

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIARE  
DI PUSKESMAS MAYANGAN JOGOROTO JOMBANG**



**OLEH:**

**ROFIATUL MAISAROH**

**NIM. 221210017**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG**

**2025**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIARE  
DI PUSKESMAS MAYANGAN JOGOROTO JOMBANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan  
(A.Md.Kep) Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Vokasi  
Institut Teknologi Sains Dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

**ROFIATUL MAISAROH**

**221210017**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA-III KEPERAWATAN FAKULTAS  
VOKASI INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN INSAN  
CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

**2025**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rofiatul Maisaroh

NIM : 221210017

Jenjang : Diploma

Program Studi : DIII Keperawatan

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang” merupakan murni hasil karya yang ditulis oleh peneliti dan bukan Karya Tulis Ilmiah milik orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian ataupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan saja yang mana sudah disebutkan sumbernya oleh peneliti.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 10 Mei 2025

Yang Menyatakan



Rofiatul Maisaroh  
NIM. 221210017

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rofiatul Maisaroh

NIM : 221210017

Tempat, Tanggal Lahir : Probolinggo, 25 Mei 2004

Jenjang : Diploma

Program Studi : DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang” merupakan hasil murni yang ditulis oleh peneliti dan bukan karya milik orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan saja yang mana telah disebutkan sumbernya oleh peneliti.

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila ada yang tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi akademik yang berlaku.

Jombang, 10 Mei 2025

Yang Menyatakan



Rofiatul Maisaroh  
NIM. 221210017

**PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH**

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare Di  
Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang  
Nama mahasiswa : Rofiatul Maisaroh  
NIM : 221210017

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING  
PADA TANGGAL 19 MEI 2025

**Pembimbing Ketua**

**Pembimbing Anggota**



Dr. Imam Fatoni, SKM., MM  
NIDN. 0729107203



Afif Hidayatul Aham, S.Kep..Ns..M.Kep  
NIDN. 0714028803

**Mengetahui,**

**Dekan Fakultas Vokasi**

**Ketua Program Studi**



Agus Savitri, S.Si., M.Ked  
NIDN. 0725027702



Ucik Indrawati, S.Kep.Ns., M.Kep  
NIDN. 0716048102

**LEMBAR PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH**

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

Nama Mahasiswa : Rofiatul Maisaroh  
NIM : 221210017  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare di Puskesmas  
Mayangan Jogoroto Jombang

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

Ketua Dewan Penguji : Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep (  )  
Penguji I : Dr. Imam Fatoni, SKM.,MM (  )  
Penguji II : Afif Hidayatul Arham, S.Kep.,Ns.M.Kep (  )

Ditetapkan di : **JOMBANG**

Pada Tanggal : 28 Mei 2025

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Vokasi**

**Ketua Program Studi**



Ucik Indrawati, S.Kep.Ns., M.Kep  
NIDN. 0716048102

## RIWAYAT HIDUP

Peneliti bernama Rofiatul Maisaroh, dilahirkan di Probolinggo Jawa Timur pada tanggal 25 Mei 2004, peneliti merupakan anak keempat dari 4 bersaudara, peneliti lahir dari pasangan Bapak Zaini dan Ibu Marfuah. Pada tahun 2011 peneliti lulus dari TK Al-Farida Semampir Kraksaan Probolinggo, tahun 2017 peneliti lulus dari SDN Patokan 1 Kraksaan Probolinggo, kemudian peneliti melanjutkan studi di SMP Negeri 1 Kraksaan dan lulus pada tahun 2019, selanjutnya peneliti melanjutkan studi di SMA Negeri 1 Kraksaan dan lulus pada tahun 2022, selanjutnya ditahun yang sama tahun 2022 peneliti melanjutkan studi di ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang. Peneliti mengikuti seleksi dan memilih program studi D III Keperawatan Fakultas Vokasi.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Jombang, 10 Mei 2025

Penulis

Rofiatul Maisaroh

NIM. 221210017

## **MOTTO**

“Bukan kesulitan yang membuat kita takut, tapi sering ketakutanlah yang membuat jadi sulit”

(Joko Widodo)

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan”

(Q.S Al-Insyirah:5)

“Janganlah takut jatuh, Karena yang tidak pernah memanjatlah yang tidak pernah jatuh. Dan jangan takut gagal, karena yang tidak pernah gagal hanyalah orang-orang yang tidak pernah melangkah. Dan jangan takut salah, karena dengan kesalahan yang pertama kita dapat menambah pengetahuan untuk mencari jalan yang benar pada langkah yang kedua”

(Buya Hamka)

## PERSEMBAHAN

Segala puji syukur kepada Allah SWT atas segala limpahan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan segala keterbatasan dan tantangan yang ada. Karya ini bukan hanya hasil dari usaha pribadi, tetapi juga buah dari doa, dorongan, dan dukungan banyak pihak yang senantiasa hadir di setiap langkah perjalanan. Dengan penuh rasa hormat, cinta, dan terima kasih, karya tulis ilmiah ini penulis persembahkan kepada:

1. Kepada kedua orang tua tercinta Bapak saya Bapak Zaini dan Mama saya Mama Marfuah, yang telah menjadi pelita dalam kehidupan penulis. Dalam setiap doa kalian terselip kekuatan yang luar biasa. Terima kasih atas segala kasih sayang, doa yang tak pernah putus, serta pengorbanan yang tak terbalas oleh apapun. Semoga Allah senantiasa memberikan kekuatan lahir dan batin, selalu diberikan kemudahan dalam mencari rezeki. Karya ini adalah wujud kecil dari rasa terima kasih yang tak terucapkan dengan kata dari putri kecil Bapak dan Mama.
2. Kepada Kakak-kakak saya tersayang Zaitunah, Nurul Qomariah, Rahmatun Ningsih, terimakasih atas segala do'a, motivasi, dan kebahagiaan kepada penulis. Semoga senantiasa diberi kesehatan oleh Allah SWT. Serta sukses dunia akhirat, kelak jangan lupakan adik kecil kalian ini.
3. Kepada dosen pembimbing saya Bapak Dr. Imam Fatoni, SKM.,MM dan Bapak Afif Hidayatul A, S.Kep.,Ns.M.Kep, terima kasih atas ilmu, arahan, dan bimbingan yang telah diberikan dengan penuh kesabaran dan ketulusan. Tanpa dukungan akademik dan motivasi dari Bapak, mungkin karya ini

tidak akan terbentuk dengan baik. Ilmu dan nasihat yang diberikan akan penulis kenang dan bawa sepanjang hidup.

4. Kepada teman-teman seperjuangan yang selalu hadir dalam suka dan duka, saling mendukung, saling menguatkan, dan tak pernah lelah memberi semangat. Bersama kalian, penulis belajar arti kerja sama, ketekunan, dan kebersamaan yang sesungguhnya.
5. Kepada almamater tercinta yaitu ITSKes ICMe Jombang sebagai tempat bertumbuh, belajar, dan berkembang. Terima kasih atas segala fasilitas, suasana akademik, dan kesempatan yang diberikan untuk menjadi bagian dari perjalanan keilmuan yang berharga ini.
6. Kepada seseorang yang sudah menemani proses penulis dari awal maba hingga saat ini yaitu Akhmad Zakaria. Terimakasih sudah menemani suka duka penulis, dan atas segala hal yang diberikan kepada penulis. Semoga senantiasa diberi kesehatan dan kemudahan dalam mencari rezeki.
7. Kepada diriku sendiri “Rofiatul Maisaroh” terimakasih sudah kuat sampai di titik ini, sesulit apapun itu jangan pernah menyerah dan jangan takut untuk mencoba karena kamu pasti bisa. Lupakan hal-hal yang membuat sakit jangan biarkan tersimpan dihati, rayakanlah dirimu sendiri tanpa menunggu dirayakan orang lain.
8. Kepada semua pihak yang tak dapat disebutkan satu per satu yang telah memberikan bantuan secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan karya ini. Semoga kebaikan kalian dibalas oleh Allah SWT dengan berlipat ganda.

Karya ini hanyalah sebuah langkah kecil dalam upaya untuk terus belajar dan berkarya. Semoga ke depan, penulis dapat terus memberikan kontribusi nyata bagi masyarakat, bangsa, dan ilmu pengetahuan.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan atas kehadiran Allah SWT, berkat Rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare Di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang“. Tugas akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar diploma (A.Md.Kep) pada Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi di ITS-Kes Insan Cendekia Medika Jombang.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada Ibu Sri Sayekti, S.Si.,M.Ked Dekan Fakultas Vokasi ITSKes Cendekia Jombang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan. Ibu Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan ITS-Kes Insan Cendekia Medika Jombang. Ibu Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku penguji utama. Bapak Dr.Imam Fatoni, SKM.,MM selaku pembimbing utama. Bapak Afif Hidayatul A, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku pembimbing kedua. Yang telah banyak menyediakan pengarahan dan motivasi dalam tercaoainya proposal penelitian ini hingga selesai.

Pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis sadar bahwa masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Tetapi penulis berharap agar Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca umumnya.

Jombang, 17 Maret 2025

Penulis

Rofiatul Maisaroh

NIM.221210017

## DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH .....	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN .....	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI .....	iv
PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH.....	v
LEMBAR PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH.....	vi
RIWAYAT HIDUP.....	vi
MOTTO .....	viii
PERSEMBAHAN .....	ix
KATA PENGANTAR.....	xii
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMBANG .....	xii
DAFTAR SINGKATAN .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
ABSTRAK.....	xx
<i>ABSTRACT</i> .....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	3
1.3. Tujuan Penulisan .....	3
1.4. Manfaat Penulisan .....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	2
2.1. Konsep Medis Diare .....	2
2.1.1 Definisi.....	2
2.1.2 Etiologi.....	2
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	7
2.1.4 Klasifikasi .....	8
2.1.5 Patofisiologi .....	10
2.1.6 Pathway.....	12
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang .....	13
2.1.8 Komplikasi .....	13

2.1.9 Penatalaksanaan.....	15
2.2. Konsep Asuhan Keperawatn.....	16
2.2.1 Pengkajian.....	16
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	18
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	19
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	24
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	25
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	27
3.1. Desain Penelitian.....	27
3.2. Batasan Istilah .....	27
3.3. Partisipan .....	28
3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	28
3.5. Pengumpulan Data .....	29
3.6. Uji Keabsahan Data.....	30
3.7. Analisis Data.....	30
3.8. Etika Penelitian .....	32
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	34
4.1 Hasil Penelitian .....	34
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data .....	34
4.1.2 Pengkajian .....	34
4.1.3 Diagnosa Keperawatan .....	39
4.1.4 Intervensi Keperawatan.....	40
4.1.5 Implementasi Keperawatan Pasien 1 dan 2.....	41
4.1.6 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 dan 2 .....	49
4.2 Pembahasan.....	52
4.2.1 Pengkajian .....	53
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	53
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	55
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	56
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	57
BAB 5 PENUTUP.....	59
5.1 Kesimpulan .....	52
5.2 Saran .....	61
DAFTAR PUSTAKA.....	63

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan .....	19
Tabel 4. 1 Data Identitas diri pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang .....	34
Tabel 4. 2 Data riwayat kesehatan pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang .....	34
Tabel 4. 3 Data pengkajian pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang .....	35
Tabel 4. 4 Data terapi obat pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang .....	37
Tabel 4. 5 Analisa Data pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang .....	38
Tabel 4. 6 Diagnosa keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang .....	39
Tabel 4. 7 Intervensi keperawatan pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang .....	40
Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang .....	41
Tabel 4. 9 Evaluasi Keperawatan pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang .....	49

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2. 1 Pathway..... 12

## DAFTAR LAMBANG

%	: Presentase
( )	: Dalam Kurung
-	: Sampai
/	: Atau
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
°	: Derajat
?	: Tanda tanya

## DAFTAR SINGKATAN

1. KLB : Kejadian Luar Biasa
2. WHO : *World Health Organization*
3. SKI : Survei Kesehatan Indonesia
4. OMA : Otitis Media Akut
5. BAB : Buang Air Besar
6. RL : Ringer Laktat
7. NaCl : Natrium Klorida
8. i.v : Intravena
9. BUN : *Blood Urea Nitrogen*
10. AGD : Analisa Gas Darah
11. FL : Feses Lengkap
12. HCL : Hidrogen Klorida
13. SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
14. SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia
15. SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
16. ASI : Air Susu Ibu
17. SOP : Standar Operasional Prosedur
18. SOAP : Subjektif Objektif Analisis Perencanaan

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Pernyataan Kesediaan Unggahan Karya Tulis Ilmiah .....	65
Lampiran 2 Lembar Informed Consent.....	66
Lampiran 3 Surat Permohonan Persetujuan Responden .....	68
Lampiran 4 Lembar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah I .....	70
Lampiran 5 Lembar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah II.....	72
Lampiran 6 Surat Izin Studi Pendahuluan dan Izin Penelitian.....	74
Lampiran 7 Surat Rekomendasi Studi Pendahuluan dan Izin Penelitian Dinkes ..	75
Lampiran 8 Surat Keterangan Selesai Penelitian .....	76
Lampiran 9 Surat Keterangan Lolos Uji Etik.....	77
Lampiran 10 Surat Pernyataan Pengecekan Judul.....	78
Lampiran 11 Surat Keterangan Bebas Plagiasi .....	79
Lampiran 12 Surat Digital Receipt .....	80
Lampiran 13 Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah II .....	85

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIARE DI PUSKESMAS MAYANGAN JOGOROTO JOMBANG

Oleh:

Rofiatul Maisaroh

**Pendahuluan:** Diare merupakan salah satu permasalahan kesehatan masyarakat yang masih tinggi prevalensinya, khususnya di negara berkembang seperti Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan, Kecamatan Jogoroto, Kabupaten Jombang. **Metode:** Metode penelitian yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Subjek penelitian terdiri dari dua pasien dengan diare akut. Data dikumpulkan melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi, serta diuji keabsahannya melalui triangulasi sumber. **Hasil:** Dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dan 2 diare mengalami gejala seperti frekuensi buang air besar meningkat, konsistensi feses cair, lemas, mual, dan nafsu makan menurun. Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kedua pasien adalah diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal. Intervensi dilakukan yaitu manajemen diare. Implementasi telah dilakukan secara menyeluruh sesuai dengan rencana yang telah disusun mencakup tindakan observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi. Hasil evaluasi pasien 1 dan 2 menggunakan manajemen diare menunjukkan keadaan pasien berangsur membaik ditandai dengan konsistensi feses membaik, frekuensi BAB menurun, peristaltik usus membaik. **Kesimpulan:** kesimpulan dari hasil studi kasus pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari pada kedua pasien didapatkan manajemen diare teratasi.

**Kata Kunci:** diare, asuhan keperawatan, proses keperawatan, studi kasus

## **ABSTRACT**

### **NURSING CARE FOR DIARRHOEA PATIENTS**

#### **AT MAYANGAN JOGOROTO HEALTH CENTER JOMBANG**

By:

Rofiatul Maisaroh

**Introduction:** *Diarrhea is one of the public health problems that is still high in prevalence, especially in developing countries such as Indonesia. This study aims to describe nursing care for diarrhea patients at the Mayangan Health Center, Jogoroto District, Jombang Regency. Method:* The research method used is a descriptive case study with a qualitative approach. The study subjects consisted of two patients with acute diarrhea. Data were collected through observation, interviews, and documentation studies, and tested for validity through source triangulation. **Result:** From the results of the study conducted by the researcher on patients 1 and 2 of diarrhea, they experienced symptoms such as increased frequency of bowel movements, consistency of liquid stools, weakness, nausea, and decreased appetite. A nursing diagnosis that can be established in both patients is diarrhea related to gastrointestinal inflammation. The intervention is carried out, namely diarrhea management. The implementation has been carried out thoroughly in accordance with the plan that has been prepared, including observation, therapeutic, educational, and collaborative actions. The results of the evaluation of patients 1 and 2 using diarrhea management showed that the patient's condition gradually improved, characterized by improved stool consistency, decreased bowel disease frequency, and improved intestinal peristalsis. **Conclusion:** the conclusion of the results of the case study of nursing care carried out for 3 days in both patients was found to be resolved diarrhea management.

**Keywords:** *diarrhea, nursing care, nursing process, case study*

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Penyakit diare merupakan salah satu permasalahan kesehatan masyarakat yang berpotensi menginfeksi disemua wilayah dan kelompok umur, terutama di negara berkembang (Iryanto et al., 2021). Kondisi ini ditandai dengan peningkatan frekuensi buang air besar disertai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi encer (Yantu et al., 2021). Diare dapat menjadi masalah serius karena berisiko menyebabkan dehidrasi, gangguan penyerapan nutrisi, serta peningkatan angka kesakitan dan kematian. Penyakit ini biasanya dipicu oleh berbagai faktor, seperti infeksi, malabsorpsi, makanan, dan faktor psikologis. Gejala umum yang terjadi pada penderita diare meliputi nyeri perut, mual, muntah, demam, dan kelemahan tubuh (Apriani et al., 2022).

