuruan	Kraton, Bangil Pasuruan
Suku/bangsa	Jawa/WNI	Jawa/WNI
Tanggal MRS	08 Februari 2017	09 Februari 2017
Tanggal Pengkajian	08 Februari 2017	09 Februari 2017
Jam Masuk	09.00 WIB	13.00 WIB
No. RM	234XXX	765XXX
Diagnosa masuk	GE	GE

###### 2) Identitas Orangtua

Identitas Orangtua	Klien I	Klien II
Nama Ayah/Ibu	Tn. P	Tn. B
Pekerjaan	Swasta	Swasta
Pendidikan	SMA	SMP
Suku/Bangsa	Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
Penanggung Jawab Biaya	Orangtua	Orangtua

## 3) Riwayat Penyakit

<b>RIWAYAT PENYAKIT</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Keluhan Utama	Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 3 kali sehari	Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 4 kali sehari
Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu klien mengatakan An. R mual, muntah lebih dari 3 kali sehari dan bab cair sehari lebih dari 5 kali kemudian oleh ibu An. R dibawa ke RSUD Bangil Pasuruan pada tanggal 08 februari 2017 pukul 09.00 WIB untuk mendapatkan pengobatan dan dirawat inap di ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan	Ibu klien mengatakan An. N mual muntah 4 kali dalam sehari dan bab cair lebih dari 4 kali sehari dan disertai dengan panas kurang lebih 3 hari, kemudian oleh ibu An. N di bawa ke RSUD Bangil Pasuruan pada tanggal 09 februari 2017 pukul 13.00 WIB untuk mendapatkan pengobatan dan di rawat inap di ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan
Riwayat Penyakit Dahulu	Ibu An R mengatakan bahwa An. R tidak pernah mempunyai penyakit menular	Ibu klien mengatakan bahwa An N tidak pernah mempunyai penyakit menular
Riwayat Penyakit Keluarga	Ibu An. R mengatakan keluarganya tidak ada yang pernah menderita penyakit yang sedang diderita oleh klien sekarang ini dan An. R tidak pernah mempunyai penyakit keturunan	Ibu An N mengatakan keluarganya tidak ada yang pernah menderita penyakit yang sedang diderita oleh klien sekarang ini dan An. R tidak pernah mempunyai penyakit keturunan
Riwayat Psikososial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon ibu klien terhadap penyakit-An.-R menganggap penyakit anaknya ini adalah cobaan dari Tuhan</li> <li>2. Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga dan masyarakat. An R hanya bisa berbaring di tempat tidur dan tidak bisa melakukan aktivitas apa-apa. Klien tidak bisa berkumpul dengan keluarganya dan masyarakat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Respon ibu klien terhadap penyakit An. R menganggap penyakit anaknya ini adalah cobaan dari Tuhan</li> <li>2) Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga dan masyarakat. An R hanya bisa berbaring di tempat tidur dan tidak bisa melakukan aktivitas apa-apa. Klien tidak bisa berkumpul dengan keluarganya dan masyarakat</li> </ol>

## 4) Riwayat Psikologis

Klien 1	Klien 2
Interaksi anak baik dengan orang sekitar, pengetahuan keluarga tentang penyakit anak masih kurang memahami tentang penyebab kekurangan nutrisi.	Interaksi anak baik dengan orang sekitar, pengetahuan keluarga tentang penyakit anak masih kurang memahami tentang penyebab kekurangan nutrisi.

## 5) Riwayat Sosial

Klien 1	Klien 2
Ibu mengatakan anaknya mudah bergaul dengan teman sebayanya.	Ibu mengatakan anaknya mudah bergaul dengan teman sebayanya.

## 6) Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan sistem)

<b>POLA KESEHATAN</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Pola manajemen kesehatan	Ibu klien mengatakan saat sakit berobat di dokter yang berada di sekeliling rumahnya, berhubung penyakitnya perlu perawatan lebih lanjut klien akhirnya berobat ke RSUD Bangil Pasuruan	Ibu klien mengatakan saat sakit berobat di dokter yang berada disekeliling rumahnya, berhubung penyakitnya perlu perawatan lebih lanjut klien akhirnya berobat ke RSUD Bangil Pasuruan.
Pola nutrisi	Ibu klien mengatakan anaknya dirumah minum susu formula dan makan nasi 3x sehari, minum air putih kurang lebih 500ml sedangkan dirumah sakit anaknya hanya minum susu formula sedikit tapi sering. Hanya habis setengah botol susu dalam sehari (25 ml).	Ibu klien mengatakan anaknya dirumah minum asi dan makan bubur atau nasi 3x sehari, minum air putih kurang lebih 500ml sedangkan di rumah sakit anaknya hanya minum asi dan susu formula dari rumah sakit. Minum asi hanis 35 ml dan minum susu formula hanya habis 20 ml.
Pola eliminasi	Ibu klien mengatakan kebiasaan BAK di rumah	Ibu klien mengatakan kebiasaan BAK di

	5x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari, warna kuning dan khas bau feses. Ketika dirumah sakit klien mengatakan BAK 3x/hari dan BAB lebih dari 5x/hari.	rumah 5x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari, warna kuning khas dan bau khas feses. Ketika di rumah sakit klien mengatakan BAK 2x/hari dan di rumah sakit klien BAB lebih dari 4 kali sehari.
Pola istirahat tidur	Ketika An R masih sehat, klien selalu tidur siang selama $\pm 4$ jam dan tidur malam hari $\pm 9$ jam. Tetapi terdapat perubahan pola tidur dan istirahat ketika An R dalam keadaan sakit yaitu tidur siang hari $\leq 2$ jam dan pada malam hari hanya bisa tidur selama $\leq 5$ jam.	Ketika An N masih sehat, klien selalu tidur siang selama $\pm 3$ jam dan tidur malam hari $\pm 8$ jam. Tetapi terdapat perubahan pola tidur dan istirahat ketika An R dalam keadaan sakit yaitu tidur siang hari $\leq 2$ jam dan pada malam hari hanya bisa tidur selama $\leq 6$ jam.
Pola aktivitas	Disaat An R dirumah selalu melakukan aktivitas dengan bermain. Tetapi di rumah sakit semuanya dibantu oleh ibunya.	Disaat An N dirumah selalu melakukan aktivitas dengan bermain. Tetapi di rumah sakit semuanya dibantu oleh ibunya.
Pola penanggulangan stress	An R tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien kelihatan gelisah atau rewel, ibu klien selalu mengajak bermain	An N tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien kelihatan gelisah atau rewel, ibu klien selalu mengajak bermain

## 7) Tumbuh Kembang

Pertumbuhan	Klien 1	Klien 2
Berat Badan	9 kg	7,8 kg
BB Sebelum Sakit	10 kg	8,5 kg
Lingkar Lengan	130 cm	110 cm
Tinggi Badan	60 cm	50 cm
Lingkar Dada	31 cm	30 cm
Lingkar Lengan Atas	9 cm	8 cm

Perkembangan, Usia Anak Saat	Klien 1	Klien 2
Tengkurap	5 bulan	4 bulan
Duduk	8 bulan	9 bulan
Berdiri	1 tahun 1 bulan	1 tahun
Berjalan	11 bulan,	1 tahun
Mengangkat Kepala	4 bulan	5 bulan
Merangkak 9 bulan	9 bulan	10 bulan
Bisa bicara	1,6 tahun	1,5 tahun
Tumbuh gigi	2 tahun.	2 tahun 1 bulan
Tahap perkembangan psikososial	Ibu klien mengatakan mengatakan teman di lingkungan sekolah maupun di rumah banyak.	Ibu klien mengatakan mengatakan teman di lingkungan sekolah maupun di rumah banyak
Tahap Perkembangan Psikoseksual	Ibu klien mengatakan klien lebih senang bermain dengan wanita sebaya	Ibu klien mengatakan klien lebih senang bermain dengan teman cowok sebaya
Tahap Kognitif	Anak mampu menjawab pertanyaan dengan tepat misal $1 + 1 = 2$ .	Anak mampu menjawab pertanyaan dengan tepat misal $1 + 1 = 2$ .

#### 8) Dampak Hospitalisasi

Anak dan Keluarga	Klien 1	Klien 2
Anak	Timbul kecemasan karena tidak terbiasa dengan lingkungan di RS.	Timbul kecemasan karena tidak terbiasa dengan lingkungan di RS dengan anak terlihat menangis saat di tinggal ibunya keluar.
Keluarga	Takut dan cemas karena tidak mempunyai pengetahuan tentang penyakit anak.	Takut dan cemas karena tidak-mempunyai pengetahuan tentang penyakit anak dengan terlihat ibu bertanya tanya tentang gejala yang di derita anak.

