

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Diare

2.1.1 Pengertian

Diare adalah suatu penyakit yang ditandai dengan buang air besar lebih dari tiga kali sehari dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai mencair yang mungkin dapat disertai dengan muntah atau tinja yang berdarah (WHO, 2017).

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (Depkes RI, 2011).

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan berubahnya bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara berlebihan lebih dari 3 kali dalam kurun waktu 1 hari (Prawati & Haqi, 2019).

2.1.2 Klasifikasi Diare

Ada tiga jenis diare menurut lama terjadinya yaitu diare akut, diare persisten dan diare kronik (Kemenkes RI, 2011).

Klasifikasi diare menurut lama waktu dapat dibagi menjadi :

1) Diare Akut

Diare akut adalah kondisi buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lembek atau cair

dan bersifat mendadak. Diare ini berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu. Diare akut akan berlangsung selama kurang dari 14 hari tanpa diselang-seling berhenti lebih dari 2 hari. Berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dari tubuh penderita, gradasi penyakit diare dapat dibedakan dalam empat kategori, yaitu:

- a) Diare tanpa dehidrasi
 - b) Diare dengan dehidrasi ringan, jika cairan yang hilang 2-5% dari berat badan
 - c) Diare dengan dehidrasi sedang, apabila cairan yang hilang berkisar 5-8% dari berat badan
 - d) Diare dengan dehidrasi berat, apabila cairan yang hilang lebih dari 8-10% dari berat badan.
- 2) Diare Persisten

Diare persisten merupakan diare yang berlangsung selama 15-30 hari, diare ini merupakan kelanjutan dari diare akut atau peralihan antara diare akut dan kronik.

3) Diare Kronik

Diare kronis yaitu diare yang hilang-timbul, atau berlangsung lamadengan penyebab non-infeksi, seperti penyakit sensitive terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun. Diare kronik akan berlangsung lebih dari 30 hari. Diare kronik adalah diare yang bersifat menahun atau persisten dan berlangsung selama 2 minggu lebih (Hidayat, 2008).

2.1.3 Etiologi

1) Faktor Infeksi

a) Infeksi enteral; Infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi enteral sebagai berikut:

(a) Infeksi bakteri seperti *Vibrio*, *E. Coli*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella*, *Yersinilia enterocolitia*, *Aeromonas hydrophilia*, *Shigella*, *Enterotoksik*, *Enteropatogenik*, *Hemoragik*.

(b) Infeksi virus seperti *Enterovirus* (virus *ECHO*, *Coxsackie*, *Poliomyelitis*), *Rotavirus*, *Astrivirus*, *Adenovirus*, *Norwalk*

(c) Infeksi parasit yaitu Cacing (*Ascaris*, *Trishuris*, *Oxyuris*, *Strongyloides*): protozoa (*Entamoeba histolityca*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas Hominis*) jamur (*Candida albicans*).

b) Infeksi Parenteral ialah infeksi di luar alat pencernaan makanan seperti: *Otitis Media Akut* (OMA), *tonsillitis/tonsilofaringis*, *bronkopneumonia*, *ensefalitis* dan sebagainya.

2) Faktor malabsorpsi

Kandungan nutrient makanan yang berupa karbohidrat, lemak maupun protein dapat menimbulkan intoleransi, malabsorpsi maupun alergi sehingga terjadi diare pada anak maupun bayi.

Malabsorpsi terdiri dari:

- a) Malabsorpsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa); monosakarida (glukosa, fruktosa, dan galaktosa)
 - b) Malabsorpsi lemak
 - c) Malabsorpsi protein
- 3) Faktor makanan
- Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan
- 4) Faktor Psikologis
- Rasa takut dan cemas (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar)

2.1.4 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis diare berdasarkan klasifikasi:

- 1) Diare akut
 - a) Buang air besar (BAB) dengan feses cair atau encer lebih dari 3 kali sehari
 - b) Perut mulas atau melilit
 - c) Mual atau muntah
 - d) Demam
 - e) Tinja berlendir atau berdarah
 - f) Lemas dan pusing
 - g) Kesulitan untuk menahan keinginan buang air besar
 - h) Merasa haus terus-menerus atau dehidrasi

- i) Buang air besar yang sering berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu

2) Diare Persisten

- a) Feses yang lebih cair atau lembek
- b) Feses keluar dalam jumlah banyak
- c) Nyeri dan kram perut
- d) Perut kembung
- e) Mual
- f) Inkontinensia alvi (ketidakmampuan mengendalikan keinginan untuk buang air besar)
- g) Buang air besar yang sering dan berlangsung selama 2–4 minggu