Menurut *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2024 diare menempati peringkat ketiga penyebab utama kematian. Secara global, terdapat hampir 1,7 milyar insiden diare per periodenya (WHO, 2024). Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi diare pada semua kelompok umur adalah 4,3%. Kelompok usia di atas 75 tahun memiliki prevalensi tertinggi, yaitu 5,1% (SKI, 2023). Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2023, prevalensi diare pada semua kelompok umur yaitu 4,3% (Kemenkes, 2023). Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Kabupaten Jombang, penemuan penderita diare untuk seluruh usia pada tahun 2023 adalah 34.644 orang (Dinkes, 2023). Berdasarkan hasil studi

pendahuluan di Puskesmas Mayangan menunjukkan bahwa pada bulan Januari hingga Februari 2025, terdapat 173 orang yang menderita diare.

Secara umum, diare terjadi ketika mikroorganisme memasuki saluran pencernaan dan berkembang biak setelah melewati asam lambung. Mikroorganisme ini lalu dapat menghasilkan racun yang merangsang mukosa usus, yang selanjutnya menyebabkan peningkatan gerakan usus atau hiperperistaltik serta meningkatkan sekresi cairan (Tuang, 2021). Beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan munculnya diare meliputi lingkungan, perilaku hidup, dan kurangnya pemahaman masyarakat mengenai diare (Pipit Mulyah, 2020). Diare dapat berlangsung selama beberapa hari dan dapat mengakibatkan dehidrasi. Dampak utama dari diare adalah dehidrasi, yang terjadi akibat kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan. Jika tidak segera ditangani, dehidrasi dapat menyebabkan gangguan sirkulasi dan syok hipovolemik, yang berpotensi fatal (Oktavianisya et al., 2023).

Salah satu upaya penanganan yang paling efektif terhadap diare adalah melalui terapi rehidrasi. Rehidrasi berperan penting dalam menggantikan cairan dan elektrolit yang hilang selama proses diare, sehingga dapat berujung pada komplikasi serius (Mandalika, 2022). Terapi rehidrasi oral menggunakan larutan oralit (*oral rehydration salts*) menjadi metode yang paling umum dan efisien, terutama pada kasus diare ringan hingga sedang. Larutan ini mengandung kombinasi garam dan glukosa yang diformulasikan untuk membantu penyerapan cairan secara optimal di dalam saluran pencernaan (Khairunnisa et al., 2020). Sementara itu, pada kasus diare berat dengan dehidrasi parah, rehidrasi intravena perlu dilakukan di bawah pengawasan medis. Penerapan terapi

rehidrasi secara tepat terbukti mampu menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat diare, sehingga menjadi salah satu strategi penting dalam upaya penanggulangan diare, khususnya di wilayah dengan sumber daya terbatas (Oktavianisya et al., 2023).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang?

## **1.3. Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi pengkajian asuhan keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang.
- b. Mengidentifikasi diagnosis asuhan keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang.
- c. Mengidentifikasi intervensi asuhan keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang.
- d. Mengidentifikasi implementasi asuhan keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang.
- e. Mengidentifikasi evaluasi asuhan keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang.

## **1.4. Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Menambah pengetahuan serta wawasan dalam menguasai tentang konsep teori dan asuhan keperawatan, khususnya pada topik Asuhan Keperawatan pada pasien Diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

a. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan serta pengetahuan secara langsung dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diare.

b. Bagi Klien

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan serta pemikiran tentang cara mengembangkan perawatan yang sesungguhnya dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diare.

c. Bagi Mahasiswa

Penelitian ini diharapkan bisa menambah pengetahuan dan wawasan serta bisa memperoleh pengalaman secara langsung Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diare.

d. Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diare serta dapat menjadi metode dan media pembelajaran untuk mengembangkan asuhan keperawatan bagi mahasiswa.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Medis Diare**

##### **2.1.1 Definisi**

Diare adalah suatu tanda yang muncul akibat masalah dalam sistem pencernaan, penyerapan, dan pengeluaran. Hal ini terjadi karena ada pergerakan air dan elektrolit yang tidak wajar di dalam usus (Ahyanti & Rosita, 2022). Diare ditandai dengan buang air besar lebih dari tiga kali dalam satu hari, dengan tinja yang lembek dan cenderung cair. Untuk membedakan diare dari buang air besar biasa, perlu dilihat dari seberapa sering tinja dikeluarkan, seberapa konsisten tekstur feses, dan jumlah yang dikeluarkan. Jika tekstur feses tidak lembek atau cair tetapi frekuensinya tinggi, maka itu bukan diare (Nurhaedah et al., 2022). Diare juga dikenal sebagai pengeluaran tinja yang lebih banyak dari biasanya, yakni lebih dari 200 gram atau 200 ml dalam sehari. Biasanya, saat mengalami diare, tinja akan bertekstur cair atau setengah padat (Ibrahim & Sartika, 2021).

##### **2.1.2 Etiologi**

Menurut Setiyono (2019), diare dapat muncul karena berbagai alasan, termasuk infeksi. Selain itu, malabsorpsi, pola makan, dan faktor psikologis juga bisa menjadi penyebab diare. Diare sering kali merupakan salah satu gejala yang terlihat pada penyakit yang berkaitan dengan sistem pencernaan. Berikut ini adalah beberapa faktor yang berkontribusi terhadap diare:

a. Faktor infeksi

1) Infeksi enteral

Infeksi ini terjadi di dalam sistem pencernaan. Ada dua jenis infeksi enteral, yaitu:

- a) Infeksi bakteri: beberapa bakteri yang dapat menyebabkan infeksi ini adalah *vibrio*, *e. coli*, *salmonella*, *shigella*, *campylobacter*, *yersinia*, dan *aeromonas*.
- b) Infeksi virus: virus yang terlibat meliputi enterovirus, *adenovirus*, *rotavirus*, dan *astovirus*.

2) Infeksi parenteral

Infeksi parenteral terjadi di luar saluran pencernaan, contohnya adalah otitis media akut (OMA), tonsillitis/tonsilofaringitis, bronkopneumonia, dan ensefalitis.

b. Faktor malabsorpsi

Malabsorpsi mengacu pada kegagalan proses penyerapan nutrisi, yang menyebabkannya tekanan osmotik meningkat, sehingga air dan elektrolit bergerak ke dalam usus. Hal ini dapat disebabkan oleh lemahnya penyerapan lemak, protein, dan karbohidrat.

c. Faktor makanan

Faktor makanan mencakup makanan beracun, makanan yang sudah basi, sayuran yang kurang matang saat dimasak, dan alergi terhadap makanan tertentu. Ketika faktor-faktor ini masuk ke usus, mereka tidak dapat diserap dengan efisien, yang menyebabkan peristaltik usus meningkat dan mengurangi kemampuan penyerapan makanan, sehingga memicu diare.

d. Faktor psikologis

Faktor psikologis yang dapat menimbulkan diare termasuk rasa takut dan kecemasan, yang berujung pada meningkatnya peristaltik usus, meskipun hal ini jarang terjadi.

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

- a. Perubahan dalam Konsistensi dan Frekuensi Tinja: Tinja menjadi lebih encer dengan bertambahnya jumlah buang air besar.
- b. Ketidaknyamanan perut: Pasien sering mengeluh tentang nyeri atau kram di perut yang bisa berbedabeda tingkat kepuasannya.
- c. Mual dan muntah: Gejala ini sering muncul bersamaan dengan diare dan dapat mengakibatkan ketidaknyamanan serta meningkatkan risiko dehidrasi.
- d. Demam: Suhu tubuh dapat meningkat, terutama bila diare disebabkan oleh infeksi dari bakteri atau virus.
- e. Kelemahan serta rasa lelah: Kehilangan cairan dan elektrolit dapat membuat pasien merasa lemah dan kehabisan tenaga.
- f. Tanda-tanda dehidrasi:
  - 1) Mata cekung: Menunjukkan adanya kehilangan cairan yang cukup besar.
  - 2) Mulut dan bibir yang kering: Terjadi karena penurunan dalam produksi air liur.
  - 3) Kulit kurang elastis: Kulit yang lambat kembali ke posisi semula setelah dicubit menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

- g. Kehadiran darah atau lendir pada tinja: Dalam kasus diare disentri, tinja mungkin mengandung darah atau lendir.
- h. Gejala tambahan pada anak-anak: Pada anak, diare sering disertai dengan tanda-tanda seperti rewel, menangis, dan berkurangnya nafsu makan.

#### **2.1.4 Klasifikasi**

Diare dibagi menjadi 3 berdasarkan waktu terjadi:

##### 1) Diare akut

Diare akut disebut juga dengan gastroenteritis dimana diare ini timbul dengan cepat yang diikuti gejala seperti muntah, mual, nyeri abdomen, dan demam yang terjadi <14 hari. Diprediksi 80% diare akut disebabkan oleh virus namun jika karena infeksi bakteri biasanya memiliki gejala diare berdarah.

##### 2) Diare Kronik

Diare kronik dikatakan saat tinja air dan elektrolit keluar secara hebat. Dimana secara terus menerus meningkatnya frekuensi buang air. Volume tinja yang semakin lama semakin bertambah dan lembek hal ini biasanya terjadi >14 hari.

##### 3) Diare persisten

Diare persisten merupakan diare yang pada awalnya bersifat kronis, biasanya terjadi >14 hari. Diare ini diawali dengan diare konsistensi cair akut atau biasa disebut dengan disentri. Diare persisten ini biasanya diakibatkan parasit ataupun bakteri yang meruyup ke dalam tubuh manusia.

Berdasarkan patofisiologik diklasifikasi menjadi 2 yaitu:

1) Diare sekresi

Diare sekresi disebabkan oleh infeksi virus, baik yang patogen maupun apatogen, hiperperistaltik usus, yang dapat disebabkan oleh bahan kimia seperti keracunan makanan atau minuman yang terlalu panas, tetapi juga dapat disebabkan oleh defisiensi imun atau pertahanan tubuh yang melemah.

2) Diare osmotic

Diare osmotik disebabkan oleh peningkatan tekanan osmotik intralumen di usus halus yang disebabkan oleh obat-obatan/bahan kimia, makanan tertentu seperti buah, gula/permen, permen karet, makanan diet dan obat pemanis dalam bentuk karbohidrat yang tidak di serap seperti sorbitol atau fruktosa. Diare osmotik dapat disebabkan oleh gangguan pencernaan kronis dari makanan tertentu, seperti buah, gula permen dan permen karet.

Dengan derajat dehidrasi dibagi menjadi 3:

1) Tanpa Dehidrasi

- a. Keadaan umum: Baik, sadar
- b. Mata: Normal
- c. Mulut dan lidah: Normal
- d. Pernapasan: < 30x / menit
- e. Rasa haus: Minum seperti biasa atau tidak haus
- f. Turgor: Dapat kembali cepat
- g. Nadi: < 120x / menit

## 2) Dehidrasi Ringan Sedang

- a. Keadaan umum: Rewel ataupun gelisah
- b. Mata: Cekung
- c. Mulut dan lidah: Terasa kering
- d. Pernapasan: 30 - 40x / menit
- e. Rasa haus: Haus
- f. Turgor: Kembali dengan lambat
- g. Nadi: < 120 - 140x / menit.

## 3) Dehidrasi Berat

- a. Keadaan umum: Cemas, Gelisah, Mengantuk, dapat terjadi syok
- b. Mata: Sangat Cekung
- c. Mulut dan lidah: Terasa Sangat kering
- d. Pernapasan: >40x / menit
- e. Rasa haus: Tidak bisa minum atau malas minum
- f. Turgor: Kembali dengan sangat lambat
- g. Nadi: >140x / menit.

### **2.1.5 Patofisiologi**

Menurut Shabella (2021), penyebab utama dari diare berasal dari gangguan osmotik. Gangguan ini terjadi ketika makanan atau zat tidak dapat diserap dengan baik, mengakibatkan peningkatan tekanan osmotik dalam usus. Hal ini menyebabkan air dan elektrolit berpindah ke dalam rongga usus. Jika rongga usus terlalu penuh, usus akan terangsang untuk mengeluarkannya, yang menyebabkan diare. Selain itu, gangguan sekresi yang disebabkan oleh toksin di dinding usus juga dapat meningkatkan

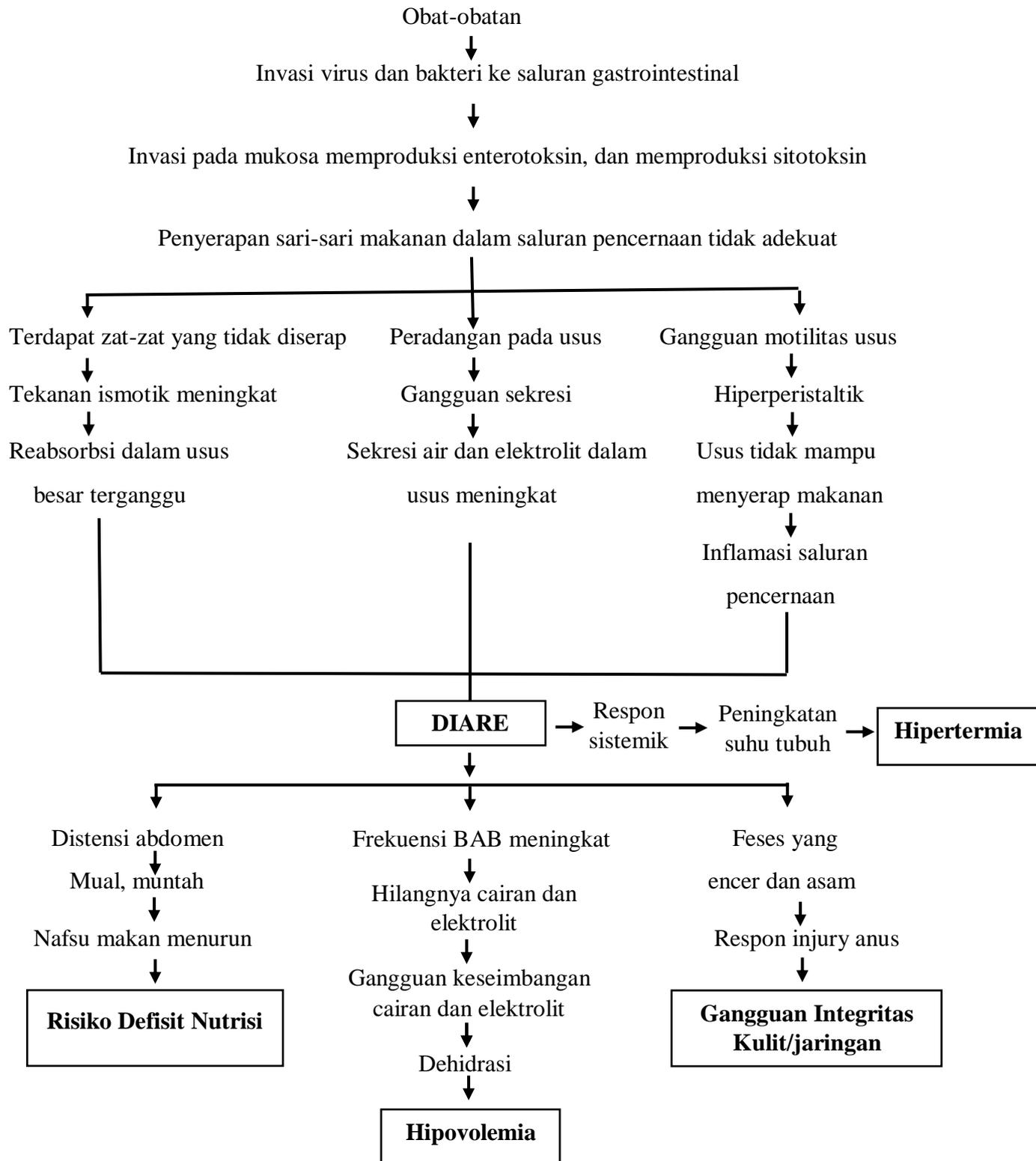
sekresi air dan elektrolit, yang akhirnya menghasilkan diare. Hiperperistaltik adalah gejala diare yang muncul akibat masalah pada motilitas usus. Ketika hiperperistaltik terjadi, kesempatan bagi usus untuk menyerap makanan menjadi berkurang, sehingga diare pun terjadi.

Menurut Indriyani & Putra (2020), ada beberapa penyebab diare. Pertama, faktor infeksi dimulai ketika mikroorganisme (bakteri) masuk ke dalam saluran pencernaan, lalu berkembang di usus. Ini menyebabkan kerusakan pada sel mukosa usus, sehingga mengurangi area permukaan usus. Akibatnya, kapasitas usus berubah, dan fungsinya dalam menyerap cairan dan elektrolit terganggu.

Faktor malabsorpsi adalah masalah dalam penyerapan yang menyebabkan peningkatan tekanan osmotik dan air serta elektrolit berpindah ke rongga usus. Ini juga bisa mengakibatkan diare. Faktor ini biasanya terjadi ketika makanan yang sudah busuk atau beracun masuk ke rongga usus. Toksin tersebut tidak dapat diserap dengan baik, sehingga menyebabkan peristaltik usus meningkat, dan mengurangi kemampuan untuk menyerap makanan yang mengarah pada diare. Faktor psikologis seperti kecemasan dan ketakutan juga dapat mempengaruhi peningkatan peristaltik usus, yang berdampak pada penyerapan makanan dan berkontribusi pada diare.