#### 9) Pemeriksaan Fisik

OBSERVASI	KLIEN 1	KLIEN 2
Keadaan umum	Lemah	Lemah
Kesadaran	Composmentis, CRT > 2 detik	Composmentis, CRT > 2 detik

S	36 °C	37 °C
N	115 x/menit	120 x/menit
RR	30 x/menit	28 x/menit
BB	9 kg	7,8 kg
GCS	4-5-6	4-5-6
Pemeriksaan Fisik ( head toe to )		
a. Kepala	Inspeksi : rambut tebal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, wajah simetris tidak ada massa pada leher Palpasi : tidak ada benjolan kelenjar tiroid dan tidak ada bendungan vena jugularis.	Inspeksi : rambut tebal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, wajah simetris tidak ada massa pada leher Palpasi : tidak ada benjolan kelenjar tiroid dan tidak ada bendungan vena jugularis.
b. Mata	Inspeksi : Mata tidak strambismus (juling), alis mata simetris, tidak ada edema, pupil isokor, reflek cahaya kanan dan kiri positif, konjungtiva anemis.	Inspeksi : Mata tidak strambismus (juling), alis mata simetris, tidak ada edema, pupil isokor, reflek cahaya kanan dan kiri positif, konjungtiva anemis.
c. Hidung	Inspeksi : Hidung simetris, tidak terpasang O <sub>2</sub> Palpasi : tidak ada nyeri Auskultasi : adanya pernapasan cuping hidung.	Inspeksi : Hidung simetris, tidak terpasang O <sub>2</sub> Palpasi : tidak ada nyeri Auskultasi : adanya pernapasan cuping hidung.
d. Mulut dan faring	Inspeksi : Mukosa bibir lembab Palpasi : tidak ada faringitis	Inspeksi : Mukosa bibir lembab Palpasi : tidak ada faringitis
e. Toraks dan paru	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas teratur/vesikuler, pergerakan dada normal, tidak ada tarikan otot bantu, RR : 30 x/menit. Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi : sonor (paru kanan dan kiri normal) Auskultasi : suara normal (vesikuler).	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas teratur/vesikuler, pergerakan dada normal, tidak ada tarikan otot bantu, RR : 28 x/menit. Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi : sonor (paru kanan dan kiri normal) Auskultasi : suara normal (vesikuler).
f. Jantung	Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera putih Palpasi : tidak ada nyeri tekan, CRT < 2 detik dan akral dingin Perkusi : pekak Auskultasi : suara jantung	Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera putih Palpasi : tidak ada nyeri tekan, CRT < 2 detik dan akral dingin Perkusi : pekak Auskultasi : suara jantung

	regular, nadi :115 x/menit.	regular, nadi :100 x/menit.
g. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen simetris Palpasi : tidak ada benjolan, adanya nyeri tekan pada perut skala nyeri (sedang). Tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : - Auskultasi : bising usus 38 x/menit.	Inspeksi : bentuk abdomen simetris Palpasi : tidak ada benjolan, adanya nyeri tekan pada perut skala nyeri (sedang). Tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : - Auskultasi : bising usus 38 x/menit.
h. Ekstermitas dan persendian	Palpasi :tidak adanya kelainan tulang dan sendi, kekuatan otot 5 Inspeksi : tidak ada lesi, tidak ada nyeri dan kelainan tulang.	Palpasi :tidak adanya kelainan tulang dan sendi, kekuatan otot Inspeksi : tidak ada lesi, tidak ada nyeri dan kelainan tulang.
i. Data psikososial spiritual	Ibu klien mengatakan anaknya aktif bermain dengan anak usia klien disekitar rumahnya, dan ibu klien juga mengatakan anaknya beragama islam.	Ibu klien mengatakan anaknya aktif bermain dengan anak usia klien disekitar rumahnya, dan ibu klien juga mengatakan anaknya beragama islam.

## 10) Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Klien 1 pada tanggal 08 Februari 2017

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Leukosit	18,2		3,70 – 10,1
Neutrofil	2,4		
Limfosit	1,5		
Monosit	0,4		
Eosinofil	0,0		
Basofil	0,0		
Neutrofil %	55,8	%	39,3 – 73,7
Limfosit %	34,8	%	18,0 – 48,3
Monosit %	8,4	%	4,40 – 12,7
Eosinofil %	<b>L0,2</b>	%	0,600 – 7,30
Basofil %	0,8	%	0,00 – 1,70
Eritrosit (RBC)	5,450	10 <sup>8</sup> /μL	4,6 – 6,2
Hemoglobin (HBG)	<b>L 12,70</b>	g/dL	13,5 – 18,0
Hematokrit (HCT)	<b>L 37,50</b>	%	40 – 54
MCV	<b>L 68,80</b>	μm <sup>3</sup>	81,1 – 96,0
MCH	<b>L 23,20</b>	pg	27,0 – 31,2
MCHC	33,80	g/dL	31,8 – 35,4
RDW	12,20	%	11,5 – 14,5

Klien 2 pada tanggal 09 Februari 2017

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Leukosit	15,8		3,70 – 10,1
Neutrofil	7,3		
Limfosit	6,8		
Monosit	1,3		
Eosinofil	0,1		
Basofil	0,3		
Neutrofil %	46,2	%	39,3 – 73,7
Limfosit %	43,0	%	18,0 – 48,3
Monosit %	8,4	%	4,40 – 12,7
Eosinofil %	0,6	%	0,600 – 7,30
Basofil %	<b>H 1,8</b>	%	0,00 – 1,70
Eritrosit (RBC)	<b>H 6,310</b>	$10^8/\mu\text{L}$	4,6 – 6,2
Hemoglobin (HBG)	15,00	g/dL	13,5 – 18,0
Hematokrit (HCT)	47,20	%	40 – 54
MCV	<b>L74,80</b>	$\mu\text{m}^3$	81,1 – 96,0
MCH	<b>L 23,80</b>	pg	27,0 – 31,2
MCHC	<b>L 31,70</b>	g/dL	31,8 – 35,4
RDW	14,10	%	11,5 – 14,5
PLT	<b>H 370</b>	$10^3/\mu\text{L}$	155 - 366
MPV	5,67	fL	6,90 – 10,6

#### 4.1.3 ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<b>Klien 1</b>		
Data Subjektif :		
Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah sehari 3 kali.	Diare ↓	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
Data objektif :	Distensi abdomen ↓	
a. Keadaan umum : lemah	Ketidakmampuan mencerna makanan ↓	
b. Wajah klien tampak pucat	Nafsu makan menurun ↓	
c. Makanan satu porsi hanya habis 3 sendok makan saja.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	
d. Kesadaran : composmentis		
e. Mual muntah masih sering sehari 3 kali		
f. BAB 5 kali dalam sehari		
g. TTV :		
S : 36 °C		
N : 115 x/menit		

BB sebelum sakit :  
12kg  
BB pasca sakit : 9  
kg  
RR : 30 x/menit

**Klien 2**

Data Subjektif :  
Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 4x sehari.

- Data objektif :
- a. Keadaan umum : lemah
  - b. Wajah klien tampak pucat
  - c. Porsi makan satu piring hanya habis 4 sendok saja.
  - d. BAB sehari bisa 4x lebih
  - e. GCS : 4-5-6
  - f. TTV ;  
S : 37 °C  
N : 120 x/menit  
BB sebelum sakit : 10kg  
BB sesudah sakit : 7,8 kg  
RR : 28 x/menit



Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

**4.1.4 Diagnosa Keperawatan**

Data	Problem (masalah)	Etiologi (penyebab+tanda dan gejala)
<p>Klien 1</p> <p>Data Subjektif : Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 3x sehari</p> <p>Data objektif : a. Keadaan umum : lemah b. Wajah klien tampak pucat c. Makanan satu porsi hanya habis 3 sendok makan saja. d. Mual muntah masih sering sehari 3 kali</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sering buang air besar dengan konsentrasi tinja cair atau encer, tidak disertai lendir atau darah</li> <li>b. Mual dan muntah</li> <li>c. Nafsu makan menurun</li> <li>d. Lemas, pucat</li> </ul>

- e. Kesadaran :  
composmentis  
f. GCS : 4-5-6  
g. TTV :  
S : 36 °C  
N : 115 x/menit  
BB sebelum sakit : 12 kg  
BB sesudah sakit : 9 kg  
RR : 30 x/menit

Klien 2

Data Subjektif :

Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 4x sehari. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

- Sering buang air besar dengan konsentrasi tinja cair atau encer, tidak disertai lendir atau darah
- Mual dan muntah
- Nafsu makan menurun
- Lemas, pucat
- Demam / suhu tubuh biasanya meningkat

Data objektif :

- Keadaan umum : lemah
- Wajah klien tampak pucat
- Porsi makan satu piring hanya habis 4 sendok saja
- Kesadaran ;  
compoementis
- GCS : 4-5-6
- TTV :  
S : 37 °C  
N : 120 x/menit  
BB sebelum sakit : 10 kg  
BB sesudah sakit : 7,8 kg  
RR : 28 x/menit