3) Diare Kronis

- a) Perut kembung, kram, atau sakit, baik sebelum, selama, maupun sesudah buang air besar
- b) Mual dan muntah
- c) Demam
- d) Penurunan berat badan
- e) BAB berlendir atau berdarah
- f) Kulit pucat
- g) Mudah lelah
- h) Gangguan tidur
- i) Buang air besar yang sering dan berlangsung dalam waktu lebih dari 4 minggu

2.1.5 Derajat dehidrasi

Derajat dehidrasi dapat ditentukan berdasarkan :

- 1) Kehilangan berat badan
 - a) Dehidrasi ringan : bila terjadi penurunan berat badan 2½-5%
 - b) Dehidrasi sedang : bila terjadi penurunan berat badan 5-10%
 - c) Dehidrasi berat : bila terjadi penurunan berat badan >10%
- 2) Berdasarkan MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit)
(2016)

Dehidrasi Berat	Terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut: ▪ <i>Letargis</i> atau tidak sadar ▪ Mata cekung ▪ Tidak bisa minum atau malas minum ▪ Cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat
Dehidrasi Ringan atau sedang	Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: ▪ Gelisah, rewel atau marah ▪ Mata cekung ▪ Haus, minum dengan lahap ▪ Cubitan perut kembalinya lambat
Tanpa Dehidrasi	Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi berat atau ringan atau sedang

Tabel 2.1 MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit)

2.1.6 Komplikasi

Akibat diare, kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak dapat terjadi berbagai komplikasi sebagai berikut :

- a) Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonic, isotonic atau hipertonik)
- b) Renjatan Hipovolemik
- c) Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradiakardia, perubahan elektrokardiogram)
- d) Hipoglikemia.
- e) Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase.
- f) Kejang , terjadi pada dehidrasi hipertonik.
- g) Malnutrisi energi protein,(akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik).