### 2.1.6 Pathway

Infeksi Bakteri, Virus, Parasit, Malabsorpsi (malabsorpsi karbohidrat, lemak, dan protein), Gangguan motilitas, Keracunan makanan, Sindrom imunodefisiensi, Alergi makanan, Efek



Gambar 2. 1 Pathway

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

Sebagian besar pasien dengan kasus diare tanpa dehidrasi atau dehidrasi ringan tidak memerlukan pemeriksaan penunjang lebih lanjut, namun berbeda pada kasus dengan dehidrasi berat. Pada kasus dengan dehidrasi berat diperlukan pemeriksaan:

- a. Pemeriksaan darah lengkap
- b. Pemeriksaan elektrolit
- c. Pemeriksaan blood urea (BUN)
- d. Pemeriksaan gula darah dan
- e. Pemeriksaan analisis gas darah (AGD).

Pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan mikrobiologi serta virologi dikerjakan jika hasil pemeriksaan dasar masih meragukan dalam memberikan tatalaksana lebih lanjut. Pemeriksaan feses lengkap (FL) dilakukan jika ditemukan tanda klinis yang mengarah pada kondisi intoleransi laktosa dan kecurigaan infeksi amebiasis.

### **2.1.8 Komplikasi**

Menurut Ambarwati dan Nasution (2020), diare dapat mengakibatkan berbagai komplikasi, yaitu:

- a. Dehidrasi yang menyebabkan ketidakseimbangan asam basa dalam tubuh, sering disebut sebagai asidosis metabolik, yang disebabkan oleh:
  - 1) Hilangnya natrium bicarbonate melalui tinja.

- 2) Proses pemecahan lemak yang tidak efisien untuk memenuhi kebutuhan energi, karena nutrisi yang diserap tidak mencukupi, sehingga terjadi penumpukan keton di dalam tubuh.
- 3) Terjadi hipoksia yang parah dalam otot, yang menyebabkan akumulasi asam laktat.
- 4) Peningkatan metabolit asam karena tidak terbuang oleh ginjal, yang dapat menyebabkan oliguria dan anuria.
- 5) Perpindahan natrium dan cairan ke dalam sel.

b. Hipoglikemia

Kondisi ini muncul karena adanya gangguan dalam penyimpanan dan ketersediaan glikogen di hati serta masalah metabolisme glukosa.

c. Gangguan Gizi

Kondisi ini dapat terjadi akibat kurangnya pengetahuan orang tua tentang diare, sehingga mereka memilih untuk menghentikan pemberian makanan kepada anak, dengan harapan mengurangi risiko diare dan muntah yang mungkin lebih parah.

d. Gangguan Sirkulasi

Hal ini disebabkan oleh penurunan kadar hemoglobin dalam darah, yang dapat menyebabkan shock hipovolemik, semakin memperburuk asidosis, dan menurunkan tingkat kesadaran yang dapat menyebabkan kematian.

e. Syok Hipovolemik

Syok hipovolemik adalah situasi di mana volume darah yang bersirkulasi dalam tubuh berkurang. Ini adalah kondisi darurat di mana kehilangan darah dan cairan membuat jantung tidak mampu memompa darah dengan cukup baik. Kehilangan cairan dalam syok hipovolemik bisa disebabkan oleh luka bakar, diare, muntah, dan kurangnya asupan makanan.

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Indonesia telah menetapkan prinsip bagaimana penatalaksanaan medis diare yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yaitu Lima Langkah Tuntaskan Diare (Lintas Diare) yaitu dengan rehidrasi menggunakan oralit osmolaritas yang rendah, selama 10 hari berturut turut memberikan zinc, teruskan pemberian makanan dan minuman, antibiotik selektif, edukasi kepada keluarga (Ibrahim & Sartika, 2021).

Penatalaksanaan diare pada kelompok usia dewasa yaitu:

- a. Rehidrasi, rehidrasi sangat penting karena pengobatan utama. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan rehidrasi, yaitu:
  1. Pertama yang perlu diperhatikan adalah jenis cairan yang akan diberikan, pada pasien yang mengalami diare dapat diberikan oralit, cairan Ringer Laktat (RL), jika RL tidak tersedia bisa kita berikan NaCl isotonik ditambah dengan Na bikarbonat 7,5% sebanyak 50ml.

2. Jumlah cairan yang diberikan, idealnya jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan cairan yang dikeluarkan pasien.
  3. Jalan masuk, pada orang dewasa seringkali kita dapat memberikan pemberian cairan melewati oral ataupun i.v.
  4. Waktu pemberian cairan, diharapkan rehidrasi terpenuhi lengkap ketika akhir jam ke-3 sesudah awal pemberian cairan.
- b. Terapi simptomatik, pada terapi ini yang bisa kita lakukan yaitu pemberian obat antidiare yang bersifat simptomatik dan diberikan dengan hati-hati harus ada *advice* dokter penanggung jawab. Ada beberapa golongan obat antidiare yaitu Antimotilitas dan sekresi usus, turunan opiate, difenoksilat, loperamide, kodein HCl.
- c. Terapi definitif, pada terapi ini kita bisa melakukan edukasi. Edukasi adalah salah satu penanganan yang sangat penting dalam penanganan dehidrasi (SAPUTRA et al., 2024).

## **2.2. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Tahapan pertama yang harus kita lakukan dalam proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan. Pada proses pengkajian keperawatan, perawat harus memperoleh data yang akurat, rinci dan aktual terhadap kondisi pasien saat dikaji. Setelah didapatkan data-data dari pengkajian keperawatan, data-data tersebut akan dipakai untuk menentukan diagnosa dan intervensi. Pengkajian keperawatan adalah hal yang sangat penting untuk kita lakukan guna menentukan tindakan apa saja yang akan kita lakukan untuk mencegah

dan mengobati kondisi pasien. Beberapa hal yang harus dikaji didalam proses pengkajian keperawatan, yaitu:

- 1) Identitas pasien
- 2) Riwayat keperawatan
  - a) Awal serangan: pada awalnya gelisah, terjadi peningkatan suhu tubuh, anoreksia kemudian terjadilah diare.
  - b) Keluhan utama: feses dari lembek menjadi cair, terjadi muntah, apabila muntah terus-menerus akan banyak kehilangan air dan elektrolit yang akan terjadi masalah gejala dehidrasi, penurunan berat badan.
- 3) Riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan saat ini.
- 4) Riwayat psikososial keluarga
- 5) Kebutuhan dasar
  - a) Pola eliminasi: terjadi perubahan frekuensi BAB yaitu lebih dari 4x dalam sehari, dengan konsistensi feses cair.
  - b) Pola nutrisi: terjadi mual lalu muntah, anoreksia, terjadilah penurunan berat badan.
  - c) Pola istirahat dan tidur yang akan terganggu dikarenakan adanya distensi abdomen yang akan menyebabkan rasa tidak nyaman.
  - d) Pola hygiene: bagaimana kebiasaan mandi setiap harinya.
  - e) Aktivitas akan terganggu dikarenakan faktor diare yang menyebabkan kondisi lemah dan terdapat nyeri akibat distensi abdomen.

6) Keadaan umum

Keadaan umum biasanya terlihat lemah, gelisah, composmentis sampai koma, peningkatan suhu tubuh, nadi terasa cepat dan lemah, peningkatan frekuensi pernafasan.

7) Pemeriksaan sistemik.

- a) Inspeksi: biasanya didapatkan hasil mata cekung, ubun-ubun besar atau cekung, selaput lender, kering pada mulut dan bibir, penurunan berat badan, terdapat kemerahan pada sekitar anus.
- b) Perkusi: biasanya didapatkan adanya distensi abdomen
- c) Palpasi: biasanya didapatkan turgor kulit yang tidak kembali dengan cepat.
- d) Auskultasi: biasanya dihasilkan peningkatan peristaltik usus

8) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan tinja, darah lengkap dan duodenum intubation, yaitu pemeriksaan yang berguna untuk mengetahui penyebab secara kuantitatif dan kualitatif (Maywati et al., 2023).

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

- a. Diare (D.0020)
- b. Hipertermia (D.0130)
- c. Hipovolemia (D.0023)
- d. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan (D.0129)
- e. Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No.	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	<p><b>Diare (D.0020)</b>  <b>Definsi :</b>            Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk.  <b>Penyebab :</b>  <b>Fisiologis :</b>            1. Inflamasi gastrointestinal            2. Iritasi gastrointestinal            3. Proses infeksi            4. Malabsorpsi  <b>Psikologis :</b>            1. Kecemasan            2. Tingkat stress tinggi  <b>Situasional :</b>            1. Terpapar kontaminan            2. Terpapar toksin            3. Penyalahgunaan laksatif            4. Penyalahgunaan obat            5. Program pengobatan (Agen tiroid, analgesic, pelunak feses, ferosulfat, antasida, <i>cimetidine</i> dan antibiotik)            6. Perubahan air dan makanan            7. Bakteri pada air  <b>Gejala dan Tanda Mayor</b>  <b>Subjektif :</b>  <i>(tidak tersedia)</i></p>	<p><b>Eliminasi Fekal (L.04033)</b>            Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Diare dapat teratasi  <b>Ekspektasi :</b>            Membaik (5)  <b>Kriteria Hasil :</b>            1. Konsistensi feses (5)            2. Frekuensi BAB (5)            3. Peristaltik usus (5)</p>	<p><b>Manajemen Diare (I.03101)</b>  <b>Definisi :</b>            Mengidentifikasi dan mengelola diare dan dampaknya.  <b>Tindakan :</b>  <b>Observasi :</b>            1. Identifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu)            2. Identifikasi riwayat pemberian makanan            3. Monitor jumlah pengeluaran diare  <b>Terapeutik :</b>            1. Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte)            2. Pasang jalur intravena            3. Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), <i>jika perlu</i>            4. Ambil sampel feses untuk kultur, <i>jika perlu</i>  <b>Edukasi :</b>            1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap            2. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI  <b>Kolaborasi :</b>            1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis, loperamide, difenoksilat)</p>

<p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24jam</li> <li>2. Feses lembek atau cair</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kolaborasi pemberian obat obat antispasmodic/ spasmolitik (mis. papaverine, ekstak belladonna, Mebeverine)</li> <li>3. Kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis, attapulgit, smektit, kaolin-pektin)</li> </ol>	
<p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Urgency</li> <li>2. Nyeri/kram abdomen</li> </ol>		
<p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi peristaltik meningkat</li> <li>2. Bising usus hiperaktif</li> </ol>		
<p><b>Kondisi Klinis Terkait :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kanker kolon</li> <li>2. <i>Diverticulitis</i></li> <li>3. Iritasi usus</li> <li>4. <i>Crohn's disease</i></li> <li>5. Ulkus peptikum</li> <li>6. Gastritis</li> <li>7. Spasme kolon</li> <li>8. Kolitis ulseratif</li> <li>9. <i>Hipertiroidisme</i></li> <li>10. Demam typhoid</li> <li>11. Malaria</li> <li>12. Sigelosis</li> <li>13. Kolera</li> <li>14. Disentri</li> <li>15. Hepatitis</li> </ol>		
<p>2. <b>Hipertermia (D.0130)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dehidrasi</li> <li>2. Terpapar lingkungan panas</li> </ol>	<p><b>Termoregulasi (L.14134)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hipertermia dapat teratasi.</p> <p><b>Ekspektasi Membaik (5)</b></p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipertermia (I.15506)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi.</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar</li> </ol>

<p>3. Proses penyakit (mis: infeksi, kanker)</p> <p>4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan</p> <p>5. Peningkatan laju metabolisme</p> <p>6. Respon trauma</p> <p>7. Aktivitas berlebihan</p> <p>8. Penggunaan inkubator</p>	<p>2. Suhu Tubuh (5)</p> <p>3. Suhu Kulit (5)</p>	<p>lingkungan panas, penggunaan incubator)</p> <p>2. Monitor suhu tubuh</p> <p>3. Monitor kadar elektrolit</p> <p>4. Monitor haluaran urine</p> <p>5. Monitor komplikasi akibat hipertermia</p>
<p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>1. Suhu tubuh diatas nilai normal</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>1. Kulit merah</p> <p>2. Kejang</p> <p>3. Takikardi</p> <p>4. Takipnea</p> <p>5. Kulit terasa hangat</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait:</b></p> <p>1. Proses infeksi</p> <p>2. Hipertiroid</p> <p>3. Stroke</p> <p>4. Dehidrasi</p> <p>5. Trauma</p> <p>6. Prematuritas</p>	<p><b>Status Cairan (L.03208)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Hipovolemia dapat teratasi.</p>	<p><b>Manajemen Hipovolemia (D.03116)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan mengelola penurunan volume cairan intravaskuler</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <p><b>Observasi:</b></p>

---

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehilangan cairan aktif</li> <li>2. Kegagalan mekanisme regulasi</li> <li>3. Peningkatan permeabilitas kapiler</li> <li>4. Kekurangan intake cairan</li> <li>5. Evaporasi</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>2. Nadi teraba lemah</li> <li>3. Tekanan darah meningkat</li> <li>4. Tekanan nadi menyempit</li> <li>5. Turgor kulit menurun</li> <li>6. Membran mukosa kering</li> <li>7. Volume urin menurun</li> <li>8. Hematokrit meningkat</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa lemah</li> <li>2. Mengeluh haus</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengisian vena menurun</li> <li>2. Status mental berubah</li> <li>3. Suhu tubuh meningkat</li> <li>4. Konsentrasi urin meningkat</li> <li>5. Berat badan turun tiba-tiba</li> </ol>	<p><b>Ekspektasi: Membaik (5)</b></p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi (5)</li> <li>2. Output urine (5)</li> <li>3. Turgor kulit (5)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)</li> <li>2. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hitung kebutuhan cairan</li> <li>2. Berikan posisi modified Trendelenburg</li> <li>3. Berikan asupan cairan oral</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCL, RL)</li> <li>2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCL 0,4%)</li> <li>3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, plasmanate)</li> <li>4. Kolaborasi pemberian produk darah</li> </ol>
--	--	--

---

---

**Kondisi Klinis**
**Terkait:**

1. Penyakit Addison
2. Trauma / perdarahan
3. Luka bakar
4. AIDS
5. Penyakit crohn
6. Muntah
7. Diare
8. Kolitis ulseratif
9. Hipoalbuminemi

a

---

<p>4. <b>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)</b>  <b>Definisi :</b>  Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).  <b>Penyebab :</b>  1. Perubahan sirkulasi kulit  <b>Gejala dan Tanda Minor :</b>  <b>Subjektif :</b>  <i>(tidak tersedia)</i>  <b>Objektif :</b>  1. Nyeri  2. Perdarahan  3. Kemerahan  4. Hematoma</p>	<p><b>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan dapat teratasi  <b>Ekspektasi :</b>  Meningkat (5)  <b>Kriteria Hasil :</b>  1. Elastisitas meningkat (5)  2. Kerusakan jaringan menurun (5)  3. Kerusakan kulit menurun (5)  4. Kemerahan menurun (5)</p>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b>  <b>Definisi :</b>  Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban dan mencegah perkembangan mikroorganisme.  <b>Tindakan :</b>  <b>Observasi :</b>  1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)  <b>Terapeutik :</b>  1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring  2. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare  3. Hindari produk berbau dasar alkohol pada kulit kering  <b>Edukasi :</b>  1. Anjurkan minum air yang cukup  2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi  3. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p>
---	--	---

---

			4. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
5.	<p><b>Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan mencerna makanan</li> <li>2. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient.</li> <li>3. Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)</li> </ol> <p><b>Kondisi Klinis Terkait :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infeksi</li> </ol>	<p><b>Status Nutrisi (L.03030)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Risiko Defisit Nutrisi dapat teratasi</p> <p><b>Ekspektasi :</b> Membaik (5)</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan (5)</li> <li>2. Frekuensi makan(5)</li> <li>3. Nafsu makan(5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang.</p> <p><b>Tindakan :</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Monitor asupan makanan</li> <li>4. Monitor berat badan</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>3. Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i></li> </ol>

## 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan pelaksanaan oleh seorang perawat dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan spesifik yang telah direncanakan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pemulihan kesehatan, pencegahan penyakit, dan juga memfasilitasi coping. Didalamnya harus ada Standar Operasional

Prosedur (SOP) atau panduan yang ditetapkan dalam melakukan tindakan keperawatan. Kemudian pada tahap selanjutnya seorang perawat harus mampu membimbing klien sehingga klien mampu menentukan tujuan selanjutnya dalam identifikasi masalah yang dialami klien.

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Pada tahapan ini perawat melakukan penilaian terhadap respon pasien atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Penilaian ini menjurus kepada kriteria hasil yang telah direncanakan sebelumnya.

Evaluasi dalam keperawatan ada dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan perawat setelah melakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil atau sumatif dengan cara membandingkan respon pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan sebelumnya (Cahyani et al., 2022).

#### **1. Evaluasi Formatif (Proses)**

Evaluasi formatif berfokus pada proses keperawatan dan hasil akhir tindakan keperawatan yang dilakukan segera setelah perawat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindak keperawatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan berhasil atau tidak. Evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP :

- a. S (subjektif): Data subjektif, data yang didapatkan dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang mengalami gangguan komunikasi.
- b. O (objektif): Data objektif yaitu data yang diperoleh dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat setelah melakukan tindakan keperawatan.