#### 4.1.5 INTERVENSI KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Tujuan, Kriteria Hasil)	INTERVENSI (NIC)	RASIONAL
Klien 1 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik : 1. Berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal 2. Diare	NOC 1. Nutritional status : 2. Nutritional : food and fluid 3. Nutritional status : nutrient intake 4. Weight control Kriteria hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan 2. Berat badan	Nutrition Management 1. Kaji adanya alergi makanan Rasional : untuk mengetahui adanya alergi pada pasien 2. Kolaborasi dengan ahli gizi Rasional : untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake fe Rasional : Fe terpenuhi dan tidak terjadi anemi

3. Bising usus hiperaktif	ideal sesuai dengan tinggi badan	4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C Rasional : karena pertumbuhan belum lengkap dan atau kebiasaan makan yang memerlukan peningkatan protein diet
4. Kurang minat pada makanan	3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	5. Berikan subtansi gula Rasional : supaya tidak terjadi dehidrasi
5. Penurunan berat badan dengan asupan makanan tidak adekuat	4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	6. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi) Rasional : agar kebutuhan nutrisi terpenuhi dan tidak seenaknya sendiri memilih makanan
6. Membrane mukosa pucat	5. Menunjukkan peningkatan fungsi pencernaan dari menelan	Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori Rasional :supaya pola diet pasien akan mengidentifikasi kekuatan/kebutuhan/defisiensi nutrisi
7. Tonus otot menurun	6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	7. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi Rasional : untuk meningkatkan pengetahuan memilih makanan
8. Mengeluh gangguan sensasi rasa		Nutrition monitoring
9. Mengeluh asupan makanan kuran dari RDA (recommended daily allowance)		1. BB pasien dalam batas normal Rasional : agar dapat mengetahui penurunan berat badan pada anak
10. Kelemahan otot untuk menelan		2. Monitor adanya penurunan berat badan Rasional : mempertahankan berat badan
Faktor – faktor yang berhubungan		3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan Rasional : mengetahui tingkat kelelahan pasien dari aktivitasnya
1. Faktor biologis		4. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan Rasional : menciptakan suasana agar anak tidak bosan selama makan
2. Faktor ekonomi		5. Monitor lingkungan selama makan Rasional : menciptakan tempat yang nyaman dan aman
3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient		6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan Rasional : untuk mengsinkronkan waktu
4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan		
5. Ketidakmampuan menelan makanan		
6. Faktor psikologis		

			<p>supaya jam makan anak tidak tidak pada saat pengobatan</p> <p>7. Monitor mual dan muntah Rasional : agar dapat mengetahui intake dan output nutrisi dari tubuh anak</p> <p>8. Monitor kadar albumin, total protein, hb, dan kadar ht Rasional : supaya asupan makanan pada anak terpenuhi dengan di pantauinya kadar albumin, protein, hb, dan kadar ht</p> <p>9. Monitor pertumbuhan dan perkembangan Rasional : dapat membantu mengetahui nutrisi yang masuk pada anak</p> <p>10. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva Rasional : mengetahui anemis pada anak</p> <p>11. Monitor kalori dan intake nutrisi Rasional : mengetahui asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh anak</p>
Klien 2			
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	NOC	NIC	
Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nutritional status :</li> <li>2. Nutritional : food and fluid</li> <li>3. Nutritional status : nutrient intake</li> <li>4. Weight control</li> </ol>	<p>Nutrition Management</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan Rasional : untuk mengetahui adanya alergi pada pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi Rasional : untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake fe Rasional : Fe terpenuhi dan tidak terjadi anemi</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C Rasional : karena pertumbuhan belum lengkap dan atau kebiasaan makan yang memerlukan peningkatan protein diet</li> <li>5. Berikan substansi gula Rasional : supaya tidak terjadi dehidrasi</li> <li>6. Berikan-makanan-yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli</li> </ol>	
Batasan karakteristik :	Kriteria hasil :		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal</li> <li>2. Diare</li> <li>3. Bising usus hiperaktif</li> <li>4. Kurang minat pada makanan</li> <li>5. Penurunan berat badan dengan asupan makanan tidak adekuat</li> <li>6. Membrane mukosa pucat</li> <li>7. Tonus otot menurun</li> <li>8. Mengeluh gangguan sensasi rasa</li> <li>9. Mengeluh asupan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan</li> <li>2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan</li> </ol>		

makanan kuran dari RDA (recommended daily allowance)	6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	gizi) Rasional : agar kebutuhan nutrisi terpenuhi dan tidak seenaknya sendiri memilih makanan
10. Kelemahan otot untuk menelan Faktor – faktor yang berhubungan		Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori Rasional :supaya pola diet pasien akan mengidentifikasi kekuatan/kebutuhan/defisiensi nutrisi
1. Faktor biologis		
2. Faktor ekonomi		
3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient		7. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi Rasional : untuk meningkatkan pengetahuan memilih makanan
4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan		Nutrition monitoring
5. Ketidakmampuan menelan makanan		1. BB pasien dalam batas normal
6. Faktor psikologis		Rasional : agar dapat mengetahui penurunan berat badan pada anak
		2. Monitor adanya penurunan berat badan Rasional : mempertahankan berat badan
		3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan Rasional : mengetahui tingkat kelelahan pasien dari aktivitasnya
		4. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan Rasional : menciptakan suasana agar anak tidak bosan selama makan
		5. Monitor lingkungan selama makan Rasional : menciptakan tempat yang nyaman dan aman
		6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan Rasional : untuk mensinkronkan waktu supaya jam makan anak tidak tidak pada saat pengobatan
		7. Monitor mual dan muntah Rasional : agar dapat mengetahui intake dan output nutrisi dari tubuh anak
		8. Monitor kadar albumin, total protein, hb, dan kadar ht Rasional : supaya asupan makanan pada anak terpenuhi dengan di pantauinya kadar albumin, protein, hb, dan kadar ht
		9. Monitor pertumbuhan dan

---

perkembangan

Rasional : dapat membantu mengetahui nutrisi yang masuk pada anak

10. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva

Rasional : mengetahui anemis pada anak

11. Monitor kalori dan intake nutrisi

Rasional : mengetahui asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh anak

---



#### 4.1.6 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	08 Februari 2017	09 Februari 2017	10 Februari 2017
<b>Klien 1</b>			
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	14.00 Melakukan bina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga klien untuk menjalin kerjasama yang baik dan komunikasi terapeutik. Memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga, menjelaskan tindakan yang akan dilakukan.	14.30 Menanyakan keluhan pasien pada keluarga pasien. BAB masih tetap dan masih mual muntah.	14.45 Menanyakan keluhan pasien pada keluarga pasien. BAB berkurang, sudah tidak mual muntah tapi nafsu makan tetap belum stabil.
	16.00 Monitor adanya penurunan berat badan Berat badan sebelum sakit 10 kg dan pada saat sakit menjadi 9 kg.	16.30 Memonitor Vital Sign S : 36°C N : 120 x/menit BB : 9kg RR : 30x/menit	16.00 Memonitor Vital Sign S : 36°C N : 115 x/menit BB : 9 kg RR : 30 x/menit
	17.00 Memonitor Vital Sign S : 36°C N : 115 x/menit BB : 9kg RR : 30x/menit	18.00 Memberikan infus Kaen 1B 800 cc/hari, PO : zinc 1 × 1 tablet Probiokid 1×1 tablet Vit c 1×100 mg	17.00 Monitor mual dan muntah dan menganjurkan sedikit makan dan minum tapi sering. Cuma makan setengah porsi. Hanya 5 sendok saja.
	18.00 Monitor mual dan muntah dan menganjurkan sedikit makan dan minum tapi sering. Cuma mau makan 2 sendok saja karena masih	18.15 Monitor mual dan muntah Dan menganjurkan sedikit makan dan minum tapi sering. Satu porsi tidak habis cuma beberapa sendok	

mual kalo makan banyak.