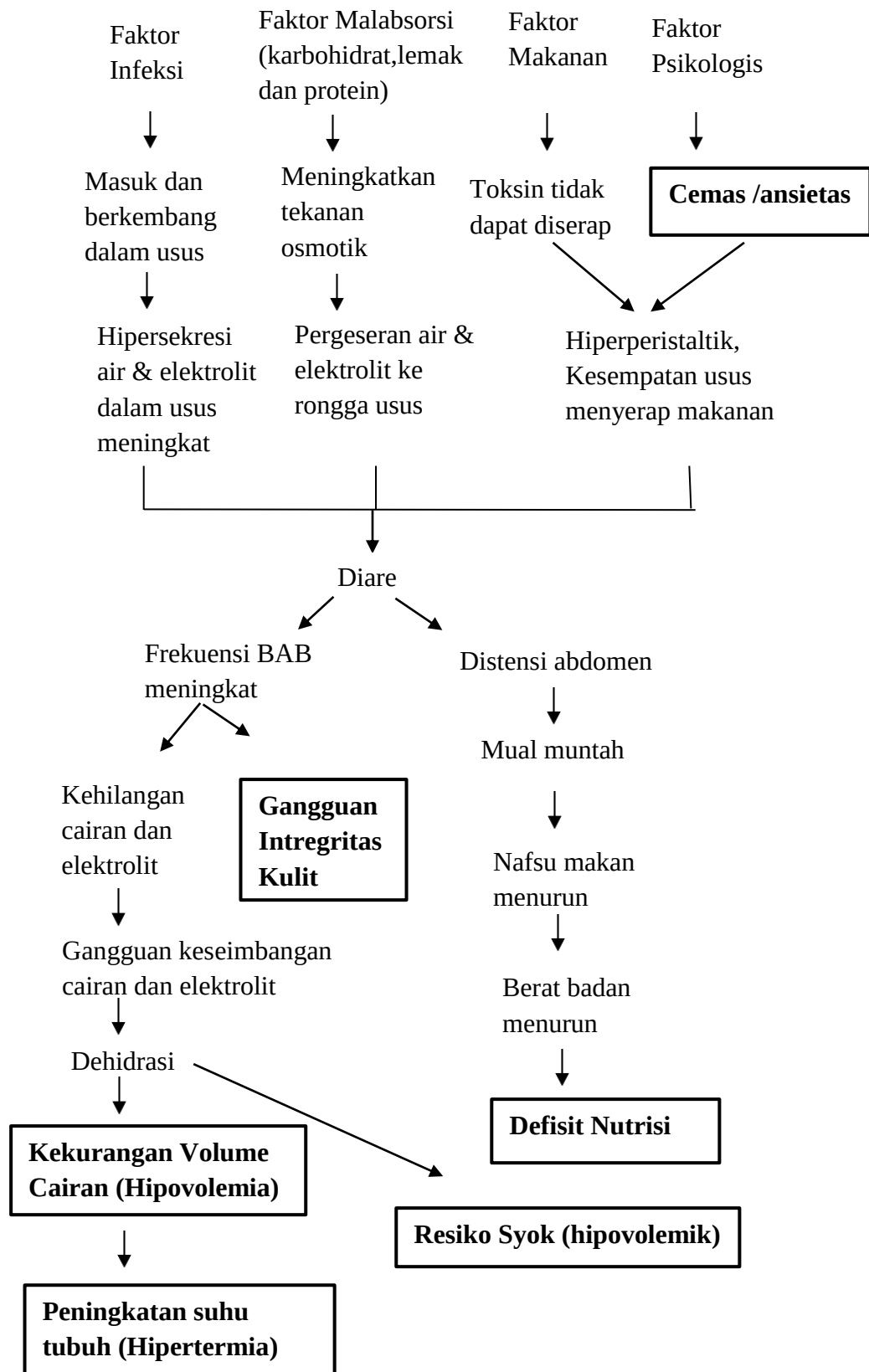
2.1.7 Pemeriksaan penunjang

- a) Pemeriksaan laboratorium yang perlu dikerjakan pemeriksaan tinja.
 - (a) Makroskopik dan mikroskopik
 - (b) Biakan kuman
 - (c) Tes resistensi terhadap berbagai antibiotika
 - (d) pH dan kadar gula,jika diduga ada intoleransi laktosa
- b) Pemeriksaan darah.
 - (a) Darah lengkap
 - (b) Pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (jika dengan pemberian RL iv masih terdapat asidosis).
 - (c) Kadar ureum (mengetahui adanya gangguan faal ginjal)

(d) Intubasi duodenal : pada diare kronik untuk mencari kuman penyebab.

2.1.8 Patofisiologi

1. Skema



Gambar 1 Skema patofisiologi diare (Mardalena, I. 2018)

2. Uraian Pathway

Penyebab diare dapat disebabkan oleh beberapa faktor di antaranya, pertama faktor infeksi, proses ini dapat diawali karena adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit sehingga terjadi diare. Kedua, faktormalabsorpsi (karbohidrat, lemak, dan protein) merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare. Ketiga, faktor makanan, ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik, sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian menyebabkan diare. Keempat, faktor psikologis, rasa takut dan cemas (jarang terjadi, tetapi sering terjadi pada anak-anak) dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya memengaruhi proses penyerapan makanan dan dapat menyebabkan diare.

Diare dapat menyebabkan frekuensi BAB meningkat dan juga distensi abdomen. Frekuensi BAB yang meningkat dapat

mengakibatkan kehilangan cairan dan elektrolit berlebih juga seringnya frekuensi BAB dapat menyebabkan kerusakan pada integritas kulit. Kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih dapat mengakibatkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berkurang serta menyebabkan dehidrasi hal tersebut dapat memicu terjadinya kekurangan volume cairan, resiko syok (hipovolemik) dan hipertermia.

Pada distensi abdomen menyebabkan mual dan muntah yang dapat menurunkan nafsu makan, sehingga berat badan dapat menurun yang dapat memicu terjadinya perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diare dibagi menjadi 2 yaitu secara farmakologi dan nonfarmakologi :

1. Farmakologi

a. Rehidrasi Parenteral

Cairan parenteral, pada umumnya cairan Ringer Laktat (RL) selalu tersedia di fasilitas kesehatan manapun. Mengenai seberapa banyak cairan yang diberikan tergantung dari berat ringannya dehidrasi yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya. Jadwal pemberian cairan diberikan 2 jam pertama, selanjutnya dilakukan penilaian

kembali status dehidrasi untuk menghitung kebutuhan cairan.

b. Oralit

Untuk mencegah terjadinya dehidrasi bisa dilakukan mulai dari rumah tangga, yaitu dengan cara memberikan oralit osmolaritas rendah, dan apabila tidak tersedia maka berikan cairan rumah tangga seperti kuah sayur, air tajin, atau air matang. Untuk saat ini, oralit sudah banyak beredar dipasaran. Oralit yang baru dengan *osmolarita* rendah, yang dapat mengurangi rasa mual dan muntah. Oralit adalah cairan terbaik bagi penderita diare untuk mengganti cairan yang hilang.