- c. A (analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis dari data subjektif dan data objektif apakah sudah mengalami perbaikan.
  - d. P (perencanaan): Perencanaan kembali yang dimaksudkan untuk pengembangan tindakan keperawatan yang diperlukan selanjutnya, baik yang sekarang maupun yang akan datang untuk memperbaiki keadaan kesehatan klien.
2. Evaluasi Sumatif (Hasil) adalah evaluasi yang dikerjakan setelah semua proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi ini juga berguna menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:
- a. Jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan maka tujuan tindak keperawatan tercapai atau masalah teratasi.
  - b. Jika klien menunjukkan adanya perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan diawal maka tujuan tindak keperawatan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau bisa dikatakan dengan klien masih dalam proses pencapaian tujuan.
  - c. Jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali maka tujuan tidak tercapai atau masalah masih belum teratasi.

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Desain Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian studi kasus deskriptif dimana studi kasus ini dilakukan secara intensif, terinci dan mendalam tentang suatu program, peristiwa, dan aktivitas, baik pada tingkat perorangan, sekelompok orang, lembaga, atau organisasi untuk memperoleh pengetahuan mendalam tentang peristiwa tersebut. Pada umumnya tarjet penelitian studi kasus adalah hal yang actual (*Real-Life*) dan unik. Bukan sesuatu yang sudah terlewati atau masa lampau (Sugiarto et al, 2022).

Penelitian ini memfokuskan pada studi kasus sebagai topik utama untuk mengembangkan masalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Diare Di Pukesmas Mayangan Kabupaten Jombang.

#### **3.2. Batasan Istilah**

Batasan istilah atau definisi operasional pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan untuk mmelaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dilakukan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Berorientasi pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Jap & Widodo, 2021).

- 2) Diare adalah suatu keadaan di mana konsistensi feses lembek atau cair bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih dari biasanya, 3 kali atau lebih dalam sehari, diare biasanya merupakan gejala infeksi saluran pencernaan, yang dapat disebabkan oleh berbagai bakteri, virus, dan parasite (Citraningtyas et al., 2019).

### **3.3. Partisipan**

Subjek penelitian ini menggunakan 2 partisipan dengan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi
  - a. Pasien yang mengalami diare akut (berlangsung kurang dari 14 hari).
  - b. Pasien dengan usia 19 hingga 40 tahun.
  - c. Pasien yang bersedia menjadi responden dan kooperatif.
  - d. Pasien yang memiliki kesadaran penuh dan mampu berkomunikasi secara verbal atau melalui pendamping.
2. Kriteria eksklusi
  - a. Pasien pulang paksa sebelum selesai penelitian.
  - b. Pasien dengan riwayat penyakit penyerta berat seperti gagal ginjal, gangguan jantung, atau penyakit hati kronis.

### **3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Studi kasus ini dilaksanakan dari bulan April-Mei 2025, di Puskesmas Mayangan. Kecamatan Jogoroto. Kabupaten Jombang, dengan sasaran pasien diare. Lama waktu penelitian adalah minimal 3 hari, jika kurang dari 3 hari pasien pulang maka akan dilakukan pergantian pasien dengan karakteristik yang sama.

### 3.5. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan mencari data di lapangan yang akan digunakan untuk menjawab permasalahan penelitian. Dalam penelitian ini alat ukur yang digunakan adalah sebagai berikut:

#### 1. Observasi

Peneliti memusatkan perhatian pada hal-hal yang berkaitan dengan pasien yang akan diteliti. Peneliti melakukan pengamatan langsung terhadap pasien yang diteliti dengan cara mengumpulkan data yang diperoleh langsung dari lapangan (Adha et al., 2021).

#### 2. Wawancara

Wawancara adalah salah satu cara pengumpulan data yang dilakukan kepada keluarga dan staf kesehatan lainnya untuk memperoleh identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga (Ibrahim & Sartika, 2021).

#### 3. Studi Dokumentasi

Dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data yang tidak langsung ditujukan kepada subjek penelitian. Dokumen yang diteliti bisa berupa dokumen resmi seperti surat putusan, surat instruksi, sementara dokumen tidak resmi seperti surat nota, dan surat pribadi yang dapat memberikan informasi pendukung terhadap suatu peristiwa. Dalam penelitian kualitatif dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara (Mandalika, 2022).

### **3.6. Uji Keabsahan Data**

Agar data penelitian kualitatif dapat dipertanggungjawabkan sebagai penelitian ilmiah maka perlu diadakan uji keabsahan data, peneliti menggunakan metode triangulasi sumber. Triangulasi ini dilakukan dengan membandingkan dan mengkonfirmasi data yang diperoleh dari tiga narasumber utama, yaitu pasien, keluarga pasien, dan tenaga kesehatan.

Pasien menjadi sumber utama informasi mengenai gejala yang dirasakan, riwayat kesehatan, serta kebiasaan konsumsi makanan dan minuman. Informasi dari pasien kemudian diperkuat dengan data dari keluarga pasien yang memberikan gambaran tentang kondisi pasien di rumah, riwayat penyakit sebelumnya, dan upaya perawatan awal yang dilakukan sebelum ke fasilitas kesehatan. Selanjutnya, tenaga kesehatan seperti dokter atau perawat memberikan data medis dan pandangan profesional mengenai hasil pemeriksaan, diagnosa, serta tindakan medis yang telah diberikan. Dengan membandingkan data dari ketiga sumber tersebut, peneliti dapat memperoleh informasi yang lebih akurat, menyeluruh, dan dapat dipercaya, sehingga meningkatkan validitas hasil penelitian.

### **3.7. Analisis Data**

Proses analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan, dan setelah selesai di lapangan. Dalam penelitian kualitatif, proses analisis data lebih difokuskan selama proses di lapangan bersamaan dengan pengumpulan data daripada setelah pengumpulan data (Iryanto et al., 2021).

1. Analisis sebelum lapangan

Analisis dilakukan terhadap data hasil studi pendahuluan atau data sekunder yang akan digunakan untuk menentukan fokus penelitian, namun fokus penelitian ini masih bersifat sementara dan akan berkembang setelah peneliti masuk ke lapangan. Jika fokus penelitian yang dirumuskan pada proposal tidak ada di lapangan, maka peneliti akan merubah fokusnya.

2. *Data reduction* (Reduksi Data)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, serta dicari tema dan polanya. Data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya. Reduksi data dapat dibantu menggunakan peralatan elektronik seperti komputer mini dengan cara memberikan kode-kode pada aspek tertentu.

3. *Data display* (penyajian data)

Setelah data berhasil direduksi, maka langkah selanjutnya adalah mendisplaykan data. Dalam penelitian kualitatif proses penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart*, dan sebagainya. Tetapi yang paling sering digunakan dalam penelitian kualitatif adalah teks yang bersifat naratif.

#### 4. *Conclusion Drawing/ verification*

Adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel.

### **3.8. Etika Penelitian**

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri mulai:

#### *a. Ethical Clearance* (kelayakan etik)

Adalah kenyataan bertulis yang didapatkan kepada suruhanjaya etika penyelidikan dalam penyelidikan yang melibatkan hidupan menyatakan bahawa cadangan penyelidikan boleh dilaksanakan selepas keperluan tertentu dipenuhi.

#### *b. Informed consent*

Adalah bentuk persetujuan selama peneliti melalui responden, penelitian yaitu dilaksanakan melalui sediakan lembar persetujuan dalam membuat responden. Sekiranya responden bersetuju, mereka mesti menandatangani borang kebenaran. Sekiranya responden tidak sanggup, pengkaji hendaklah menghormati hak responden.

c. *Anonymity* (tanpa nama)

Adalah Isu etika dalam penyelidikan melalui teknik tidak sediakan nama responden dari lembaran alat ukur, hanya menulis kode dari lembaran kumpulan data.

d. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Adalah isu etika dengan menjamin kerahasiaan hasil penyelidikan sama ada maklumat maupun isu lain, semua maklumat yang telah dikumpulkan adalah dijamin kerahsiaan kepada penyelidik. Hanya kumpulan data tertentu akan dilaporkan daripada hasil penyelidikan.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengambilan data dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare Di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang. Data di ambil diruang rawat inap Puskesmas Mayangan, Jl. Jogoroto - Peterongan, Mayangan, Kec. Jogoroto, Kabupaten Jombang, Jawa Timur 61485.

##### 4.1.2 Pengkajian

Tabel 4. 1 Data Identitas diri pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. N	Tn. R
Umur	25 tahun	36 tahun
Jenis kelamin	Laki-Laki	Laki-Laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA/Sederajat	SMP/Sederajat
Pekerjaan	Wiraswasta	Wiraswasta
Alamat	Sidokerto	Mayangan
Status pernikahan	Menikah	Menikah
Tanggal MRS	30/04/2025	02/05/2025
Jam MRS	11:00	09:00
No RM	xxxxx	xxxxx
Diagnosa Medis	Diare	Diare

Data primer, 2025

Tabel 4. 2 Data riwayat kesehatan pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang

Riwayat kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan utama	Pasien mengatakan BAB dengan konsistensi cair sebanyak 5 kali hari ini.	Pasien mengatakan BAB dengan konsistensi cair sebanyak 6 kali hari ini.

Riwayat kesehatan sekarang	Pasien mengatakan selama 3 hari mengalami diare, sehari BAB sebanyak 4-7 kali disertai mual, konsistensi feses cair, tidak ada lender, lemas, nafsu makan menurun. Karena tidak kunjung membaik pasien memutuskan untuk periksa ke puskesmas mayangan pada hari rabu, 30 April 2025 pukul 11.00 WIB. Pasien datang dengan keluhan perut mules yang berlebihan.	Pasien mengatakan selama 2 hari mengalami diare, dalam sehari BAB sebanyak 6-8 kali. Saat dirumah pasien mengonsumsi obat diabet tetapi tidak kunjung membaik, akhirnya pasien memutuskan untuk periksa ke puskesmas mayangan pada hari jum'at, 02 Mei 2025 pukul 09.00. pasien datang dengan keluhan perut mules, lemas, mual, nafsu makan menurun, dan BAB dengan konsistensi cair tidak berlendir.
Riwayat kesehatan dahulu	Tn. N mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang serius.	Tn. R mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang serius.
Riwayat kesehatan keluarga	Tn. N mengatakan tidak ada riwayat penyakit dari keluarga.	Tn. R mengatakan keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus.

Data primer, 2025

Tabel 4. 3 Data pengkajian pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang

Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
<b>Vital sign</b>		
Tekanan darah	120 / 80 mmHg	140/90 mmHg
Nadi	80 x / menit	75 x/ menit
Suhu	36,6°C	37,0°C
Respirasi rate (RR)	22 x / menit	18 x/ menit
SpO2	98 %	98%
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
GCS	456	456
<b>Keadaan umum</b>		
Status gizi	Normal	Normal
Berat badan	58 kg	70 kg
Tinggi badan	170 cm	165 cm
<b>Indeks Masa Tubuh</b>		
SMRS	20,1	25,7
MRS	20,1	25,7
Sikap	Gelisah	Gelisah

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan umum	Penampilan : Pasien tampak lemah, pucat, dan tampak memegangi perut. Kesadaran : Composmentis Turgor kulit <2detik GCS : 456 TD : 120/80 mmHg N : 80 x/ menit S : 36,6°C RR : 22 x/ menit	Penampilan : Pasien tampak lemah, pucat, dan tampak memegangi perut. Kesadaran : Composmentis Turgor kulit <2detik GCS : 456 TD : 140/90 mmHg N : 75 x/ menit S : 37°C RR : 18 x/ menit
Pemeriksaan fisik Kepala	Inpeksi : Bentuk kepala normal, rambut tebal hitam, tidak ada benjolan ataupun lesi Palpasi : Tidak ada nyeri tekan di kepala	Inpeksi : Bentuk kepala normal, rambut tebal hitam, tidak ada benjolan ataupun lesi Palpasi : Tidak ada nyeri tekan di kepala
Mata	Inpeksi : Mata simetris, alis tebal, pupil isokor, sclera normal konjungtiva merah.	Inpeksi : Mata simetris, alis tipis, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva merah.
Hidung	Inpeksi : Hidung simetris tidak ada gangguan peradangan, dan tidak ada sekret.	Inpeksi : Hidung simetris tidak ada gangguan peradangan dan tidak ada sekret
Telinga	Inpeksi : Telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada cairan, pendengaran baik	Inpeksi : Telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada cairan, pendengaran baik.
Mulut dan tenggorokan	Inpeksi : Mukosa pada bibir terlihat kering, mulut bersih.	Inpeksi : Mukosa pada bibir terlihat kering, mulut bersih.
Leher	Inpeksi : Tidak ada massa atau benjolan dan tidak terdapat lesi Palpasi : Tidak teraba adanya pembesaran tiroid.	Inpeksi : Tidak ada massa atau benjolan dan tidak terdapat lesi Palpasi : Tidak teraba adanya pembesaran tiroid.
Thorax, paru dan jantung	Inpeksi : Bentuk dada tampak simetris, pergerakan dinding sama antara kanan dan kiri, tidak ada keluhan sesak. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan di daerah dada. Perkusi :	Inpeksi : Bentuk dada tampak simetris, pergerakan dinding sama antara kanan dan kiri, tidak ada keluhan sesak. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan di daerah dada. Perkusi :

	Sonor (paru kiri dan paru kanan). Auskultasi : Tidak ada suara nafas tambahan pada jantung S1 (lub) S2 (dub) tunggal, suara nafas vesikuler.	Sonor (paru kiri dan paru kanan). Auskultasi : Tidak ada suara nafas tambahan pada jantung S1 (lub) S2 (dub) tunggal, suara nafas vesikuler.
Abdomen	Inpeksi : Perut tampak simetris. Palpasi : Teraba nyeri pada abdomen terutama di daerah kolon akibat iflamasi saluran pencernaan. Perkusi : Timpani. Auskultasi : Bising usus 35x/menit (+)	Inpeksi : Perut tampak simetris. Palpasi : Teraba nyeri pada abdomen terutama di daerah kolon akibat iflamasi saluran pencernaan. Perkusi : Timpani. Auskultasi : Bising usus 38x/menit (+)
Genetelia	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area kandung kemih	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area kandung kemih
Ekstremitas dan persendian	Inpeksi : Pasien tampak lemas, namun dapat berjalan dan beraktivitas dengan baik / dapat ke kamar mandi sendiri Palpasi : Tidak ada odem pada daerah ekstremitas Kekuatan otot : 5   5 5   5	Inpeksi : Pasien tampak lemas, namun dapat berjalan dan beraktivitas dengan baik / dapat ke kamar mandi sendiri Palpasi : Tidak ada odem pada daerah ekstremitas Kekuatan otot : 5   5 5   5

Data primer, 2025

Tabel 4. 4 Data terapi obat pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang

Pasien 1	Pasien 2
Infuse : Ns 500 cc 20 tpm RL 500 cc 20 tpm Oral : Paracetamol 500 mg 3 x 1 Antasid doen 200 mg 3 x 1 Attapulgate 600 mg 2 x 1	Infuse : Ns 500 cc 20 tpm RL 500 cc 20 tpm Oral : Paracetamol 500 mg 3 x 1 Antasid doen 200 mg 3 x 1 Attapulgate 600 mg 2 x 1

Data primer, 2025

Tabel 4. 5 Analisa Data pada pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang

Analisa data	Etiologi	Masalah
<p>Pasien 1</p> <p>Data subjektif: Pasien mengatakan selama 3 hari mengalami diare, sehari BAB sebanyak 4-7 kali disertai mual, konsistensi feses cair, tidak ada lender, lemas, nafsu makan menurun.</p> <p>Data objektif : Pasien tampak lemah, pucat, dan tampak memegang perut. Kesadaran : Composmentis Turgor kulit &lt;2detik GCS : 456 TD : 120/80 mmHg N : 80 x/ menit S : 36,6°C RR : 22 x/ menit</p>	<p>Infeksi Bakteri, Virus, Parasit, Malabsorpsi (malabsorpsi karbohidrat, lemak, dan protein), Gangguan motilitas, Keracunan makanan, Sindrom imunodefisiensi, Alergi makanan, Efek obat-obatan</p> <p>↓</p> <p>Invasi virus dan bakteri ke saluran gastrointestinal</p> <p>↓</p> <p>Invasi pada mukosa memproduksi enterotoksin, dan memproduksi sitotoksin</p> <p>↓</p> <p>Penyerapan sari-sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Inflamasi saluran pencernaan</p> <p>↓</p> <p>Diare</p>	<p>Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal</p>
<p>Pasien 2</p> <p>Data subjektif : Pasien mengatakan selama 2 hari mengalami diare, dalam sehari BAB sebanyak 6-8 kali disertai perut mules, lemas, mual, nafsu makan menurun, dan BAB dengan konsistensi cair tidak berlendir.</p> <p>Data objektif : Pasien tampak lemah, pucat, dan tampak memegang perut. Kesadaran : Composmentis Turgor kulit &lt;2detik GCS : 456 TD : 140/90 mmHg N : 75 x/ menit</p>	<p>Infeksi Bakteri, Virus, Parasit, Malabsorpsi (malabsorpsi karbohidrat, lemak, dan protein), Gangguan motilitas, Keracunan makanan, Sindrom imunodefisiensi, Alergi makanan, Efek obat-obatan</p> <p>↓</p> <p>Invasi virus dan bakteri ke saluran gastrointestinal</p> <p>↓</p> <p>Invasi pada mukosa memproduksi enterotoksin, dan memproduksi sitotoksin</p> <p>↓</p>	<p>Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal</p>