18.30 Memberikan infus Kaen 1B  
800 cc/hari,  
PO : zinc 1 × 1 tablet  
Probiokid 1 × 1 tablet  
Vit c 1 × 100 mg

Diagnosa Keperawatan	09 Februari 2017	10 Februari 2017	11 Februari 2017
<b>Klien 2</b>			
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	14.30 Melakukan bina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga klien untuk menjalin kerjasama yang baik dan komunikasi terapeutik. Memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga, menjelaskan tindakan yang akan dilakukan.	14.45 Menanyakan keluhan pasien pada keluarga pasien. Pasien mengeluhkan pusing dan juga mual muntah.	14.30 Menanyakan keluhan pasien pada keluarga pasien. Mual muntah sudah berkurang.
	16.00 Monitor adanya penurunan berat badan BB sebelumnya 8,5 kg dan pada saat sakit 7,8 kg.	16.20 Monitor adanya penurunan berat badan Berat badan sebelum sakit 8,5 kg, selama di rawat 7,8 kg.	15.00 Memonitor Vital Sign S : 37 °C N : 120 x/menit BB : 7,8 kg RR : 30 x/menit
	17.00 Memonitor Vital Sign S : 37 °C N : 120 x/menit BB : 7,8 kg	17.30 Memonitor Vital Sign S : 37 °C N : 118 x/menit BB : 7,8 kg RR : 28 x/menit	17.00 Monitor mual dan muntah dan menganjurkan sedikit makan dan minum tapi sering. Satu porsi tidak habis. Hanya mau makan 5 sendok makan saja.
		17.30 memberikan infus kaen 1B 800 cc/hari, zinc 1 × 1 tablet, probiokid 1 × 1	

	RR : 28 x/menit	tablet
18.00	Monitor mual dan muntah dan menganjurkan sedikit makan dan minum tapi sering	18.45 Monitor mual dan muntah dan menganjurkan sedikit makan dan minum tapi sering. Makan satu porsi tidak habis. Cuma 3 sendok makan.
19.00	memberikan infus kaen 1B 800 cc/hari, zinc 1 × 1tablet, probiokid 1 × 1tablet	

#### 4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	08 Februari 2017	09 Februari 2017	10 Februari 2017
<b>Klien 1</b>			
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	<p>S : Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 4x sehari</p> <p>O : 1. Keadaan umum : Lemah 2. Kesadaran composmentis 3. GCS 4-5-6 4. Wajah klien tampak pucat 5. Akral : hangat 6. S : 36<sup>0</sup>C N : 100 x/menit</p>	<p>S : Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 3x sehari</p> <p>O : 1. Keadaan umum : Lemah 2. Kesadaran composmentis 3. GCS 4-5-6 4. Wajah klien tampak pucat 5. Akral : hangat 6. S : 36<sup>0</sup>C N : 120 x/menit</p>	<p>S : Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 2x sehari</p> <p>O : 1. Keadaan umum : Lemah 2. Kesadaran composmentis 3. GCS 4-5-6 4. Wajah klien tampak pucat 5. Akral : hangat 6. S : 36<sup>0</sup>C</p>

BB : 9 kg RR : 30 x/menit	BB : 9 kg RR : 30 x/menit	N : 115 x/menit BB : 9 kg RR : 30 x/menit
A : masalah belum teratasi	A : masalah teratasi sebagian	A : masalah teratasi sebagian
P : Lanjutkan intervensi	P : Lanjutkan intervensi	P : Lanjutkan intervensi

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>09 Februari 2017</b>	<b>10 Februari 2017</b>	<b>11 Februari 2017</b>
<b>Klien 2</b>	S : Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 3x sehari	S : Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 3x sehari	S : Ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 1x sehari
	O : 1. Keadaan umum ; Lemah 7. Kesadaran composmentis 8. GCS 4-5-6 9. Wajah klien tampak pucat 10. Akral : hangat 11. S : 36 <sup>0</sup> C N : 120 x/menit BB : 7,8 kg RR : 30 x/menit	O : 1. Keadaan umum ; Lemah 7. Kesadaran composmentis 8. GCS 4-5-6 9. Wajah klien tampak pucat 10. Akral : hangat 11. S : 36 <sup>0</sup> C N : 120 x/menit BB : 7,8 kg RR : 30 x/menit	O : 1. Keadaan umum : Lemah 7. Kesadaran composmentis 8. GCS 4-5-6 9. Wajah klien tampak pucat 10. Akral : hangat 11. S : 36 <sup>0</sup> C N : 115 x/menit BB : 7,8 kg RR : 30 x/menit
	A ; masalah belum teratasi	A ; masalah teratasi sebagian	A ; masalah teratasi sebagian
	P : Lanjutkan intervensi	P : Lanjutkan intervensi	P : Lanjutkan intervensi

## 4.2 Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang analisa antara studi kasus asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.

Diare merupakan peradangan yang terjadi pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasite yang patogen (Bararah & Jauhar, 2013).

### 4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (klien). Oleh karena itu, pengkajian yang benar, akurat, lengkap, dan sesuai dengan kenyataan sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu, sebagaimana yang telah ditentukan dalam standart praktik keperawatan dari *American Nursing Association* (ANA) (Nursalam, 2008). Pengkajian merupakan tahap awal dari suatu proses keperawatan, kegiatan yang dilakukan pada tahap

tersebut adalah mengumpulkan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan data sekunder lainnya meliputi : catatakan, hasil pemeriksaan diagnostic, dan literatur. Pengumpulan data dilakukan antara tanggal 08 Februari 2017 sampai dengan 11 Februari 2017 dengan wawancara, observasi langsung serta pemeriksaan fisik.

### **1. Data Subjektif**

Pada tinjauan kasus klien Diare dengan masalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari Kebutuhan Tubuh didapatkan klien 1 : Ibu klien mengatakan anaknya mengalami mual, muntah lebih dari 3 kali sehari dan bab cair lebih dari 5 kali sehari sedangkan klien 2 : ibu klien mengatakan anaknya mual muntah 4 kali sehari dan bab cair kurang lebih 4 kali sehari.

Untuk itu pemahaman tentang diare dan penanganan asuhan keperawatan sudah menjadi keharusan bagi setiap tenaga kesehatan, terutama perawat yang dalam rentang waktu 24 jam sehari berinteraksi dengan klien.

Diare yang terjadi dikalangan anak berumur kurang dari lima tahun. Walaupun penyakit ini seharusnya dapat diturunkan dengan pencegahan, namun penyakit ini tetap menyerang anak terutamanya yang berumur kurang dari dua tahun. Selain menyebabkan jumlah kematian yang tinggi di kalangan anak, penyakit diare juga menimbulkan beban kepada ibu bapak dari segi biaya pengobatan dan

waktu. Penyakit ini terutama disebabkan oleh makanan dan minuman yang terkontaminasi akibat akses kebersihan yang buruk diare bisa berdampak fatal apabila penderita mengalami ketidakseimbangan nutrisi akibat mual dan muntah yang berlebihan. Maka dari itu, walaupun umum diare seharusnya ditangani dengan cepat. (Howidi et. al, 2012).

## 2. Data Objektif

Pada pemeriksaan fisik klien 1 didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, akral hangat, RR 30 x/menit, BB 9kg, suhu 36<sup>0</sup>C, nadi 115 x/menit, klien mual muntah 3 kali sehari. Sedangkan pada klien 2 didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GSC 4-5-6, klien tampak pucat, akral hangat, BB 7,8kg, RR 28 x/menit, suhu 37<sup>0</sup>C, nadi 120 x/menit.

Dalam tahap ini peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Pada pemeriksaan diare akan didapatkan : Inspeksi, pada pasien 1 dan 2 dehidrasi akan terlihat lemas, sering bab, pada anak pada diare akut mungkin di dapatkan kembung, distensi abdomen. Auskultasi, didapatkan peningkatan bising usus lebih dari 25 kali/menit yang berhubungan dengan peningkatan motilitas usus dari peradangan pada saluran diare. Perkusi, didapatkan suara timpani abdomen yang mengalami kembung. Palpasi, apakah didapatkan supel (elastisitas dinding abdomen optimal) dan apakah didapatkan adanya nyeri tekan (tenderness) pada area

abdomen. Pemeriksaan anus dan sekitarnya lecet karena seringnya bab dan feses menjadi lebih asam akibat banyaknya asam laktat.

(Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2013) menjelaskan bahwa pemeriksaan fisik pada klien diare pemeriksaan sistem pernafasan akan mengalami perubahan apabila terjadi perubahan akut terhadap Nutrisi, Respons akut akibat kehilangan cairan tubuh akan mempengaruhi volume darah. Akibat turunnya volume darah, maka curah jantung pun menurun sehingga tekanan darah, denyut nadi cepat dan lemah, serta pasien mempunyai resiko timbulnya tanda dan gejala syok. Pada kondisi dehidrasi, pemeriksaan sistem diare yang didapatkan berhubungan dengan berbagai faktor, seperti penyebab, onset, kondisi dehidrasi, dan tingkat toleransi individu (usia, malnutrisi, penyakit kronis, dan penurunan imunitas).

### 3. Pemeriksaan Diagnostik

Pada pemeriksaan Laboratorium yaitu pada klien 1 dan 2 leukosit  $18,2 \cdot 10^3/\mu\text{L}$  dan  $15,8 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ .

Menurut Alimul Aziz, 2014 menjelaskan bahwa pemeriksaan diagnostik pada klien diare pada hasil laboratorium leukositnya akan mendapati hasil di bawah normal dan juga normal karena respon tubuh pada manusia berbeda-beda.