Umur	Jumlah oralit yang diberikan tiap BAB	Jumlah oralit yang disediakan di rumah
<12 bulan	50-100 ml	400 ml/hari (2 bungkus)
1-4 tahun	100-200 ml	600-800 ml/hari (3-4 bungkus)
>5 tahun	200-300 ml	800-1000 ml/hari (4-5 bungkus)
Dewasa	300-400 ml	1200-2800 ml/hari

Tabel 2.2 Kebutuhan Oralit Per Kelompok Umur

c. Supplement Zinc

Suplement zinc digunakan untuk mengurangi durasi diare, menurunkan risiko keparahan penyakit, dan mengurangi episodediare. Penggunaan mikronutrien untuk penatalaksanaan diare akut didasarkan pada efek yang diharapkan terjadi pada fungsi imun, struktur, dan fungsi saluran cerna utamanya dalam proses perbaikan epitel sel saluran cerna. Secara ilmiah zinc terbukti dapat menurunkan jumlah buang air besar (BAB) dan volume tinja dan mengurangi risiko dehidrasi. Zinc berperan penting dalam pertumbuhan jumlah sel dan imunitas. Pemberian zinc selama 10-14 hari dapat mengurangi durasi dan keparahan diare. Selain itu, zinc dapat mencegah terjadinya diare kembali. Meskipun diare telah sembuh, zinc tetap dapat diberikan dengan dosis :

- 1) 10 mg/hari (usia < 6 bulan)
- 2) 20 mg /hari (usia > 6 bulan).

d. Vitamin A

Pemberian vitamin A dapat membantu mengatasi diare, terutama pada anak-anak. vitamin A dapat memperkuat sistem imun sehingga dapat mengurangi kasus diare dan dampak parah pada anak. vitamin A juga dapat membantu memperbaiki kerusakan mukosa usus yang terjadi pada penderita diare akibat kekurangan vitamin A. Kerusakan

mukosa usus dapat menyebabkan gangguan absorpsi dan peningkatan tekanan dalam lumen usus

e. Antibiotik Selektif

Pemberian antibiotik dilakukan terhadap kondisi-kondisi seperti:

- (a) Patogen sumber merupakan kelompok bakteri
- (b) Diare berlangsung sangat lama (>10 hari dengan kecurigaan Enteropathogenic *E coli* sebagai penyebab
- (c) Apabila patogen dicurigai adalah *Enteroinvasive E coli*
- (d) Agen penyebab adalah *Yersinia* ditambah penderita memiliki tambahan diagnosis berupa penyakit sickle cell
- (e) Infeksi *Salmonella* pada anak usia yang sangat muda terjadi peningkatan temperatur tubuh (>37,5 C) atau ditemukan darah positif bakteri.

2. Non Farmakologi

a) Rehidrasi Oral Untuk Menjaga Air Dalam Tubuh

Rehidrasi atau pemberian cairan bertujuan sebagai pengganti hilang maupun keluarnya cairan tubuh saat diare. Selama diare, disarankan untuk minum air putih sebanyak 2–3 liter per hari, meminum air tidak disarankan sekaligus atau banyak, karena dapat menyebabkan muntah atau terangsang buang air lagi.

b) Mengatur Jenis Makanan

Terapi mengatur jenis makanan dilakukan dengan menghentikan konsumsi makanan pedas, makanan dengan lemak yang tinggi, solid food (makanan padat), dan dairy products (produk mengandung susu) selama 24 jam. Pengonsumsian solid food dapat sementara diberhentikan dahulu dan diganti dengan makanan lunak seperti bubur dan lain-lain. Pengonsumsian dairy products (seperti susu, keju, yogurt, dan lain-lain) diberhentikan karena sistem pencernaan saat diare mengalami kesulitan mencerna makanan yang mengandung laktosa (Abdillah & Purnamawati, 2019).