---

S : 37°C  
RR : 18 x/ menit

Penyerapan sari-sari  
makanan dalam saluran  
pencernaan tidak adekuat

↓  
Inflamasi saluran  
pencernaan

↓  
Diare

---

Data primer, 2025

#### 4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 6 Diagnosa keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan  
Jogoroto Jombang

Pasien 1	Pasien 2
Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal

Data primer, 2025

#### 4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 7 Intervensi keperawatan pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal (D.0020 SDKI)</p> <p>Definisi: Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk.</p> <p>Penyebab: Fisiologis: 1. Inflamasi gastrointestinal</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam 2. Feses lembek atau cair</p>	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Diare dapat teratasi.</p> <p>Ekspektasi: Membaik (5)</p> <p>Kriteria Hasil: 1. Konsistensi feses (5) 2. Frekuensi BAB (5) 3. Peristaltik usus (5)</p>	<p><b>Manajemen Diare (I.03101)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan mengelola diare dan dampaknya.</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu)</li> <li>2. Identifikasi riwayat pemberian makanan</li> <li>3. Monitor jumlah pengeluaran diare</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte)</li> <li>2. Pasang jalur intravena</li> <li>3. Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis, attapulgit, smektit, kaolin-pektin)</li> </ol>

Data primer, 2025

#### 4.1.5 Implementasi Keperawatan Pasien 1 dan 2

Tabel 4. 8 Implementasi keperawatan pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang

Pasien 1: Tn. N

Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
Diare	Rabu/ 30 April 2025	11.05	1. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,6 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456	
			2. Mengidentifikasi penyebab diare	
			3. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan	
		11.15	4. Memonitor jumlah pengeluaran diare	
		11.30	5. Memberikan asupan cairan oral	
			6. Memasang jalur intravena	
			7. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm	
		11.45	8. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap	
			9. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa	
		11.55	10. Berkolaborasi pemberian obat: Parasetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses: Attapulgate 600 mg 2x1	
		14.00	11. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,6 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456	
			12. Memonitor jumlah pengeluaran diare	
			13. Mengobservasi TTV	

		20.00	<p>TD: 120/80 mmHg  N: 80 x/ menit  S: 36,6 °C  RR: 22 x/ menit  SpO2: 98%  Kes: Composmentis  GCS: 456</p> <p>14. Memonitor jumlah pengeluaran diare</p> <p>15. Memberikan asupan cairan oral</p>
		20.15	<p>16. Memberikan cairan intravena:  Ns 500cc 20 tpm  RL 500cc 20 tpm</p> <p>17. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>18. Berkolaborasi pemberian obat:  Paracetamol 500 mg 3x1  Antasid doen 200 mg 3x1  pengeras feses:  Attapulgate 600 mg 2x1</p>
Diare	Kamis/ 01 Mei 2025	08.00	<p>1. Mengobservasi TTV  TD: 110/80 mmHg  N: 80 x/ menit  S: 36,2 °C  RR: 24 x/ menit  SpO2: 98%  Kes: Composmentis  GCS: 456</p> <p>2. Memonitor jumlah pengeluaran diare</p>
		08.15	<p>3. Memberikan asupan cairan oral</p> <p>4. Memberikan cairan intravena:  Ns 500cc 20 tpm  RL 500cc 20 tpm</p> <p>5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</p> <p>6. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa</p>
		08.30	<p>7. Berkolaborasi pemberian obat:  Paracetamol 500 mg 3x1  Antasid doen 200 mg 3x1  pengeras feses:  Attapulgate 600 mg 2x1</p>
		12.00	<p>8. Mengobservasi TTV  TD: 110/80 mmHg</p>

---

			N: 80 x/ menit S: 36,2 °C RR: 24 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456
		14.00	9. Memonitor jumlah pengeluaran diare 10. Memberikan asupan cairan oral
		14.30	11. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1
		20.00	12. Mengobservasi TTV TD: 110/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,2 °C RR: 24 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456
		20.15	13. Memonitor jumlah pengeluaran diare 14. Memberikan asupan cairan oral 15. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm
		20.30	16. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 17. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses: Attapulgate 600 mg 2x1

---

Diare	Jumat / 02 Mei 2025	08.00	1. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,5 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456
		08.15	2. Memonitor jumlah pengeluaran diare 3. Memberikan asupan cairan oral
			4. Memberikan cairan intravena:

---

---

	Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm
08.30	5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
	6. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1
12.00	pengeras feses: Attapulgate 600 mg 2x1
	7. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,5 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis
14.00	GCS: 456
	8. Memonitor jumlah pengeluaran diare
	9. Memberikan asupan cairan oral
14.30	10. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
	11. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1
20.00	12. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,5 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456
	13. Memonitor jumlah pengeluaran diare
20.15	14. Memberikan asupan cairan oral
	15. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm
	16. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
20.30	17. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses:

---

---

 Attapulgite 600 mg 2x1
 

---

Data primer, 2025

Pasien 2: Tn. R

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Hari/tanggal</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Paraf</b>
Diare	Kamis/ 01 Mei 2025	09.05	1. Mengobservasi TTV TD: 140/90 mmHg N: 75 x/ menit S: 37 °C RR: 18 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456	
			2. Mengidentifikasi penyebab diare	
			3. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan	
			4. Memonitor jumlah pengeluaran diare	
		09.15	5. Memberikan asupan cairan oral	
			6. Memasang jalur intravena	
			7. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm	
			8. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap	
			9. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa	
		09.30	10. Berkolaborasi pemberian obat: Parasetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses: Attapulgite 600 mg 2x1	
		12.00	11. Mengobservasi TTV TD: 140/90 mmHg N: 75 x/ menit S: 36,8 °C RR: 20 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456	
		14.00	12. Memonitor jumlah pengeluaran diare	
			13. Memberikan asupan cairan oral	

---

		14.30	14. Berkolaborasi pemberian obat pengeras feses: Attapulgate 600 mg 2x1 Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1
		20.00	15. Mengobservasi TTV TD: 140/90 mmHg N: 75 x/ menit S: 36,6 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456
			16. Memonitor jumlah pengeluaran diare
		20.15	17. Memberikan asupan cairan oral
			18. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm
			19. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
		20.30	20. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses: Attapulgate 600 mg 2x1
Diare	Jumat/ 02 Mei 2025	08.00	1. Mengobservasi TTV TD: 130/90 mmHg N: 75 x/ menit S: 36,5 °C RR: 20 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456
			2. Memonitor jumlah pengeluaran diare
		08.15	3. Memberikan asupan cairan oral
			4. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm
			5. RL 500cc 20 tpm Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
			6. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa
		08.30	7. Berkolaborasi pemberian obat:

			<p>Paracetamol 500 mg 3x1            Antasid doen 200 mg 3x1            pengeras feses:            Attapulgite 600 mg 2x1</p>
		12.00	<p>8. Mengobservasi TTV            TD: 130/90 mmHg            N: 75 x/ menit            S: 36,2 °C            RR: 20 x/ menit            SpO2: 98%            Kes: Composmentis            GCS: 456</p>
		14.00	<p>9. Memonitor jumlah            pengeluaran diare            10. Memberikan asupan cairan            oral</p>
		14.30	<p>11. Berkolaborasi pemberian            obat:            Paracetamol 500 mg 3x1            Antasid doen 200 mg 3x1</p>
		20.00	<p>12. Mengobservasi TTV            TD: 130/90 mmHg            N: 75 x/ menit            S: 36,5 °C            RR: 20 x/ menit            SpO2: 98%            Kes: Composmentis            GCS: 456</p>
		20.15	<p>13. Memonitor jumlah            pengeluaran diare            14. Memberikan asupan cairan            oral            15. Memberikan cairan intravena:            Ns 500cc 20 tpm            RL 500cc 20 tpm</p>
		20.30	<p>16. Menganjurkan makanan porsi            kecil dan sering secara            bertahap            17. Berkolaborasi pemberian            obat:            Paracetamol 500 mg 3x1            Antasid doen 200 mg 3x1            pengeras feses:            Attapulgite 600 mg 2x1</p>
Diare	Sabtu / 03 Mei 2025	08.00	<p>1. Mengobservasi TTV            TD: 140/90 mmHg            N: 75 x/ menit            S: 36,2 °C            RR: 18 x/ menit            SpO2: 98%            Kes: Composmentis            GCS: 456</p>

- 
- |       |     |   |
|-------|-----|---|
|       | 2.  | Memonitor jumlah pengeluaran diare  |
| 08.15 | 3.  | Memberikan asupan cairan oral   |
|       | 4.  | Memberikan cairan intravena:<br>Ns 500cc 20 tpm<br>RL 500cc 20 tpm  |
|       | 5.  | Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap   |
| 08.30 | 6.  | Berkolaborasi pemberian obat:<br>Paracetamol 500 mg 3x1<br>Antasid doen 200 mg 3x1<br>pengeras feses:<br>Attapulgate 600 mg 2x1       |
| 12.00 | 7.  | Mengobservasi TTV<br>TD: 140/90 mmHg<br>N: 75 x/ menit<br>S: 36,5 °C<br>RR: 20 x/ menit<br>SpO2: 98%<br>Kes: Composmentis<br>GCS: 456 |
| 14.00 | 8.  | Memonitor jumlah pengeluaran diare  |
|       | 9.  | Memberikan asupan cairan oral   |
|       | 10. | Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap   |
| 14.30 | 11. | Berkolaborasi pemberian obat:<br>Paracetamol 500 mg 3x1<br>Antasid doen 200 mg 3x1  |
| 20.00 | 12. | Mengobservasi TTV<br>TD: 140/90 mmHg<br>N: 75 x/ menit<br>S: 36,5 °C<br>RR: 20 x/ menit<br>SpO2: 98%<br>Kes: Composmentis<br>GCS: 456 |
|       | 13. | Memonitor jumlah pengeluaran diare  |
| 20.15 | 14. | Memberikan asupan cairan oral   |
|       | 15. | Memberikan cairan intravena:<br>Ns 500cc 20 tpm<br>RL 500cc 20 tpm  |
|       | 16. | Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap   |
-

- 
17. Berkolaborasi pemberian obat:  
 20.30 Paracetamol 500 mg 3x1  
 Antasid doen 200 mg 3x1  
 pengeras feeses:  
 Attapulgite 600 mg 2x1
- 

Data primer, 2025

#### 4.1.6 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 dan 2

Tabel 4. 9 Evaluasi Keperawatan pasien diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang

Pasien 1: Tn. N

Diagnosa Keperawatan	Hari/ tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
Diare	Hari 1 Rabu/30 April 2025	21.30	<p>S : Pasien mengatakan masih diare, mules, lemas, sedikit mual, sudah BAB 6x dengan konsistensi cair.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah.</li> <li>2. Pasien tampak mules, dan diare terus menerus.</li> <li>3. Pasien lelah dan sedikit pucat.</li> <li>4. Keadaan umum :            TD : 120/80 mmHg            N: 80 x/ menit            S : 36,6 °C            RR : 22 x/ menit            SpO2 : 98%            Kes : Composmentis            GCS : 456</li> </ol> <p>A : Diare            P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi TTV</li> <li>2. Memonitor jumlah pengeluaran diare</li> <li>3. Memberikan asupan cairan oral</li> <li>4. Memberikan cairan intravena</li> <li>5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>6. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa</li> </ol>	

---

7. Berkolaborasi pemberian obat penguas feses			
Diare	Hari 2 Kamis/ 01 Mei 2025	21.30	<p>S : Pasien mengatakan masih diare, mules, lemas, sedikit mual, sudah BAB 3x dengan konsistensi cair.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak mules, dan diare terus menerus.</li> <li>2. Keadaan umum : TD : 110/80 mmHg N: 80 x/ menit S : 36,2 °C RR : 24 x/ menit SpO2 : 98% Kes : Composmentis GCS : 456</li> </ol> <p>A : Diare</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan Mengobservasi TTV</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji dehidrasi</li> <li>2. Memonitor jumlah pengeluaran diare</li> <li>3. Memberikan asupan cairan oral</li> <li>4. Memberikan cairan intravena</li> <li>5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>6. Berkolaborasi pemberian obat penguas feses</li> </ol>
Diare	Hari 3 Jumat/ 02 Mei 2025	21.30	<p>S : Pasien mengatakan masih diare, mules, lemas, sedikit mual, sudah BAB 1x dengan konsistensi lunak.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum : TD : 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S : 36,5 °C RR : 22 x/ menit SpO2 : 98% Kes : Composmentis GCS : 456</li> </ol> <p>A : Diare</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>

Pasien 2: Tn. R

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Hari/tanggal</b>	<b>Jam</b>	<b>Evaluasi</b>	<b>Paraf</b>
Diare	Hari 1 Kamis/ 01 Mei 2025	21.30	<p>S : Pasien mengatakan masih diare, mules, lemas, sedikit mual, sudah BAB 5x dengan konsistensi cair.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah.</li> <li>2. Pasien tampak mules, dan diare terus menerus.</li> <li>3. Pasien lelah dan sedikit pucat.</li> <li>4. Keadaan umum : TD : 140/90 mmHg N: 75 x/ menit S : 37 °C RR : 18 x/ menit SpO2 : 98% Kes : Composmentis GCS : 456</li> </ol> <p>A : Diare</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi TTV</li> <li>2. Memonitor jumlah pengeluaran diare</li> <li>3. Memberikan asupan cairan oral</li> <li>4. Memberikan cairan intravena</li> <li>5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>6. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa</li> <li>7. Berkolaborasi pemberian obat penguas feses</li> </ol>	
Diare	Hari 2 Jumat/ 02 Mei 2025	21.30	<p>S : Pasien mengatakan masih diare, mules, lemas, sedikit mual, sudah BAB 3x dengan konsistensi cair.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Pasien tampak mules, dan diare terus menerus.</li> <li>9. Keadaan umum : TD : 130/90 mmHg N: 75 x/ menit S : 36,5 °C RR : 20 x/ menit SpO2 : 98% Kes : Composmentis</li> </ol>	

---

			GCS : 456
			A : Diare
			P : Intervensi di lanjutkan
			1. Mengobservasi TTV
			2. Memonitor jumlah pengeluaran diare
			3. Memberikan asupan cairan oral
			4. Memberikan cairan intravena
			5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
			6. Berkolaborasi pemberian obat pengeras feses

---

Diare	Hari 3 Sabtu/ 03 Mei 2025	21.30	S : Pasien mengatakan masih diare, mules, lemas, sedikit mual, sudah BAB 1x dengan konsistensi lunak. O : 1. Keadaan umum : TD : 140/90 mmHg N: 75 x/ menit S : 36,2 °C RR : 18 x/ menit SpO2 : 98% Kes : Composmentis GCS : 456 A : Diare P : Intervensi dihentikan.
-------	------------------------------------	-------	--

---

Data primer, 2025

#### 4.2 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini, peneliti membahas tentang kesesuaian antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada pasien 1 yang dirawat pada tanggal 30 Mei 2025 dan pasien 2 yang dirawat pada tanggal 01 Mei 2025 yang telah dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang melalui observasi, studi rekam medis, studi wawancara. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **4.2.1 Pengkajian**

Pada pengkajian kasus pasien diare dengan masalah keperawatan diare didapatkan adanya keluhan utama pasien 1: Pasien mengatakan BAB dengan konsistensi cair sebanyak 5 kali hari ini sedangkan pasien 2: Pasien mengatakan BAB dengan konsistensi cair sebanyak 6 kali hari ini.

Diare merupakan kondisi yang ditandai dengan perubahan konsistensi tinja menjadi lebih lunak hingga cair, serta peningkatan frekuensi buang air besar menjadi tiga kali atau lebih dalam sehari, yang terkadang disertai gejala mual dan muntah (Qonitun, 2020).

Berdasarkan data dan teori tersebut menurut peneliti pasien 1 yang mengalami BAB dengan konsistensi cair sebanyak 5x/24 jam dan pasien 2 yang mengalami BAB dengan konsistensi cair sebanyak 6x/24 jam merupakan gejala umum pada seorang yang menderita diare.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada pasien 1 dan 2 peneliti menegakkan diagnosis diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal. Pada saat pengkajian didapatkan data subjektif dan objektif Pasien 1: Pasien mengatakan selama hari mengalami diare, sehari BAB sebanyak 4-7 kali disertai mual, consistensi feses cair, tidak ada lender, lemas, nafsu makan menurun, pasien tampak lemah, pucat, dan tampak memegangi perut, kesadaran composmentis, turgor kulit <2 detik, GCS: 456, TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,6°C, RR: 22 x/ menit.

Sedangkan Pasien 2: Pasien mengatakan selama 2 hari mengalami diare, dalam sehari BAB sebanyak 6-8 kali disertai perut mules, lemas,

mual, nafsu makan menurun, dan BAB dengan konsistensi cair tidak berlendir, pasien tampak lemah, pucat, dan tampak memegangi perut, kesadaran composmentis, turgor kulit <2 detik, GCS : 456, TD : 140/90 mmHg, N : 75 x/ menit, S : 37°C, RR : 18 x/ menit.

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Perumusan diagnosa diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal merupakan pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk (Nurhaedah et al., 2022).