Menurut peneliti hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya jumlah leukosit yang sedikit meninggi. Jadi pada hasil

penelitian sesuai dengan teori atau tidak ada kesenjangan antara hasil laporan kasus dengan teori.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada klien 1 dan klien 2 diagnosa yang muncul adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Peneliti memprioritaskan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada urutan pertama apabila masalah tidak segera ditangani maka semua kebutuhan pasien akan selalu memerlukan bantuan dari keluarga atau orang lain.

Dalam diagnosa ini peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Peneliti mengambil diagnosa pada klien 1 dan 2 ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Karena didapatkan kedua klien mengeluh mual muntah sehingga usus tidak dapat mencerna makanan dengan baik, karena itulah peneliti mengambil diagnosa yang berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan, dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah actual, resiko tinggi ataupun potensial. Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. (Nuratif & Kusuma, 2015).

### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan *Sumber NANDA NIC-NOC, 2015-2017*. Intervensi yang diberikan adalah NOC Nutritional status : nutrient intake, Adanya peningkatan berat badansesuai tujuan, Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan, Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, Tidak ada tanda-tanda malnutrisi, Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapn dari menelan dan Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. NIC Nutrition Management : Kolaborasi dengan ahli gizi ununtuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe, Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vit C, Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi dan Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).

Dalam tahap ini peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.Hal ini terjadi karena intervensi direncanakan berdasarkan dengan kebutuhan tubuh dan masalah pasien, sehingga intervensi tersebut dapat mengatasi masalah yang dialami pasien.

Rencana keperawatan secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan (Nursalam, 2008).

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, serta melaksanakan adusa dokter dan ketentuan RS, Melakukan kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi pada klien 1 diberikan infuse memberikan infus kaen 1B 800cc/hari , memberikan injeksi vit c 1×100/IV, dan diberikan obat oral probiokid 1×1 tablet, zinc 1×½ tablet. Sedangkan pada klien 2 diberikan infus kaen 1B 800 cc/menit, memberikan obat oral probiokid 1×1 tablet, zinc 1×1 tablet, injeksi vit c 1 × 100mg/IV.

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada studi kasus pada kedua klien dengan masalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sudah sesuai dengan teori dan hasil studi kasus, sehingga tidak ada kesenjangan antara hasil laporan studi kasus dengan teori. Adapun implementasi yang dapat dilakukan oleh peneliti kasus ini, hanya dapat dilakukan selama 3 hari rawat. Hal ini disebabkan karena secara umum kondisi kesehatan pasien yang sudah pulih atau membaik.

Menurut Bararah (2013), implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling

ketergantungan/kolaborasi, dan tindakan rujukan/ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering implementasi jauh berbeda dengan rencana. Oleh karena itu, sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

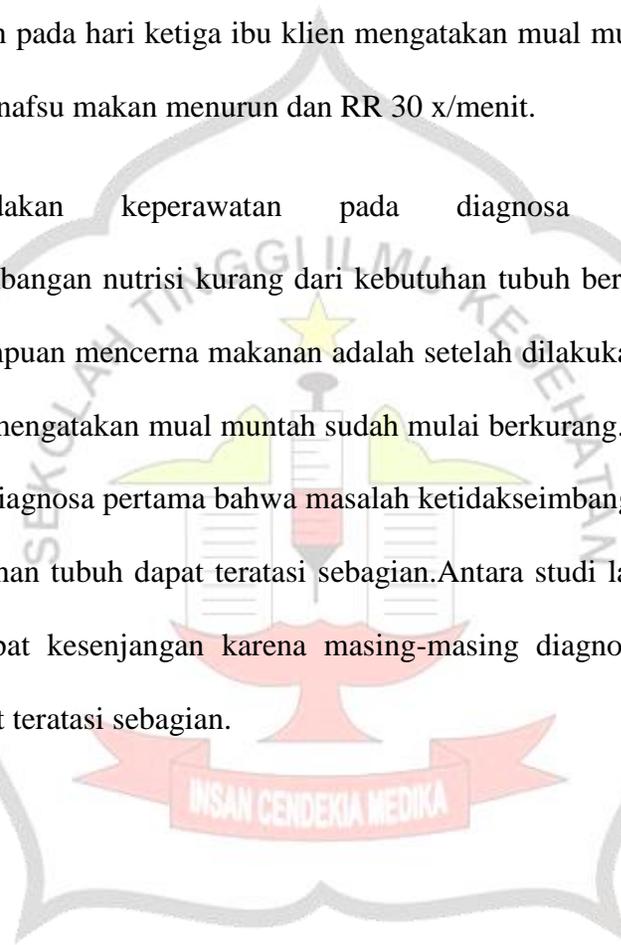
Pada hari pertama klien mual muntah 3 kali sehari, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, nafsu makan menurun, RR 30 x/menit, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 115 x/menit, BB 9kg masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi dengan terapi infuse memberikan infus kaen 1B 800cc/hari, meberikan injeksi vit c  $1 \times 100\text{mg/IV}$ , obat oral zinc  $1 \times 1$  tablet, dan probiokid  $1 \times 1$  tablet. Pada hari kedua ibu klien mengatakan masih mual muntah 3 kali sehari, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, penurunan nafsu makan, RR 30 x/menit, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 120 x/menit, BB 9kg masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi dengan terapi Mempertahankan terapi dengan memberikan injeksi vit c  $1 \times 100\text{mg/IV}$ , dan obat oral zinc  $1 \times 1$  tablet dan probiokid  $1 \times 1$  tablet. Pada hari ketiga ibu klien mengatakan mual muntah 1 kali sehari, keadaan umum cukup, kesadaran

composmentis, GCS 4-5-6, klien muntah berkurang, RR 30 x/menit, Suhu 36<sup>0</sup>C, nadi 115x/menit, masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi dengan terapi vit c 1×100 mg/IV dan obat oral zinc 1 × 1 tablet, probiokid 1 ×1 tablet. Selanjutnya, pada hari pertama klien 2 ibu mengatakan mual muntah 4 kali sehari, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, nafsu makan menurun, RR 28x/menit, suhu 37<sup>0</sup>C, nadi 120 x/menit, BB 7,8kg masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi dengan terapi infus memberikan infus kaen 1B 800 cc/hari, meberikan injeksi vit c 1×100mg/IV, obat oral zinc 1 ×1 tablet, dan probiokid 1×1 tablet. Pada hari kedua ibu klien mengatakan masih mual muntah 3 kali sehari, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, penurunan nafsu makan, RR 28 x/menit, suhu 37<sup>0</sup>C, nadi 118 x/menit, BB 7,8kg masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi dengan terapi Mempertahankan terapi dengan memberikan injeksi vit c 1 × 100mg/IV, dan obat oral zinc 1×1 tablet dan probiokid 1×1 tablet. Pada hari ketiga ibu klien mengatakan mual muntah 1 kali sehari, keadaan umum cukup, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, klien muntah berkurang, RR 30 x/menit, Suhu 37<sup>0</sup>C, nadi 120 x/menit, masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi dengan terapi vit c 1×100 mg/IV dan obat oral zinc 1 × 1 tablet, probiokid 1 ×1 tablet.

Menurut peneliti pada hari pertama pada klien 1 masalah belum teratasi karena ibu klien mengatakan masih dengan keluhan mual muntah 3 kali sehari dan RR 30 x/menit. Pada hari kedua ibu klien mengatakan masih

mual muntah 3 kali sehari, dan RR 30 x/menit. Dan pada hari ketiga ibu klien mengatakan muntah berkurang 1 kali sehari, dan RR 30x/menit. Sedangkan pada klien 2 pada hari pertama ibu klien mengatakan mual muntah 4 kali sehari, nafsu makan menurun dan RR 28 x/menit. Pada hari kedua ibu klien mengatakan mual muntah 3 kali sehari, nafsu makan menurun dan RR 28 x/menit. Dan pada hari ketiga ibu klien mengatakan mual muntah berkurang 2 kali sehari, nafsu makan menurun dan RR 30 x/menit.

Tindakan keperawatan pada diagnosa pertama yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan adalah setelah dilakukan tindakan 3 hari ibu pasien mengatakan mual muntah sudah mulai berkurang. Evaluasi menurut teori pada diagnosa pertama bahwa masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat teratasi sebagian. Antara studi lapangan dan teori tidak terdapat kesenjangan karena masing-masing diagnosa masalah yang terjadi dapat teratasi sebagian.



## BAB 5

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan apa yang penulis dapatkan dalam laporan studi kasus pembahasan pada asuhan keperawatan pada klien diare dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada An. N dan An. M di Ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis mengambil kesimpulan:

##### 5.1.1 Pengkajian

###### 1. Pada klien 1

Ibu klien mengatakan An. N mual muntah lebih dari 3 kali sehari dan bab cair lebih dari 5 kali sehari kemudian oleh ibu An. N di bawa ke RSUD Bangil Pasuruan pada tanggal 08 Februari 2017 pukul 10.04 WIB untuk mendapatkan penanganan dan pengobatan dan di rawat inap di ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.