Menurut peneliti penegakan diagnosis diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal pada pasien 1 dan 2 sudah sesuai dengan prinsip keperawatan, karena didukung oleh data subjektif dan objektif yang kuat. Kedua pasien menunjukkan gejala khas diare, seperti frekuensi buang air besar yang meningkat (lebih dari 3 kali per hari), konsistensi tinja yang cair, serta adanya keluhan mual, lemas, dan nafsu makan menurun. Gejala tambahan seperti tampilan lemah, pucat, dan memegangi perut memperkuat adanya ketidaknyamanan dan kemungkinan inflamasi pada saluran pencernaan.

Secara objektif, tanda-tanda vital kedua pasien masih dalam batas normal, dan status hidrasi cukup baik dengan turgor kulit <2 detik, meskipun ada gejala lemas yang perlu dipantau lebih lanjut. Kesadaran yang compos mentis dan GCS 456 menunjukkan bahwa fungsi neurologis tetap stabil. Dengan mempertimbangkan kriteria diagnosis keperawatan

yaitu penilaian klinis terhadap respons klien terhadap kondisi kesehatannya maka rumusan diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal dapat diterima dan tepat secara klinis. Ini mencerminkan bahwa pasien mengalami peningkatan pengeluaran feses yang lunak hingga cair, sebagai manifestasi dari proses inflamasi dalam saluran cerna.

#### **4.2.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan pada pasien 1 dan 2 yang memiliki masalah keperawatan Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, dimana permasalahan diare belum teratasi maka dilakukan intervensi keperawatan. Intervensi dilakukan untuk pasien 1 dan 2 menurut SIKI PPNI, 2018 yaitu dengan dilakukan asuhan keperawatan pada pasien diare menggunakan SLKI: Eliminasi Fekal (L.04033) dan SIKI: Manajemen Diare (1.03101).

Menurut Tim Pokja SIKI DPP (2018), setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan diare dapat teratasi melalui rencana tindakan asuhan keperawatan meliputi, observasi: mengidentifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu), mengidentifikasi riwayat pemberian makanan, memonitor jumlah pengeluaran diare, terapeutik: memberikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte), memasang jalur intravena, memberikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat) *jika perlu*, mengambil sample feses untuk kultur, *jika perlu*, edukasi: menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa, kolaborasi:

berkolaborasi pemberian obat penguas feses (mis. attapulgit, smektit, kaolin-pektin).

Menurut peneliti ntervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien 1 dan 2 dengan masalah keperawatan diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal sudah sesuai dengan standar praktik keperawatan berbasis SIKI dan SLKI (PPNI, 2018). Pemilihan intervensi dengan fokus pada SLKI: Eliminasi Fekal (L.04033) dan SIKI: Manajemen Diare (I.03101) menunjukkan bahwa perawat telah menerapkan pendekatan yang sistematis dan evidence-based dalam memberikan asuhan keperawatan.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dimulai pada tanggal 30 April 2025 s/d 02 Mei 2025 sedangkan pada pasien 2 dimulai pada tanggal 01 Mei 2025 s/d 03 Mei 2025. Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 dengan diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal. Adapun implementasi ynag telah dilakukan yaitu mengidentifikasi penyebab diare, mengidentifikasi riwayat pemberian makanan, memonitor jumlah pengeluaran diare, memberikan asupan cairan oral, memasang jalur intravena, memberikan cairan intravena, menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa, berkolaborasi pemberian obat penguas feses.

Implementasi, dalam konteks SIKI PPNI 2018, merujuk pada tahap pelaksanaan rencana tindakan yang telah disusun dalam proses keperawatan.

Implementasi adalah kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan melalui intervensi yang sesuai dengan standar SIKI.

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien 1 dan 2 dengan diagnosis diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal sudah sesuai dengan standar praktik keperawatan, khususnya merujuk pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Langkah-langkah yang diterapkan menunjukkan pendekatan yang menyeluruh dan terencana dengan baik seperti identifikasi penyebab diare dan riwayat pemberian makanan, yang merupakan dasar penting dalam menentukan arah perawatan. Selain itu, tindakan seperti pemantauan frekuensi diare, pemberian cairan rehidrasi oral maupun intravena, serta edukasi pola makan mencerminkan perhatian terhadap keseimbangan cairan dan elektrolit pasien yang sangat krusial dalam kasus diare.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal yang dilakukan selama 3 hari menunjukkan bahwa pada pada pasien 1 membaik ditandai dengan BAB yang sebelumnya cair yang berkurang, mulas berkurang, konsistensi tinja lunak, kesadaran composmentis, TD: 120/90mmhg N: 80x menit S: 36,5C SpO<sub>2</sub>: 98 RR: 22xmenit, Sedangkan pasien 2 teratasi ditandai dengan BAB yang sebelumnya cair menjadi lunak juga berkurang, mulas hilang, konsistensi tinja lunak frekuensi yang sebelumnya sering berkurang, kesadaran composmentis, TD: 140/90mmhg N: 75xmenit S: 36,2C SpO<sub>2</sub>: 98 RR: 18xmenit.

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan atau outcome telah tercapai setelah intervensi dilakukan. Evaluasi keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan rencana yang diharapkan yaitu diare, evaluasi pada pasien diare adalah sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu, konsistensi feses, frekuensi BAB, peristaltik usus membaik. (Yona dan Iriani, 2022).

Menurut peneliti hasil evaluasi diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal yang dilakukan selama 3 hari menunjukkan perkembangan kondisi klinis pasien yang positif. Pada pasien 1, terdapat perbaikan yang ditandai dengan penurunan frekuensi buang air besar, perubahan konsistensi feses dari cair menjadi lunak, berkurangnya keluhan mulas, serta tanda-tanda vital yang stabil dan kesadaran tetap composmentis. Demikian pula, pada pasien 2, diare juga menunjukkan tanda-tanda membaik dengan konsistensi feses yang lunak, frekuensi buang air besar yang menurun, serta hilangnya keluhan mulas. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa evaluasi keperawatan telah berjalan sesuai rencana, dan implementasi intervensi berdasarkan SIKI terbukti efektif dalam membantu pasien mencapai perbaikan kondisi. Revaluasi yang dilakukan secara berkala merupakan bagian penting dalam proses keperawatan untuk memastikan bahwa tujuan jangka pendek dan jangka panjang tercapai sesuai target.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

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

Pada pengkajian kasus pasien diare dengan masalah keperawatan diare didapatkan adanya keluhan utama pasien 1: Pasien mengatakan BAB dengan konsistensi cair sebanyak 5 kali hari ini sedangkan pasien 2: Pasien mengatakan BAB dengan konsistensi cair sebanyak 6 kali hari ini.

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

Diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 yang dapat ditegakkan adalah diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal.

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

Intervensi keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam pada pasien dengan masalah keperawatan diare dapat teratasi dengan mengidentifikasi penyebab diare, mengidentifikasi riwayat pemberian makanan, memonitor jumlah pengeluaran diare, memberikan asupan cairan oral, memasang jalur intravena, memberikan cairan intravena, menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa, berkolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis. attapulgit, smektit, kaolin-pektin).

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

Implementasi pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dengan

kebutuhan pasien dengan diare. Dalam implementasi pada pasien 1 dan pasien 2 dilakukan semua rencana tindakan yang telah dibuat. Adapun implementasinya yang telah dilakukan mengidentifikasi penyebab diare, mengidentifikasi riwayat pemberian makanan, memonitor jumlah pengeluaran diare, memberikan asupan cairan oral, memasang jalur intravena, memberikan cairan intravena, jika perlu, menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa, kolaborasi pemberian obat penguat feses.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Pada pasien 1 dan pasien 2 didapatkan diagnosa yang telah teratasi. Hasil evaluasi diagnosa keperawatan Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal yang dilakukan selama 3 hari menunjukkan bahwa pada pada pasien 1 membaik ditandai dengan BAB yang sebelumnya cair yang berkurang, mulas berkurang, konsistensi tinja lunak, kesadaran composmentis, TD: 120/90mmhg N: 80x menit S: 36,5C SpO<sub>2</sub>: 98 RR: 22xmenit, Sedangkan pasien 2 teratasi ditandai dengan BAB yang sebelumnya cair menjadi lunak juga berkurang, mulas hilang, konsistensi tinja lunak frekuensi yang sebelumnya sering berkurang, kesadaran composmentis, TD: 140/90mmhg N: 75xmenit S: 36,2C SpO<sub>2</sub>: 98 RR: 18xmenit.

## 5.2 Saran

### 1. Bagi Pasien Diare

Bagi pasien diare dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang bagaimana menangani masalah diare dengan tindakan yang benar sehingga masalah diare pun teratasi seperti menjaga kebersihan, makan makanan yang bersih dan banyak minum air putih untuk mencegah dehidrasi.

### 2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan perawat mampu melakukan kerjasama yang baik dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara teliti, profesional dan komprehensif.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan sebagai bahan acuan atau referensi dalam memberikan pendidikan kepada mahasiswa mengenai asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien diare, yang dapat di manfaatkan baik institusi pada umumnya dan pada mahasiswa khususnya dalam praktik dapat menerapkan dan mengembangkan karya tulis ilmiah lebih lanjut. Karya tulis ilmiah ini juga dapat menjadi acuan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pasien diare.

### 4. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan agar dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa diare secara

komprehensif dan mengikuti perkembangan literature-literatur keperawatan yang terbaru.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adha, N., Izza, F. N., Riyantiasis, E., Pasaribu, A. Z., & Amalia, R. (2021). Pengaruh Kebiasaan Mencuci Tangan Terhadap Kasus Diare Pada Siswa Sekolah Dasar: a Systematic Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2(2), 112–119. <https://doi.org/10.31004/jkt.v2i2.1842>
- Ahyanti, M., & Rosita, Y. (2022). Determinan Diare Berdasarkan Pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.14710/jkli.21.1.1-8>
- Apriani, D. G. Y., Putri, D. M. F. S., & Widiyanti, N. S. (2022). Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Diare Pada Balita Di Kelurahan Baler Bale Agung Kabupaten Jembrana Tahun 2021. *Journal of Health and Medical Science*, 1(3), 15–26. <https://pusdikra-publishing.com/index.php/jkes/home>
- Cahyani, A. N., Utami, A., & YovinnaTobing, V. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Dengan Kejadian Diare Pada Anak Usia Sekolah. *Jurnal Keperawatan Hang Tuah (Hang Tuah Nursing Journal)*, 02(03), 82–97. <http://www.doi.org/10.25311/jkh.Vol2.Iss3.870>
- Citraningtyas, G., Ruru, R. I., & Nalang, A. (2019). Analisis Efektifitas Biaya Penggunaan Antibiotik Sefiksim dan Sefotaksim Pasien Diare di Rumah Sakit X Tahun 2017. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi*, 8(4), 1–8.
- Ibrahim, I., & Sartika, R. A. D. (2021). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diare pada Siswa Sekolah Dasar di Kabupaten Lebak, Provinsi Banten, Indonesia. *Indonesian Journal of Public Health Nutrition*, 2(1), 34–43. <https://doi.org/10.7454/ijphn.v2i1.5338>
- Iryanto, A. A., Joko, T., & Raharjo, M. (2021). Literature Review : Faktor Risiko Kejadian Diare Pada Balita Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.47718/jkl.v11i1.1337>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Cetakan II. Jakarta Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI,
- Jap, A. L. S., & Widodo, A. D. (2021). Diare Akut yang Disebabkan oleh Infeksi. *Jurnal Kedokteran Meditek*, 27(3), 282–288. <https://doi.org/10.36452/jkdoktmeditek.v27i3.2068>
- Khairunnisa, D. F., Zahra, I. A., Ramadhania, B., & Amalia, R. (2020). Faktor Risiko Diare Pada Bayi Dan Balita Di Indonesia: a Systematic Review. *Jurnal Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat*, 11(1), 172–189. <https://journal.stikesyarsimataram.ac.id/index.php/jik/article/view/264/128>
- Mandalika, A. (2022). Pendidikan Kesehatan Keluarga Tentang Diare Pada Balita. 1(2), 67–72.
- Maywati, S., Gustaman, R. A., & Riyanti, R. (2023). Sanitasi Lingkungan Sebagai

- Determinan Kejadian Penyakit Diare pada Balita di Puskesmas Bantar Kota Tasikmalaya. *Gorontalo Journal Health and Science Community*, 7(2), 219–229. <https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/gojhes/index>
- Nurhaedah, N., Pannyiwi, R., & Suprpto, S. (2022). Peran Serta Masyarakat dengan Angka Kejadian Diare. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11, 403–409. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i2.799>
- Oktavianisya, N., Yasin, Z., & Aliftitah, S. (2023). Kejadian Diare pada Balita dan Faktor Risikonya. *Jurnal Ilmiah STIKES Yarsi Mataram*, 13(2), 66–75. <https://doi.org/10.57267/jisym.v13i2.264>
- Pipit Muliayah, Dyah Aminatun, Sukma Septian Nasution, Tommy Hastomo, Setiana Sri Wahyuni Sitepu, T. (2020). Analisis Aspek Lingkungan dan Perilaku Terhadap Kejadian Diare Di Tanah Sareal. *Journal GEEJ*, 7(2), 1661–1668.
- Qonitun, U. (2020). Jurnal kesehatan masyarakat khatulistiwa. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 100–105.
- Sugiarto et al, 2019. (2022). Faktor Risiko Kejadian Diare pada Balita di UPTD Puskesmas Sukaraya Kabupaten OKU Tahun 2021. *Indonesian Journal of Health and Medical*, 2(1), 10–21.
- Tuang, A. (2021). Analisis Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diare pada Anak. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 534–542. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.643>
- Yantu, S. S., Warouw, F., & Umboh, J. M. L. (2021). Hubungan antara Sarana Air Bersih dan Jamban Keluarga dengan Kejadian Diare pada Balita di Desa Waleure. *Jurnal KESMAS*, 10(6), 24–30.

**Lampiran 1** Surat Pernyataan Kesediaan Unggahan Karya Tulis Ilmiah**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAHAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rofiatul Maisaroh

Nim : 221210017

Jenjang : Diploma

Program Studi : D3 Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (Non Eksklusive Royalty Free Right) atas "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang".

Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang berhak menyimpan alih KT/Skripsi/media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat Skripsi, dan mempublikasikan Tugas Akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan pemilik Hak Cipta.

Jombang, 28 Juni 2025

Yang Menyatakan

Peneliti



(Rofiatul Maisaroh)

221210017

## Lampiran 2 Lembar Informed Consent

### LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Kepada  
Yth. Bapak/Ibu  
Di tempat

Dengan hormat,

Saya Rofiatul Maisaroh mahasiswa Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Program Studi DIII Keperawatan, Tingkat III semester VI yang sedang melakukan penelitian dengan judul: **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIARE DI PUSKESMAS MAYANGAN JOGOROTO JOMBANG”**. Sehubungan dengan hal tersebut, saya mohon kesedian anda menjadi responden dalam penelitian ini yang bersifat sukarela. Saya akan menjamin kerahasiaan jawaban yang akan diberikan, dan hasilnya akan dipergunakan untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Demikian surat permohonan ini, atas ketersediaan dan bantuannya saya ucapkan terima kasih.

Jombang, 30 April 2025



Rofiatul Maisaroh  
NIM. 221210017

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Kepada

Yth. Bapak/Ibu

Di tempat

Dengan hormat,

Saya Rofiatul Maisaroh mahasiswa Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Program Studi DIII Keperawatan, Tingkat III semester VI yang sedang melakukan penelitian dengan judul: **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIARE DI PUSKESMAS MAYANGAN JOGOROTO JOMBANG”**. Sehubungan dengan hal tersebut, saya mohon kesedian anda menjadi responden dalam penelitian ini yang bersifat sukarela. Saya akan menjamin kerahasiaan jawaban yang akan diberikan, dan hasilnya akan dipergunakan untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Demikian surat permohonan ini, atas ketersediaan dan bantuannya saya ucapkan terima kasih.

Jombang, 01 Mei 2025



Rofiatul Maisaroh  
NIM. 221210017

### Lampiran 3 Surat Permohonan Persetujuan Responden

#### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (Inisial): **Tn. N**

Usia : **25 tahun**

Alamat : **Sidokerto**

Bahwa saya meminta bapak/ibu/saudara/i untuk menjadi responden dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah yang akan saya susun.

Sebelumnya saya akan menjelaskan tentang tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dan saya akan merahasiakan identitas dan informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang ditujukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien maka peneliti akan menghentikan pada saat itu juga dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan yang saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan dapat bertanya langsung pada peneliti yang bersangkutan.

Jombang, 30 April 2025

Peneliti



(Rofiatul Maisaroh)

Responden

  
(.....)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (Inisial) : *Tn. R*

Usia : *36 tahun*

Alamat : *Mayangan*

Bahwa saya meminta bapak/ibu/saudara/i untuk menjadi responden dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah yang akan saya susun.

Sebelumnya saya akan menjelaskan tentang tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dan saya akan merahasiakan identitas dan informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang ditujukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien maka peneliti akan menghentikan pada saat itu juga dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan yang saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan dapat bertanya langsung pada peneliti yang bersangkutan.

Jombang, 01 Mei 2025

Peneliti



(Rofiatul Maisaroh)

Responden



(.....)