###### 2. Pada klien 2

Ibu klien mengatakan An. M panas, mual muntah 4 kali sehari dan bab cair lebih dari 4 kali sehari, kemudian oleh ibu An. M di bawa RSUD Bangil Pasuruan pada tanggal 09 Februari 2017 pukul 13.00 WIB untuk mendapatkan penanganan dan pengobatan dan di rawat inap di ruang Anak RSUD Bangil Pasuruan.

### **5.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Dari pengkajian dua klien tersebut, maka penulis mengambil diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Peneliti memprioritaskan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada urutan pertama karena apabila masalah tidak segera ditangani maka semua kebutuhan pasien akan selalu memerlukan bantuan dari keluarga atau orang lain.

### **5.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang di berikan pada klien 1 dan klien 2 yaitu rencana keperawatan secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan Sumber : NANDA NIC-NOC, 2015-2017. Intervensi yang diberikan adalah NOC Nutritional status : nutrient intake, Adanya peningkatan berat badan, Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, Tidak ada tanda-tanda malnutrisi, Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan dan Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. Dalam tahap ini peneliti mendapatkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini terjadi karena intervensi direncanakan berdasarkan dengan kebutuhan dan masalah klien, sehingga intervensi tersebut dapat mengatasi masalah yang dialami klien.

#### **5.1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yaitu pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling keteergantungan/kolaborasi, dan tindakan rujukan/ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada implementasi nyata sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan tindakan masih sesuai dan di butuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini, perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Implementasi yang dapat dilakukan oleh peneliti selama 3 hari rawat, dengan hasil secara umum kondisi kesehatan pasien sudah pulih atau membaik.

#### **5.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 didapatkan pada hari pertama kedua ibu klien mengatakan masih mual muntah, penurunan nafsu makan, pada hari kedua ibu klien juga mengatakan masih mual muntah, nafsu makan menurun, dan hari ketiga ibu klien mengatakan mual muntah berkurang. Dan dengan demikian

mintervensi dan implementasi yang sudah dilakukan selama tiga hari didapatkan evaluasi dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh masih dalam tahap masalah teratasi sebagian.

## 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan saran antara lain :

### 1. Bagi Keluarga Klien

Dengan adanya bimbingan yang dilakukan oleh perawat dan penulis selama proses pemberian asuhan keperawatan, diharapkan keluarga klien ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam supaya lebih mengutamakan pencegahan terjadinya diare dengan melaksanakan peraturan yang telah ditetapkan di ruangan.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

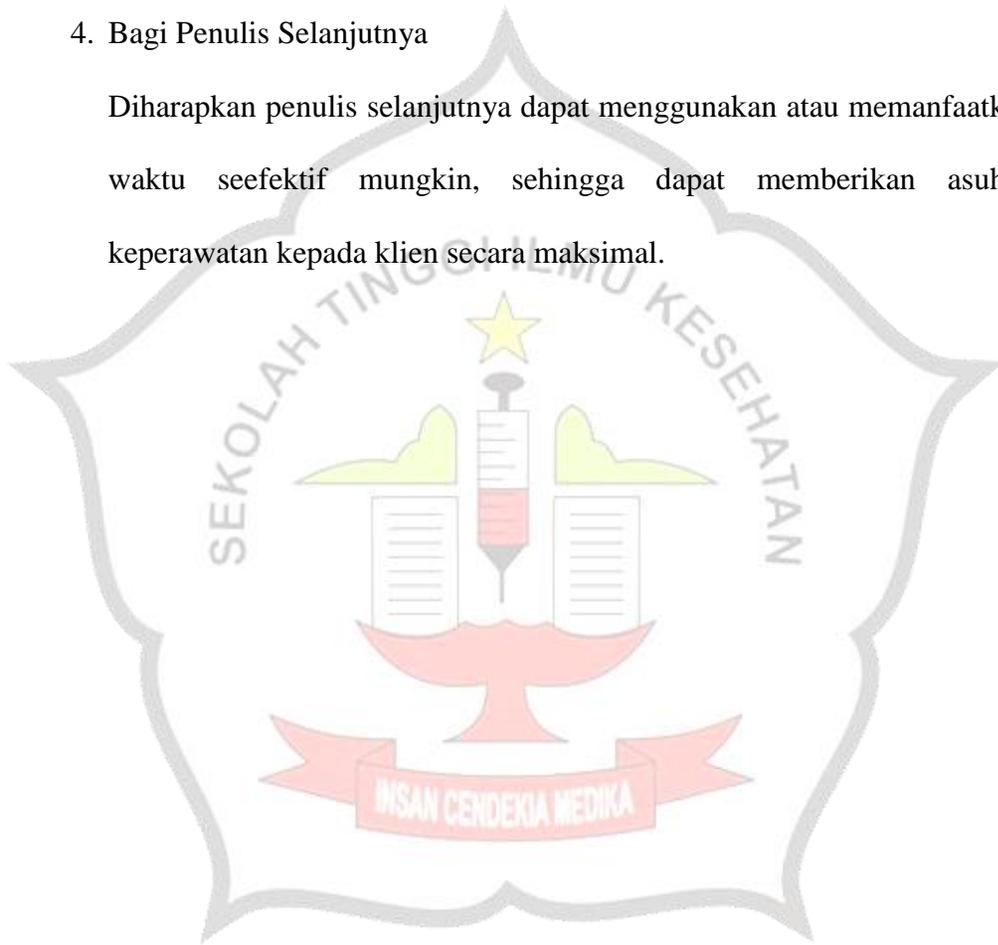
Institusi diharapkan bisa lebih meningkatkan pengayaan, penerapan dan pengajaran asuhan keperawatan bagi mahasiswanya, pengabdian masyarakat dengan penyuluhan tentang masalah pencegahan serta perawatan diare penambahan sarana dan prasarana yang dapat menunjang ketrampilan mahasiswanya dalam segi knowledge, afektif dan psikomotor serta skillstation.

### 3. Bagi Perawat

Perawat di harapkan bisa lebih meningkatkan intervensi yang akan di berikan supaya klien benar – benar dilakukan tindakan yang sudah di planning sama perawat sebelum melakukan tindakan. Supaya bisa meng efektifkan waktu yang ada.

### 4. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan kepada klien secara maksimal.



## DAFTAR PUSTAKA

- Amin Hardi, (2015), *Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis NANDA NIC-NOC*, Yogyakarta : Mediacion Yogya.
- Alimul Aziz. 2008. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak* .Jakarta :Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, 2014. *Profil Kesehatan Tahun 2014*. Pasuruan : Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan.
- Dorlan Newman. 2002. *Kamus Saku Kedokteran Dorland Edisi : 28*. Jakarta : EGC.
- Elsi E Ketut, Purna Nyoman & Aryana Ketut. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita Yang Berobat Ke Rumah Sakit Umum Tabanan*. Jurnal Kesehatan Lingkungan vol. 4 no 2 November 2014.
- ICME STIKES, 2016. *Buku Panduan Penyusun Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus, Jombang* : Stikes Icme.
- Lynda Juall, Carpenito, (2012), *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- NANDA, (2015-2017), *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*, Yogyakarta : Mediacion Publishing.
- Nursalam. Dr., Susilaningrum Rekawati, Utami Sri, (2008), *Asuhan Keperawatan Bayi Dan Anak, Edisi 2*. Jakarta :Salemba Medika.
- Nursalam. Dr. 2008. *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan, Edisi 2*. Jakarta :Salemba Medika.
- Padila, (2013), *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta :Nuha Medika.
- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar. Riskesdas 2013*. Jakarta : Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Sodikin. 2011. *Asuhan Keperawatan Anak Gangguan Sistem Gastrointestinal Dan Hepatobilier, Jilid 1*. Jakarta :Salemba Medika.
- Sudarti, (2010), *Kelainan Dan Penyakit Pada Bayi Dan Anak*. Yogyakarta :Nuha Medika.
- Swanti Niluh, (2013), *Pertolongan Pertama Pada Anak Sakit*. Yogyakarta.