### Lampiran 4 Lembar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah I

#### LEMBAR BIMBINGAN KTI PRODI DIII KEPERAWATAN

Nama : Rofiatul Maisarah  
 NIM : 221210017  
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien diare di Puskesmas Mayangan Jegeroto Jombang

Pembimbing I : Dr. Imam fatoni, SKM., MM

#### Kegiatan Bimbingan

No.	Tanggal	Materi	Tanda Tangan
1.	Jumat, 7/03/25	Pengajuan judul (ACC) + lanjut BAB 1	
2.	Selasa, 11/03/25	Konsul BAB 1 + Revisi BAB 1	
3.	Jumat, 14/03/25	ACC BAB 2 + lanjut BAB 2	
4.	Senin, 17/03/25	Revisi BAB 2 + lanjut BAB 3	
5.	Jumat, 21/03/25	ACC BAB dan BAB 3	
6.	Senin, 24/03/25	Konsul bab 3 + revisi bab 3	
7.	Selasa, 25/03/25	ACC BAB 3	
8.	Rabu, 26/03/25	Bimbingan proposal.	

**LEMBAR BIMBINGAN KTI  
PRODI DIII KEPERAWATAN**

Nama : Rafiatul Mairanah  
 NIM : 221210017  
 Judul KTI : Aruhan keperawatan pada pasien Diare di  
 puskesmas Mayangan Jember.  
 Pembimbing I : Dr. Imam Fatoni, SKM., MM

**Kegiatan Bimbingan**

No.	Tanggal	Materi	Tanda Tangan
1.	Selasa, 23/01/25	Konsul Bab 4	
2.	Senin, 5/02/25	Revisi Bab 4	
3.	Kamis, 8/02/25	Acc Bab 4 + konsul Bab 5	
4.	Kamis, 15/02/25	Revisi Bab 5 + konsul Abstrak	
5.	Senin, 19/02/25	Revisi Bab 5 + konsul Abstrak + Melengkapi lampiran	
6.	Rabu, 27/02/25	Acc Bab 5 + Acc Abstrak + Kelengkapan lampiran	
7.	Senin, 26/02/25	Acc KTI	
8.	Senin, 26/02/25	Acc Ujian Hasil.	

## Lampiran 5 Lembar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah II

### LEMBAR BIMBINGAN KTI PRODI DIII KEPERAWATAN

Nama : Rofiatul Malsarah  
 NIM : 221210019  
 Judul KTI : *Aruhan Keperawatan pada pasien Diare di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang*  
 Pembimbing II : Afit Hidayatul A, S. Keperawatan, M. Keperawatan

#### Kegiatan Bimbingan

No.	Tanggal	Materi	Tanda Tangan
1.	Jumat, 07/03 23	Pengajuan judul (ACC) + Lanjut BAB 1	
2.	Rabu, 12/03 25	Konsul BAB 1 + Revisi BAB 1	
3.	Jumat, 14/03 25	ACC BAB 1 + Lanjut BAB 2	
4.	Selasa, 18/03 25	Revisi BAB 2 + Lanjut BAB 3	
5.	Kamis, 20/03 25	Konsul Bab 3 + Revisi BAB 3	
6.	Jumat, 21/03 25	Revisi BAB 3	
7.	Senin, 24/03 25	ACC BAB 3	
8.	Selasa, 25/03 25	Bimbingan proposal	
9.	Rabu, 26/03 25	Bimbingan proposal	

**LEMBAR BIMBINGAN KTI  
PRODI DIII KEPERAWATAN**

Nama : Roplatul Maisaroh  
 NIM : 21210017  
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada pasien Diare di  
 Puskesmas Mayangan Jember

Pembimbing II : Afif Hidayatul Arham., S.Kep., Ns., M.Kep.

**Kegiatan Bimbingan**

No.	Tanggal	Materi	Tanda Tangan
1.	Selasa, 29/04/25	Konsul Bab 1	
2.	Selasa, 09/05/25	Revisi Bab 4	
3.	Kamis, 08/05/25	Acc BAB 4 + Konsul BAB 5	
4.	Rabu, 14/05/25	Revisi Bab 5 + Konsul Abstrak	
5.	Kamis, 15/05/25	Revisi BAB 5 + Revisi Abstrak + melengkapi lampiran	
6.	Senin, 19/05/25	Revisi Bab 5 + Revisi Abstrak + melengkapi lampiran	
7.	Rabu, 25/05/25	Acc bab 5 + Acc Abstrak + Kelengkapan lampiran	
8.	Senin, 26/05/25	Acc KTI	
9.	Senin, 26/05/25	Kuasa Hasil	

## Lampiran 6 Surat Izin Studi Pendahuluan dan Izin Penelitian



### ITSKes Insan Cendekia Medika FAKULTAS VOKASI Program Studi Diploma III Keperawatan Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

No. : 008/DIII-Kep/ITSK.ICME/III/2025  
Lamp. : -  
Perihal : Studi Pendahuluan Dan Ijin Penelitian

Kepada :

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang  
di  
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan Studi di Program Studi **Diploma III Keperawatan** ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan Ijin Penelitian kepada Mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : Rofiatul Maisaroh  
NIM : 221210017  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare Di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang.

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagaimana tersebut di atas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Jombang, 14 April 2025  
Ketua Program Studi,

Ucik Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0716048102

Tembusan:

1. Kepala Puskesmas Mayangan Jogoroto

Kampus A Jl. Kemuning No 57 A Candimulyo - Jombang  
Kampus B Jl. Halmahera 33 Kaliwungu - Jombang  
Website: [www.itskes.icme-jbg.ac.id](http://www.itskes.icme-jbg.ac.id)  
Tlp. 0321 8194886 Fax . 0321 8194335

## Lampiran 7 Surat Rekomendasi Studi Pendahuluan dan Izin Penelitian Dinkes



### PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG DINAS KESEHATAN

Jl. Dr. Soetomo, No.75 Jombang, Kode Pos 61419  
Telp. (0321) 866197, e-mail: [dinkes@jombangkab.go.id](mailto:dinkes@jombangkab.go.id)

**JOMBANG**

Jombang, 22 April 2025

Nomor	: 400.14.5.4/1596/415.17/2025	Kepada :
Sifat	: Biasa	Yth. Dekan Fakultas Kesehatan ITS
Lampiran	: -	Kesehatan ICMe Jombang
Hal	: Rekomendasi Studi Pendahuluan dan Izin Penelitian	di - JOMBANG

Menindak lanjuti surat Saudara nomor : 008/D-III-KEP/ITSK.ICME/III//2025, Tanggal 14 April 2025, Hal : Studi Pendahuluan dan Izin Penelitian, pada prinsipnya kami *tidak keberatan* Mahasiswi Saudara dibawah ini :

Nama : Rofiatul Maisaroh  
NIM : 221210017  
Prodi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan keperawatan pada pasien diare di Puskesmas Mayangan, Kecamatan Jogoroto, Kabupaten Jombang.

Melaksanakan Studi Pendahuluan dan Izin Penelitian di Puskesmas Mayangan, Kecamatan Jogoroto, Kabupaten Jombang.

Demikian atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.

Kepala Dinas Kesehatan  
Ditandatangani secara elektronik



**dr. HEXAWAN TJAHA WIDADA, MKP**  
NIP. 197106082002121006

Tembusan :  
Yth. Kepala Puskesmas Mayangan  
Kec. Jogoroto, Kab. Jombang.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

## Lampiran 8 Surat Keterangan Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS MAYANGAN JOGOROTO**  
 Jl. Raya Mayangan Nomor 243 Kec. Jogoroto Kabupaten Jombang  
 Kode Pos : 61485 Telp. (0321) 2900016  
 Pos-el: pkmmayanganjogoroto@gmail.com

**SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN**  
 NOMOR: 400.7/94/415.17.29/2025

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Rofiatul Maisaroh  
 N I M : 221210017  
 Program Studi : D-III Keperawatan  
 Perguruan tinggi : ITSKes ICME Jombang

Telah selesai melakukan penelitian sebagai tugas akhir Akademik di Wilayah kerja Puskesmas Mayangan Kecamatan Jogoroto Kabupaten Jombang pada tanggal 30 April 2025 - 15 Mei 2025 dengan judul " Asuhan Keperawatan pada Pasien Diare di Puskesmas Mayangan, Kecamatan Jogoroto, Kabupaten Jombang".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 15 Mei 2025

Plt. Kepala Puskesmas Mayangan Jogoroto



gani secara elektronik

**dr. SURYARINI CHOERUNISYA**  
 NIP. 198011272014122001



*Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara*

## Lampiran 9 Surat Keterangan Lolos Uji Etik



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**

**Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang**  
**Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**  
**DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

**“ETHICAL APPROVAL”**  
No. 334/KEPK/ITSKES-ICME/IV/2025

Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang with regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare Di Puskesmas Mayangan  
Jogoroto Jombang**

Peneliti Utama : Rofiatul Maisaroh  
*Principal Investigator*

Nama Institusi : ITS KES Insan Cendekia Medika Jombang  
*Name of the Institution*

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Puskesmas Mayangan, Jogoroto  
*Setting of Research*

**Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.**  
**And approved the above - mentioned protocol.**



Jombang, 29 April 2025  
Ketua,



Dhita Yuniar Kristianingrum S.ST.,Bd.,M.Kes  
NIK. 05.10.371

**Lampiran 10 Surat Pernyataan Pengecekan Judul**

**PERPUSTAKAAN  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candimulyo Jombang Telp. 0321-865446

**SURAT PERNYATAAN**  
**Pengecekan Judul**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Rofiatul Maisaroh  
NIM : 221210017  
Prodi : D III Keperawatan  
Tempat/Tanggal Lahir: Probolinggo, 25 Mei 2004  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Teuku Umar RT.001/RW.003, Desa Semampir, Kecamatan  
Kraksaan, Kabupaten Probolinggo  
No.Tlp/HP : 081331041883  
*email* : rofiatulmaisaroh32@gmail.com  
Judul Penelitian : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diare Di Puskesmas  
Mayangan Jogoroto Jombang**

Menyatakan bahwa judul LTA/Skripsi diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut layak untuk di ajukan sebagai judul Skripsi/LTA. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul LTA/Skripsi.

Jombang, 20 Maret 2025  
Mengetahui,  
Kepala Perpustakaan

  
**Dwi Nuriana, M.IP**  
NIK.01.08.112

## Lampiran 11 Surat Keterangan Bebas Plagiasi



**ITSKes** Insan Cendekia Medika  
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/EJO/2022

**SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIASI**

Nomor : 017/AK/072039/VII/2025

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr. Lusianah Meinawati, SST., S.Psi., M.Kes  
NIDN : 0718058503  
Jabatan : Wakil Rektor I  
Institusi : Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia  
Medika Jombang

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : Rofiatul Maisaroh  
NPM : 221210017  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Fakultas : Vokasi  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Diare di Puskesmas  
Mayangan Jogoroto Jombang

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI** dengan persentase kemiripan sebesar 5%.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 28 Juli 2025  
Wakil Rektor I  
  
Dr. Lusianah Meinawati, SST., M.Kes  
NIDN: 0718058503

## Lampiran 12 Surat Digital Receipt



### Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: ITSkes ICMe Jombang  
Assignment title: 1. 논문 및 과제 검사 - 유사도 검사 시 DB 미 저장 (Originality Check -...  
Submission title: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIARE DI PUSKESMAS ...  
File name: rofiatul\_maisaroh.docx  
File size: 793.48K  
Page count: 65  
Word count: 11,458  
Character count: 79,685  
Submission date: 28-Jul-2025 11:10AM (UTC+0900)  
Submission ID: 2721167002

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIARE  
DI PUSKESMAS MAYANGAN JOGOROTO JOMBANG



ROFIATUL MAISAROH  
212110117

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
FAKULTAS VOKASIM  
INSTITUT TEKNOLOGI SEPULUH NOPEMBER  
JANAK CENDAKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2025

Copyright 2025 Turnitin. All rights reserved.

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIARE DI PUSKESMAS MAYANGAN JOGOROTO JOMBANG

### ORIGINALITY REPORT

<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

### PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b>Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan</b> Student Paper	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>repository.uin-suska.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang</b> Student Paper	<b>&lt;1%</b>
<b>4</b>	<b>repository.poltekkes-kdi.ac.id</b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>repository.poltekkesbengkulu.ac.id</b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>repository.stikes-bhm.ac.id</b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>Ernawati Anggraeni, Ririn Handayani, Melati Puspita Sari, Yuni Handayani. "HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN KADAR SERUM IRON PADA REMAJA PUTRI DI SMK BHAITUL HIKMAH", Quality : Jurnal Kesehatan, 2025</b> Publication	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>bajangjournal.com</b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<b>samoke2012.wordpress.com</b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>

---

10	<a href="http://repo.undiksha.ac.id">repo.undiksha.ac.id</a> Internet Source	<1 %
11	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Internet Source	<1 %
12	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	<1 %
13	Submitted to Universitas Jambi Student Paper	<1 %
14	<a href="http://repository.unej.ac.id">repository.unej.ac.id</a> Internet Source	<1 %
15	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	<1 %
16	<a href="http://journal2.stikeskendal.ac.id">journal2.stikeskendal.ac.id</a> Internet Source	<1 %
17	<a href="http://repository.itskesicme.ac.id">repository.itskesicme.ac.id</a> Internet Source	<1 %
18	<a href="http://repo.poltekkesbandung.ac.id">repo.poltekkesbandung.ac.id</a> Internet Source	<1 %
19	Submitted to IAIN Pontianak Student Paper	<1 %
20	<a href="http://journal.universitaspahlawan.ac.id">journal.universitaspahlawan.ac.id</a> Internet Source	<1 %
21	Adelya Natasya Nasution, Syukron Arjuna. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Gaya Hidup Mahasiswa Di Era Society", Jurnal Minfo Polgan, 2025 Publication	<1 %

---

22	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1%
23	Nofi Susanti, Ikhwan Ikhwan. "Sebuah Hubungan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Rumah Tangga dengan Kejadian Diare di Desa Gunting Saga", Jurnal Kesehatan Manarang, 2023 Publication	<1%
24	Submitted to Universitas Pendidikan Ganesha Student Paper	<1%
25	<a href="http://kumpulan-askep3209.blogspot.com">kumpulan-askep3209.blogspot.com</a> Internet Source	<1%
26	<a href="http://repositori.ubs-ppni.ac.id:8080">repositori.ubs-ppni.ac.id:8080</a> Internet Source	<1%
27	<a href="http://repository.umi.ac.id">repository.umi.ac.id</a> Internet Source	<1%
28	Hasrianti Hasrianti, Aryadi Arsyad, Andi Nilawati Usman, Sri Ramadany, Werna Nontji, Mahmud Hafsa. "EFEK PERMEN KARET, MADU, DAN MOBILISASI DINI TERHADAP PEMULIHAN PERISTALTIK USUS DAN WAKTU FLATUS PADA PASIEN POST SEKSIO SESAREA", GEMA KESEHATAN, 2024 Publication	<1%
29	Submitted to Universitas Binawan Student Paper	<1%
30	<a href="http://bemdharma.blogspot.com">bemdharma.blogspot.com</a> Internet Source	<1%

31	Ahmad Nadhim Musyarrof. "Pengaruh Budaya Kerja, Disiplin, Loyalitas, Terhadap Kinerja Karyawan Di Lingkungan Kerja Kantor Kementerian Agama Ngawi", RIGGS: Journal of Artificial Intelligence and Digital Business, 2025 Publication	<1 %
32	Iskandar Muda, Erika Erika, Misrawati Misrawati. "Peran Petugas Kesehatan Dalam Meningkatkan Kepatuhan Ibu Hamil Terhadap Pemeriksaan Triple Eliminasi", Jurnal Ners, 2025 Publication	<1 %
33	Submitted to Universitas Islam Riau Student Paper	<1 %
34	docplayer.info Internet Source	<1 %
35	publikasi.ildikti10.id Internet Source	<1 %
36	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	<1 %
37	repository.stikesrspadgs.ac.id Internet Source	<1 %
38	repository.umj.ac.id Internet Source	<1 %
39	Fanny Fadillah. "Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. R Dengan Risiko Perilaku Kekerasan", Open Science Framework, 2021 Publication	<1 %

**Lampiran 13** Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah II

**ASUHAN KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN TN.N**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIARE**

**DI PUSKESMAS MAYANGAN JOGOROTO JOMBANG**

**DEPARTEMEN**

**KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II**



**Disusun Oleh:**

**ROFIATUL MAISAROH (221210017)**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI**

**INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN INSAN CENDEKIA**

**MEDIKA JOMBANG**

**2025**



**PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS VOKASI**

**INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN INSAN  
CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

Jl. Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang, Telp. 0321-8494886 Email:  
itskes.icme@yahoo.com

**Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. N**

**Dengan Diagnosa Medis Diare**

**di Puskesmas Mayangan Jogoroto Jombang**

**1. PENGKAJIAN**

- A. Tanggal Masuk : 30 April 2025
- B. Jam Masuk : 11.00 Wib
- C. Tanggal Pengkajian : 30 April 2025
- D. Jam Pengkajian : 11.15 Wib
- E. No.RM : xxxxx
- F. Identitas

1. Identitas pasien

- a. Nama : Tn. N
- b. Umur : 25 Tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Agama : Islam
- e. Pendidikan : SMA/Sederajat
- f. Pekerjaan : Wiraswasta
- g. Alamat : Sidokerto
- h. Status Pernikahan : Menikah

2. Penanggung Jawab Pasien

- a. Nama : Ny. L
- b. Umur : 24 Tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Agama : Islam
- e. Pendidikan : SMA/Sederajat

- f. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- g. Alamat : Sidokerto
- h. Hub. Dengan PX : Istri

#### G. Riwayat Kesehatan

##### 1. Keluhan Utama:

Pasien mengatakan BAB dengan konsistensi cair sebanyak 5 kali hari ini.

##### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Pasien mengatakan selama 3 hari mengalami diare, sehari BAB sebanyak 4-7 kali disertai mual, konsistensi feses cair, tidak ada lender, lemas, nafsu makan menurun. Karena tidak kunjung membaik pasien memutuskan untuk periksa ke puskesmas mayangan pada hari rabu, 30 April 2025 pukul 11.00 WIB. Pasien datang dengan keluhan perut mules yang berlebihan

##### 3. Riwayat Kesehatan Dahulu :

Tn. N mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang serius.

##### 4. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Tn. N mengatakan tidak ada riwayat penyakit dari keluarga

#### H. Pola Fungsi Kesehatan

##### 1. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

- a. Merokok : Jumlah : 1 pack/hari Jenis : Surya Ketergantungan : Iya
- b. Alkohol : Jumlah : Tidak ada Jenis : Tidak ada Ketergantungan : Tidak ada
- c. Obat-obatan: Jumlah: Tidak ada Jenis: Tidak ada Ketergantungan: Tidak ada
- d. Alergi : Tidak ada
- e. Harapan dirawat di RS : Ingin lekas pulih dan beraktivitas seperti sediakala
- f. Pengetahuan tentang penyakit : Mengetahui
- g. Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan : Mengetahui
- h. Data lain : Tidak ada data tambahan

##### 2. Nutrisi dan Metabolik

- a. Jenis diet : Diet rendah serat
- b. Diet/Pantangan : Makanan berlemak, berminyak, pedas, produk susu
- c. Jumlah porsi : Sedikit tapi sering
- d. Nafsu makan : Mengalami penurunan nafsu makan
- e. Kesulitan menelan : Tidak ada
- f. Jumlah cairan/minum : 1500ml, 1000ml

- g. Jenis cairan : RL/NaCl, Air mineral
- h. Data lain : Tidak ada data tambahan

### 3. Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum	✓				
Mandi	✓				
Toileting	✓				
Berpakaian	✓				
Berpindah	✓				
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM	✓				

0: Mandiri    2: Dibantu orang    4: Tergantung total

1: Menggunakan alat bantu    3: Dibantu orang lain dan alat

- a. Alat bantu : Tidak ada
- b. Data lain : Tidak ada data tambahan

### 4. Tidur dan Istirahat

- a. Kebiasaan tidur : Tidur 7-8 jam, saat sakit pasien tidur 3-4 jam
- b. Lama tidur : Tidur 7-8 jam, saat sakit pasien tidur 3-4 jam
- c. Masalah tidur : Tidak ada
- d. Data lain : Tidak ada

### 5. Eliminasi

- a. Kebiasaan defekasi : Normal 1x/hari, saat sakit 4-7x/hari
- b. Pola defekasi : Normal 1x/hari, saat sakit 4-7x/hari
- c. Warna feses : Tidak terkaji
- d. Kolostomi : Tidak ada
- e. Kebiasaan miksi : Normal
- f. Pola miksi : 4-5x/hari
- g. Warna urine : Kuning
- h. Jumlah urine : 800cc/hari
- i. Data lain : Tidak ada

### 6. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)

- a. Harga diri : Baik
- b. Peran : Suami

- c. Identitas diri : Pasien mampu mengenali identitas dirinya
  - d. Ideal diri : Baik
  - e. Penampilan : Baik
  - f. Koping : Efektif
  - g. Data lain : Tidak ada
7. Peran dan Hubungan Sosial
- a. Peran saat ini : Suami, sebagai pasien
  - b. Penampilan peran : Rapi
  - c. Sistem pendukung : Keluarga
  - d. Interaksi dengan orang lain : Baik
  - e. Data lain : Tidak ada
8. Seksual dan Reproduksi
- a. Frekuensi hubungan seksual : Tidak terkaji
  - b. Hambatan hubungan seksual : Tidak terkaji
  - c. Periode menstruasi : Tidak terkaji
  - d. Masalah menstruasi : Tidak terkaji
  - e. Data lain : Tidak mengkaji seksual dan reproduksi
9. Kognitif Perseptual
- a. Keadaan mental : Baik
  - b. Berbicara : Baik
  - c. Kemampuan memahami : Baik
  - d. Ansietas : Tidak ada
  - e. Pendengaran : Baik
  - f. Penglihatan : Baik
  - g. Nyeri : Tidak ada
  - h. Data lain : Tidak ada
10. Nilai dan Keyakinan
- a. Agama yang dianut : Islam
  - b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit : Pasien menganggap bahwa sakitnya sebagai ujian dari tuhan
  - c. Data lain : Tidak ada
- I. Pengkajian
- a. Vital Sign

Tekanan Darah : 120/80 mmHg  
Suhu : 36,6 °C

Nadi : 80x/menit  
RR : 22x/menit

- b. Kesadaran : Composmentis  
GCS : 456
- c. Keadaan Umum
  - a. Status gizi :  Gemuk  Normal  Kurus  
Berat Badan : 58 kg      Tinggi Badan : 170 cm
  - b. Sikap :  Tenang  Gelisah  Menahan nyeri
- d. Pemeriksaan Fisik
  - 1) Kepala
    - a. Warna rambut : Hitam
    - b. Kuantitas rambut : Tebal
    - c. Tekstur rambut : Lembut
    - d. Kulit kepala : Tidak ada benjolan ataupun lesi
    - e. Bentuk kepala : Oval
    - f. Data lain : Tidak ada data tambahan
  - 2) Mata
    - a. Konjungtiva : Tidak anemis
    - b. Sclera : Normal
    - c. Reflek pupil : Isokor
    - d. Bola mata : Normal
  - 3) Telinga
    - a. Bentuk telinga : Lebar
    - b. Kesimetrisan : Simetris kanan dan kiri
    - c. Pengeluaran cairan : Tidak ada
    - d. Data lain : Tidak ada kelainan pada telinga
  - 4) Hidung dan Sinus
    - a. Bentuk hidung : Simetris
    - b. Warna : Kuning langsung
    - c. Data lain : Tidak ada kelainan pada hidung
  - 5) Mulut dan tenggorokan
    - a. Bibir : Normal
    - b. Mukosa : Kering
    - c. Gigi : Bersih

- d. Lidah : Bersih
- e. Palatum : Bersih
- f. Faring : Tidak ada nyeri tekan
- g. Data lain : Tidak ada data tambahan

6) Leher

- a. Bentuk : Pendek
- b. Warna : Kuning langsung
- c. Posisi trakea : Normal, berada di tengah
- d. Pembesaran tiroid : Tidak ada pembesaran tiroid
- e. JVP : Normal
- f. Data lain : Tidak ada kelainan pada leher

7) Thorax

▪ Paru-Paru

- a. Bentuk dada : Simetris
- b. Frekuensi nafas : 22x/menit
- c. Kedalaman nafas : Dalam
- d. Jenis pernafasan : Pernafasan dada
- e. Pola nafas : Normal
- f. Retraksi dada : Tidak ada
- g. Irama nafas : Normal
- h. Ekspansi paru : Normal, simetris
- i. Vocal fremitus : Normal
- j. Nyeri : Tidak ada
- k. Batas paru : Normal
- l. Suara nafas : Vesikuler
- m. Suara tambahan : Tidak ada
- n. Data lain : Tidak ada suara nafas tambahan

▪ Jantung

- a. Ictus cordis : Teraba di ics 5
- b. Nyeri : Tidak ada
- c. Batas jantung : Normal
- d. Bunyi jantung : S1 S2 lup dup
- e. Suara tambahan : Tidak ada

f. Data lain : Tidak ada kelainan pada jantung

8) Abdomen

- a. Bentuk perut : Simetris
- b. Warna kulit : Kuning langsung
- c. Lingkar perut : Tidak terkaji
- d. Bising usus : Meningkat (35x/menit)
- e. Massa : Tidak ada
- f. Acites : Tidak ada
- g. Nyeri : Teraba nyeri pada abdomen terutama di daerah kolon akibat inflamasi saluran pencernaan.
- h. Data lain : Tidak ada

9) Genetalia :

- a. Kondisi meatus : Tidak terkaji
- b. Kelainan skrotum : Tidak terkaji
- c. Odem vulva : Tidak terkaji
- d. Kelainan : Tidak terkaji
- e. Data lain : Tidak mengkaji sistem genetalia

10) Ekstremitas

- a. Kekuatan otot : 5,5,5,5
- b. Turgor : Normal
- c. Odem : Tidak ada
- d. Nyeri : Tidak ada
- e. Warna kulit : Kuning langsung
- f. Akral : Hangat
- g. Sianosis : Tidak ada
- h. Parese : Tidak ada
- i. Alat bantu : Tidak ada
- j. Data lain : Tidak ada kelainan pada ekstremitas

e. Terapi Medik :

Ns 500 cc 20 tpm

RL 500 cc 20 tpm

Paracetamol 500 mg 3 x 1

Antasid doen 200 mg 3 x 1

Attapulgate 600 mg 2 x 1

## 2. ANALISA DATA

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan selama 3 hari mengalami diare, sehari BAB sebanyak 4-7 kali disertai mual, konsistensi feses cair, tidak ada lender, lemas, nafsu makan menurun.</p> <p>Data objektif :</p> <p>Pasien tampak lemah, pucat, dan tampak memegang perut.</p> <p>Kesadaran : Composmentis Turgor kulit &lt;2detik GCS : 456 TD : 120/80 mmHg N : 80 x/ menit S : 36,6°C RR : 22 x/ menit</p>	<p>Infeksi Bakteri, Virus, Parasit, Malabsorpsi (malabsorpsi karbohidrat, lemak, dan protein), Gangguan motilitas, Keracunan makanan, Sindrom imunodefisiensi, Alergi makanan, Efek obat-obatan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Invasi virus dan bakteri ke saluran gastrointestinal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Invasi pada mukosa memproduksi enterotoksin, dan memproduksi sitotoksin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penyerapan sari-sari makanan dalam saluran pencernaan tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Inflamasi saluran pencernaan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Diare</b></p>	<p>Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal</p>

## 3. DIAGNOSA KEPERAWATAN (SESUAI PRIORITAS)

- A. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal

## 4. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal (D.0020 SDKI)</p> <p>Definisi :</p> <p>Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk.</p>	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Diare dapat teratasi.</p> <p>Ekspektasi : Membaik (5)</p> <p>Kriteria Hasil : 1. Konsistensi feses (5)</p>	<p><b>Manajemen Diare (I.03101)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Mengidentifikasi dan mengelola diare dan dampaknya.</p> <p><b>Tindakan :</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-</li> </ol>

Penyebab : Fisiologis : 1. Inflamasi gastrointestinal  Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : 1. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam 2. Feses lembek atau cair	2. Frekuensi BAB (5) 3. Peristaltik usus (5)	obatan, pemberian botol susu) 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Monitor jumlah pengeluaran diare <b>Terapeutik :</b> 4. Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte) 5. Pasang jalur intravena 6. Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), <i>jika perlu</i> <b>Edukasi :</b> 7. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 8. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa <b>Kolaborasi :</b> 9. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis, atapulgit, smektit, kaolin-pektin)
--	---	---

## 5. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi
Diare	Rabu/ 30 April 2025	11.05          11.15	1. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,6 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456 2. Mengidentifikasi penyebab diare 3. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan 4. Memonitor jumlah pengeluaran diare 5. Memberikan asupan cairan oral

		11.30	6. Memasang jalur intravena 7. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm 8. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 9. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa
		11.45	10. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses: Attapulgate 600 mg 2x1
		11.55	11. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,6 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98%
		14.00	Kes: Composmentis GCS: 456 12. Memonitor jumlah pengeluaran diare 13. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,6 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98%
		20.00	Kes: Composmentis GCS: 456 14. Memonitor jumlah pengeluaran diare 15. Memberikan asupan cairan oral 16. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm
		20.15	17. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 18. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses: Attapulgate 600 mg 2x1
Diare	Kamis/ 01 Mei 2025	08.00	1. Mengobservasi TTV TD: 110/80 mmHg N: 80 x/ menit

			<p>S: 36,2 °C  RR: 24 x/ menit  SpO2: 98%  Kes: Composmentis  GCS: 456</p>
		08.15	<p>2. Memonitor jumlah pengeluaran diare  3. Memberikan asupan cairan oral  4. Memberikan cairan intravena:  Ns 500cc 20 tpm  RL 500cc 20 tpm  5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap  6. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa  7. Berkolaborasi pemberian obat:  Paracetamol 500 mg 3x1  Antasid doen 200 mg 3x1  pengeras feses:</p>
		08.30	<p>Attapulgite 600 mg 2x1  8. Mengobservasi TTV  TD: 110/80 mmHg  N: 80 x/ menit  S: 36,2 °C  RR: 24 x/ menit  SpO2: 98%  Kes: Composmentis  GCS: 456</p>
		12.00	<p>9. Memonitor jumlah pengeluaran diare  10. Memberikan asupan cairan oral  11. Berkolaborasi pemberian obat:  Paracetamol 500 mg 3x1  Antasid doen 200 mg 3x1</p>
		14.00	<p>12. Mengobservasi TTV  TD: 110/80 mmHg  N: 80 x/ menit</p>
		14.30	<p>S: 36,2 °C  RR: 24 x/ menit  SpO2: 98%  Kes: Composmentis  GCS: 456</p>
		20.00	<p>13. Memonitor jumlah pengeluaran diare  14. Memberikan asupan cairan oral  15. Memberikan cairan intravena:  Ns 500cc 20 tpm  RL 500cc 20 tpm</p>

		20.15	16. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 17. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses: Attapulgate 600 mg 2x1
		20.30	
Diare	Jumat / 02 Mei 2025	08.00	1. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,5 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456
		08.15	2. Memonitor jumlah pengeluaran diare 3. Memberikan asupan cairan oral
		08.30	4. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm 5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 6. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses: Attapulgate 600 mg 2x1
		12.00	7. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,5 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456
		14.00	8. Memonitor jumlah pengeluaran diare 9. Memberikan asupan cairan oral 10. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 11. Berkolaborasi pemberian obat:

		14.30	Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1
		20.00	12. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S: 36,5 °C RR: 22 x/ menit SpO2: 98% Kes: Composmentis GCS: 456
		20.15	13. Memonitor jumlah pengeluaran diare 14. Memberikan asupan cairan oral 15. Memberikan cairan intravena: Ns 500cc 20 tpm RL 500cc 20 tpm 16. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 17. Berkolaborasi pemberian obat: Paracetamol 500 mg 3x1 Antasid doen 200 mg 3x1 pengeras feses: Attapulgite 600 mg 2x1
		20.30	

## 6. EVALUASI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Hari/ tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
Diare	Hari 1 Rabu/30 April 2025	21.30	S : Pasien mengatakan masih diare, mules, lemas, sedikit mual, sudah BAB 6x dengan konsistensi cair. O : 1. Pasien tampak lemah. 2. Pasien tampak mules, dan diare terus menerus. 3. Pasien lelah dan sedikit pucat. 4. Keadaan umum : TD : 120/80 mmHg	

			<p>N: 80 x/ menit  S : 36,6 °C  RR : 22 x/ menit  SpO2 : 98%  Kes : Composmentis  GCS : 456</p> <p>A : Diare  P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi TTV</li> <li>2. Memonitor jumlah pengeluaran diare</li> <li>3. Memberikan asupan cairan oral</li> <li>4. Memberikan cairan intravena</li> <li>5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>6. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa</li> <li>7. Berkolaborasi pemberian obat penguas feses</li> </ol>	
Diare	Hari 2 Kamis/ 01 Mei 2025	21.30	<p>S : Pasien mengatakan masih diare, mules, lemas, sedikit mual, sudah BAB 3x dengan konsistensi cair.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak mules, dan diare terus menerus.</li> <li>2. Keadaan umum :  TD : 110/80 mmHg  N: 80 x/ menit  S : 36,2 °C  RR : 24 x/ menit  SpO2 : 98%  Kes : Composmentis  GCS : 456</li> </ol> <p>A : Diare  P : Intervensi di lanjutkan  Mengobservasi TTV</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji dehidrasi</li> </ol>	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memonitor jumlah pengeluaran diare</li> <li>3. Memberikan asupan cairan oral</li> <li>4. Memberikan cairan intravena</li> <li>5. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>6. Berkolaborasi pemberian obat pengeras feses</li> </ol>	
Diare	Hari 3 Jumat/ 02 Mei 2025	21.30	<p>S : Pasien mengatakan masih diare, mules, lemas, sedikit mual, sudah BAB 1x dengan konsistensi lunak.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum : TD : 120/80 mmHg N: 80 x/ menit S : 36,5 °C RR : 22 x/ menit SpO2 : 98% Kes : Composmentis GCS : 456</li> </ol> <p>A : Diare P : Intervensi dihentikan.</p>	