**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH**  
**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2016**

No	Kegiatan	Bulan																							
		September				Desember				Januari				Februari				Maret				April			
		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	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus																								
2	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																								
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus																								
4	Ujian Proposal Studi Kasus																								
5	Revisi Proposal Studi Kasus																								
6	Pengambilan dan pengolahan data																								
7	Pembimbingan Hasil																								
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																								
9	Ujian Sidang Studi Kasus																								
10	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																								

## FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

### A. PENGKAJIAN

#### I. IDENTITAS KLIEN

Nama :  
Umur :  
Jenis Kelamin :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Status perkawinan :  
Agama :  
Suku :  
Alamat :  
Tanggal MRS :  
Tanggal pengkajian :  
No RM :  
Sumber informasi :

#### II. RIWAYAT PENYAKIT

1. Keluhan utama masuk RS :.....
2. Riwayat Penyakit Sekarang:.....
3. Riwayat penyakit Dahulu:.....
4. Riwayat kesehatan keluarga:.....
  - a. Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarga.....
  - b. Lingkungan rumah dan komunitas.....
  - c. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan
  - d. Persepsi keluarga terhadap penyakit
5. Genogram 3 generasi

#### III. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

1. Persepsidan pemeliharaan kesehatan  
Pengetahuan tentang penyakit / perawatan yang di derita pasien.....

2. Pola nutrisi  
Program diit di RS ( intake makanan dan intake cairan)
3. Pola **eliminasi**
  - a. BAK
  - b. BAB
4. Pola **aktifitas dan latihan**

<b>Kemampuan perawatan diri</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Makan / minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilitas di tempat tidur					
Berpindah					
Ambulasi / ROM					

0 =mandiri    1: alat bantu    2: dibantu orang lain  
 3 : dibantu orang lain dan alat    4 : tergantung total

1. **Pola istirahat tidur**  
Lama tidur, gangguan tidur, perasaan tidur.....
2. **Pola perceptual**  
(penglihatan, pendengaran, pengecap, sensasi).....
3. **Pola persepsi diri**  
( pandangan klien tentang sakit, kecemasan, konsep diri)...
4. **Pola seksual dan reproduksi**  
(fertilitas, libido, menstruasi, kontrasepsi, dll).....
5. **Pola peran hubungan**  
(komunikasi, hubungan degan orang lain, kemampuan keuangan)
6. **Pola managemen koping stress**  
(perubahan terbesar dalam hidup pada akhir akhir ini, dll
7. **System nilai dan keyakinan**  
( pandangan klien tentang agama, kegiatan keagamaan, dll)

#### IV. PEMERIKSAAN FISIK

#### PEMERIKSAAN FISIK (BODY SISTEM)

Keadaan umum :

T/D : / mmHg. S: °C, N: x/menit, RR : x/menit

#### 1. PERNAPASAN

- a. Bentuk dada :  Normal  ak, jenis.....
- b. Pola napas :  Dispnea  opnea  Ku  aul  Biot  
 Cheyne stokes  Teratur  Tidak teratur
- Frekuensi : .....X/menit
- Bunyi napas :  Vesikuler  nchi  Wh  ing
- Friction rub
- c. Retraksi otot bantu nafas :  Tidak ada  Ada  S....   
Supraclavikula  Suprasternal   
 Cuping hidung
- d. Perkusi thorax :  Sonor  Hip  onor  
 Redup/pekak
- e. Alat bantu pernapasan :  Ti  Ya:..  iter/menit  Masker  
 Respirator  Nasal
- Batuk  Tidak  Ya
- g. Sputum  Tidak ada  Ada,   
Warna : ..... Jumlah ..... konsistensi...
- h. Lain - lain : .....

**Masalah keperawatan :**

#### 2. KARDIOVASKULER

- a. Nyeri dada :  Tidak  Ya  Menjalark  ....
- b. Irama jantung:  Reguler  Ireguler, HR : .....x/mt
- c. Bunyi jantung :  S1,S2 tunggal  Murmur  Gallop Thrill
- d. CRT :  < 3 detik >  etik ,Cyanosis :  Ya  ak
- e. Clubingfinger  Ada  ak ada

**Masalah keperawatan :**

**3. PERSYARAFAN**

- a. Kesadaran :  CM  patis  nolen  Se  Ko
- b. Reflek – reflek :  
 Mengisap  Menoleh  Babinsky  Moro  Patella  
 Menggenggam  
 Reflek kuduk.  Brudzki  y 1
- c. Kejang :  Tidak ada  Ada
- d. Istirahat tidur..... jam/hari, Lain - lain :.....

**Masalah keperawatan :**

**4. GENETOURINARIA**

- a. Bentuk alat kelamin :  Normal  Tidak normal, sebutkan.....
- b. Kebersihan alat kelamin :  Bersih  Kotor
- Frekuensi kemih :.....x/hari, Warna :....., Bau :.....Produksi urine :.....ml/hari
- Masalah eliminasi urine :  
 Normal  Disuria  Oliguria  Poliuria  Inkontinensia  
 Retensio
- Menggunakan alat bantu perkemihan  kateter  toma  ak

**Masalah keperawatan :**

**5. PENCERNAAN**

- a. Mulut :  
Mukosa :  Embab  ering  matitis  
Bibir :  Normal  Labioskisis  palatoskisis  
Lidah :  Hiperemik  Kotor  Bergetar
- Kebersihan rongga mulut :  Bersih  or  Be  u
- Kebiasaan gosok gigi  2 kali sehari  kali sehari
- Caries :  Ada  Tidak ada
- b. Tenggorokan :  Ker  han  kit saat menelan
- c. Abdomen :  upel  Teg  Kemb  ,

peristaltik.....X/mnt

Nyeri tekan, Lokasi.....  al Mur  .....kali

BAB:.....x/hari, Konsistensi.....,Warna.....,

Konstipas  are Obs  siFeces berd  /berlendir

**Masalah keperawatan ;**

**6. MUSKULOSKELETAL DAN INTEGUMEN**

a) Kemampuan pergerakan sendi (ROM) :  Bebas  Terbatas

b) Kekuatan otot/tonus otot :

c) Fraktur :  Tidak  Ya Lokasi.....

d) Dislokasi :  Tidak  Ya, Lokasi.....

e) Kulit :  Ikterik  Hyperpigmentasi  acat

f) Akral :  HKM  Dingin

g) Turgor :  Baik  Kurang  Jelek

h) Oedema :  Tidak ada  Ada,Lokasi.....

i) Kebersihan :  Bersih  Kotor  Lain-lain.....

**Masalah keperawatan :**

**7. PENGINDRAAN**

a. Mata :

Pupil :  Isok  Anisok  Miosis  Miosis

Reflek cahaya :  Positif  Negatif.

Konjungtiva:  Pucat  Merah muda  Me

Sklera :  Ikterik  Tidak ikterik.

Palpebra  Edema  Tidak

Alat bantu :  K  mata.  Tida

b. Hidung :  Normal  Mimisan

Mukosa :  Pucat  ma, Secret  Pur  Jer

Kelainan lain, sebutkan .....

- c. Telinga : Ny  gatal      Sekre  kopusulen Berbau   
 Benda asing       Serumen.  
Membran timpani       Utuh       Terkoyak  
Pendengaran : T       Not   
Kelainan lain : .....

**Masalah keperawatan :**

**8. ENDOKRIN**

- a. Pembesaran kelenjar tiroid : Ya       Tid   
b. Pembesaran kelenjar parotis : Ya       Tid   
c. Lain-lain : .....  .....

**Masalah keperawatan :**

**V. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

**VI. TERAPI**

**VII. ANALISA DATA**

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM

**B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. ....
2. ....



--	--	--

**E. CATATAN PERKEMBANGAN**

NO DIAGNOSA	TGL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIER)

## PERMOHONAN MENJANDI PARTISIPAN

Nama : DIAN AGUSTINA

NIM : 141210010

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Yang Mengalami Diare Dengan Masalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Diruang Anak RSUD Bangil Pasuruan

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/I untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai respondendengan mengisi lembar pengkajian.

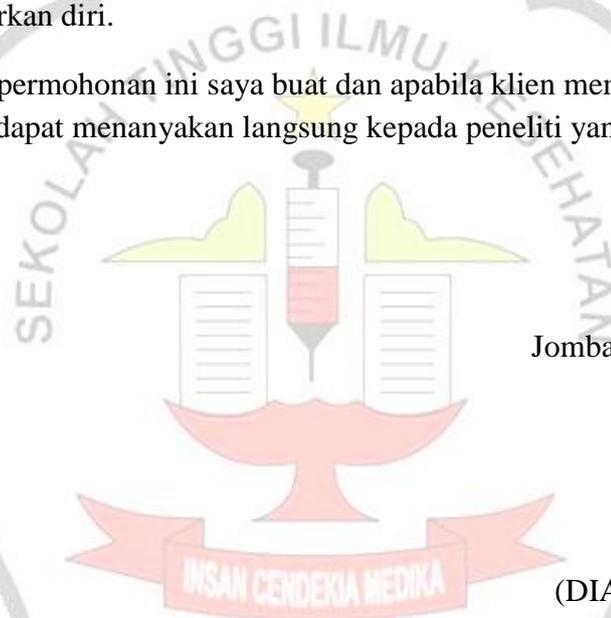
Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dank lien berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

Jombang, Januari 2017

Responden

(DIAN AGUSTINA)





**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**  
Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 2 Februari 2017

Nomor : 445.1 / 296 / 424.202/2017 Kepada  
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika  
Hal : Persetujuan Study Jl. K.H Hasyim Asyari 171  
Pendahuluan Mojosongo  
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 038/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 12 Januari 2017 perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan atas nama :

Nama : Dian Agustina  
NIM : 14 121 0010  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Anak yang Mengalami Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Survei Pendahuluan di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 2 – 8 Februari 2017 dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN  
Kepala Bidang Penunjang



u.b  
Kasi Diklat  
DITUN MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Pasuruan, 6 Februari 2017

Nomor : 445.1/ 345 /424.202/2017  
Lampiran : -  
Hal : Persetujuan Penelitian

Kepada  
Yth. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Insan Cendekia Medika  
Jl. Kemuning No. 57  
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 024/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 05 Januari 2017 perihal Penelitian serta Surat Rekomendasi Penelitian/Survey Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : 072/64/424.104/SUR/RES/2017 tanggal 3 Februari 2017 atas nama:

Nama : DIAN AGUSTINA  
NIM : 14 121 0010  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Anak yang Mengalami Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh di RSUD Bangil Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung tanggal 27 Februari – 25 Maret 2017.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN

Pt. Kepala Bidang Penunjang  
Kesehatan Masyarakat



BIK MARIYONO, SKM

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Anak di RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan.

**YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : [www.stikesicme-jbg.ac.id](http://www.stikesicme-jbg.ac.id)

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '038/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017  
Lamp. : -  
Perihal : Pre survey data dan Studi Pendahuluan

Jombang, 12 Januari 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil  
di  
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Pre survey data dan Studi Pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **DIAN AGUSTINA**  
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0010  
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Anak yang Mengalami Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,  
  
**H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH**  
NIK: 01.06.054

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : [www.stikesicme-jbg.ac.id](http://www.stikesicme-jbg.ac.id)

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '024/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017  
Lamp. : -  
Perihal : Penelitian

Jombang, 05 Januari 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil  
di  
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **DIAN AGUSTINA**  
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0010  
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Anak yang Mengalami Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

  
Ketua,  
**H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH**  
NIK: 01.06.054

**PERINCIAN TARIF PENDIDIKAN DAN PENELITIAN**

Kegiatan	:	Praktik Kerja				
Nama Institusi	:	STIKES ICMe				
Alamat Institusi	:	Jombang				
Jurusan	:	D-3 Keperawatan				
Tingkat/Semester	:	III/ 5				
Jumlah mahasiswa	:	3	orang			
Waktu Praktik	:	6 Feb	s.d. 25 Mar	2017		
Lama praktik	:	1 mg	x 6 hr	=	6 hr	
Perincian biaya	:	3	mhs x 6 hr	x Rp 5.000 =	Rp 90.000	
Ruangan yang	:	1.	R. Anak	= 2 mhs x 6 hr	Rp 5.000 x Rp	60.000
ditempati		2.	R. Perina	= 1 mhs x 6 hr	x Rp 5.000 x Rp	30.000
		3.		= 0 mhs x 0 hr	x Rp - x Rp	-
		4.		= 0 mhs x 0 hr	x Rp - x Rp	-
		5.		= 0 mhs x 0 hr	x Rp - x Rp	-
		6.		= 0 mhs x 0 hr	x Rp - x Rp	-
		7.		= 0 mhs x 0 hr	x Rp - x Rp	-
		8.		= 0 mhs x 0 hr	x Rp - x Rp	-
		9.		= mhs x hr	x Rp x Rp	
		10.		= mhs x hr	x Rp x Rp	
					Jumlah Rp	90.000

Bangil, Februari 2017

Lunas dibayar tgl  
Bendahara

Pembuat

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL

Jl. Raya Raci Bangil Pasuruan Telp. (0343) 744900, 744910, 744940, 744949, Fax (0343) 744940  
PASURUAN 67152



No. Pr/2/17

**№ 001555**

TERIMA DARI

Stikes ICMe

BANYAKNYA UANG

sebelas juta, utip

UNTUK PEMBAYARAN

Praktik beya

Bangil, 06 FEB 2017  
Pembantu Pemegang Kas Penerima

bilang Rp.

90.000



**PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG  
KECAMATAN JOMBANG  
DESA SAMBONGDUKUH**

Kantor Jl Brigjen Kertarto No : 22 Jombang

**SURAT KETERANGAN PENGHASILAN ORANG TUA**

Nomor : 400 / *dcy* / 415.33.12/ 2017

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Desa Sambongdukuh Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang. Menerangkan dengan sesungguhnya, bahwa :

**N a m a** : MUNDALIK  
**Jenis Kelamin** : Laki-Laki  
**Tempat/Tgl lahir** : Jombang, 07 – 09 - 1967  
**Status** : Kawin  
**A g a m a** : Islam  
**Pekerjaan** : Tukang Batu  
**A l a m a t** : Dusun Sambongdukuh RT 02./RW 08.  
Desa Sambongdukuh Kec./Kab.Jombang Jatim

**Keterangan** :Orang tersebut benar-benar penduduk Desa Sambongdukuh dan menurut pengakuannya yang bersangkutan kondisi ekonominya benar-benar tidak mampu / miskin dan **mempunyai penghasilan Rp. 1.000.000 / bulan.**

Adapun surat keterangan ini untuk :**Melengkapi Persyaratan Administrasi daftar ulang di UNIVERSITAS NEGERI TRUNOJOYO untuk anaknya ;**

**Nama** : FEBI ANUGRAINI  
**Jenis Kelamin** : Perempuan  
**Tempat / tanggal lahir** : Jombang, 13 Februari 1999  
**Sekolah di jurusan** : UNIVERSITAS NEGERI TRUNOJOYO  
: Agribisnis

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan pembetulan sebagaimana mestinya.

Tanda tangan  
Yang bersangkutan

  
MUNDALIK

Jombang, 19 Juni 2017  
Pj Kepala Desa Sambongdukuh

  
**DODIK NUR SYAHADAH.SH**  
NIP.196403282007011013



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 23 Maret 2017

Nomor : 445.1 / 924 / 424.079/2016 Kepada  
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika  
Hal : Keterangan Selesai Jl. K.H Hasyim Asyari 171  
Penelitian Mojosongo  
JOMBANG

Menyambung surat kami Nomor : 445.1/345/424202/2017 tanggal  
6 Februari 2017 perihal Persetujuan Penelitian atas nama :

Nama : Dian Agustina  
NIM : 14 121 0010  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Anak yang Mengalami  
Diare dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari  
Kebutuhan Tubuh di RSUD Bangil Pasuruan

Maka dapat kami informasikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah menyelesaikan pengambilan data penelitiannya di RSUD Bangil pada tanggal 27 Februari – 25 Maret 2017.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN



Kepala Bidang Penunjang  
u.b  
Kasi Diklat

DIDIK MARIYONO, SKM.  
Penata Tingkat I  
NIP. 19680525 199203 1 012

## PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Emi Lia M.

Umur : 29th

Alamat : Jati Guntung Wonorejo

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemeriksaan dari siapapun, saya menyatakan:

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

Bangil, Februari 2017

Peneliti

  
(DIAN AGUSTINA).

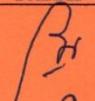
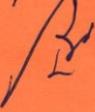
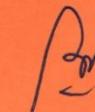
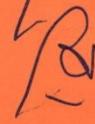
Partisipan

  
(Emi Lia M.)

**LEMBAR KONSULTASI**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**NAMA** : DIAN AGUSTINA  
**NIM** : 141210010  
**JUDUL** : Asuhan Keperawatan Pada Anak yang mengalami Diare dg Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan  
**PEMBIMBING II** : H. BAMBANG TUTUKO. SH. S.Kep. Ns. MH

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	21/12/2016	Revisi margaad praktis Bagi keluarga.	
2.	5/1/2017	Revisi penulisan bab 2: - tinjauan pustaka - penulisan gastroenteritis harus diganti Diare semua. - penambahan pencegahan - pemeriksaan penunjang laboratorium.	
3.	10/1/2017	ACC ujian proposal	
4.	7/6/2017	- Konsul Hasil - ACC Hasil → maju ujian	

## PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : M. Rifky Ananda Saputra

Umur : 13 th.

Alamat : Jl. RA Kartini no. 292 Dermo

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemeriksaan dari siapapun, saya menyatakan:

Bersedia

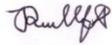
Menjadi responden dalam penelitian

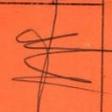
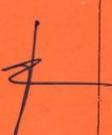
Bangil, Februari 2017

Peneliti

  
(DIAN AGUSTINA).

Partisipan

  
(M. Rifky A-S)

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
8	6/2017 1	kerangka draft for justice lampiran acc of management	 
9	26/2017 4	bab II + III → head to toe longis publik sumber	
10	4/2017 5	kerangka → keover of behavior	
11	9/2017 6	kerangka pendahuluan kerangka pl. posttest abstract	
12	12/2017 6	pendahuluan implementasi	
13	14/2017 6	acc of management	