c) Nutrisi adekuat

Pemberian air susu ibu (ASI) dan makanan yang sama saat anak sehat diberikan guna mencegah penurunan berat badan dan digunakan untuk menggantikan nutrisi yang hilang. Apabila terdapat perbaikan nafsu makan, dapat dikatakan bahwa anak sedang dalam fase kesembuhan. Pasien tidak perlu untuk puasa, makanan dapat diberikan sedikit demi sedikit namun jumlah pemberian lebih sering (>6 kali/hari) dan rendah serat. Makanan sesuai gizi seimbang dan atau ASI dapat diberikan sesegera mungkin apabila pasien sudah mengalami perbaikan. Pemberian nutrisi ini dapat mencegah terjadinya gangguan gizi,

menstimulasi perbaikan usus, dan mengurangi derajat penyakit.

d) Edukasi Orang Tua

Orangtua diharapkan dapat memeriksakan anak dengan diare puskesmas atau dokter keluarga bila didapatkan gejala seperti: demam, tinja berdarah, makan dan atau minum sedikit, terlihat sangat kehausan, intensitas dan frekuensi diare semakin sering, dan atau belum terjadi perbaikan dalam tiga hari. Orang tua maupun pengasuh diberikan informasi mengenai cara menyiapkan oralit disertai langkah promosi dan preventif yang sesuai dengan lintas diare.

2.2 Konsep Dasar Anak

2.2.1 Definisi Anak

Menurut UU RI NO 23 Th 2002 (tentang perlindungan anak) Pasal (1): anak adalah seseorang sebelum 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan, menurut WHO anak adalah sejak terjadinya konsepsi sampai usia 18 tahun.

2.2.2 Paradigma Keperawatan Anak

1) Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang,

dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar. Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam.

2) Sehat-sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan

meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual. Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan

3) Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak.

4) Keperawatan

Komponen ini merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan

perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak (Wong, 2009)

2.2.3 Prinsip Keperawatan Anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak perbedaan-perbedaan yang diperhatikan dimana harus disesuaikan dengan usia anak serta pertumbuhan dan perkembangan karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik secara fisiologis maupun psikologis anak itu sendiri. Perawat harus memperhatikan beberapa prinsip, mari kita pelajari prinsip tersebut. Perawat harus memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari:

- a. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- b. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
- c. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.
- d. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.

- e. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
- f. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.
- g. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Kualitas tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor yang berasal dari dalam (internal) dan faktor yang berasal dari luar (eksternal).

1) Faktor internal

a) Ras/etnik atau bangsa.

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika tidak memiliki faktor hereditas/bangsa Indonesia atau sebaliknya.

b) Keluarga.

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk atau kurus.

c) Umur.

Kecepatan pertumbuhan yang pesat terjadi pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.

d) Jenis kelamin.

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

e) Genetik.

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Salah satu contohnya adalah tubuh kerdil.

f) Kelainan kromosom.

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan dan perkembangan seperti pada sindrom down dan sindrom turner.

2) Faktor Eksternal

a) Lingkungan Prenatal (Faktor lingkungan ketika masih dalam kandungan), faktor prenatal yang berpengaruh antara lain gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin atau

zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio.

b) Lingkungan Postnatal (lingkungan setelah kelahiran)

Lingkungan postnatal dapat digolongkan menjadi :

- 1) Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan fungsi metabolisme.
- 2) Lingkungan fisik, meliputi sanitasi, cuaca, keadaan rumah dan radiasi
- 3) Lingkungan psikososial, meliputi stimulasi, motivasi belajar, teman sebaya, stress, sekolah, cinta kasih, interaksi anak dengan orang tua.
- 4) Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pekerjaan atau pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, stabilitas rumah tangga, kepribadian orang tua.

2.2.5 Tahap-tahap Tumbuh Kembang Pada Balita Usia 1-5 Tahun

1. Neonatus (bayi lahir sampai usia 28 hari)

Dalam tahap neonatus ini bayi memiliki kemungkinan yang sangat besar tumbuh dan kembang sesuai dengan tindakan yang dilakukan oleh orang tuanya. Sedangkan perawat membantu orang tua dalam memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi yang masih belum diketahui oleh orang tuanya.

2. Bayi

Dalam tahap ini memiliki kemajuan tumbuh kembang yang sangat pesat, pada usia 1 – 3 bulan mulai bisa mengangkat kepala, mengikuti objek pada mata, melihat dengan tersenyum dll. bayi pada usia 3 – 6 bulan mulai bisa mengangkat kepala 90°, mulai bisa mencari benda – benda yang ada didepan mata, sedangkan pertumbuhannya berat badan mengalami peningkatan 700 – 1000g/bulan, pertumbuhan tinggi badan stabil. Bayi usia 6 – 9 bulan mulai bisa duduk tanpa di toyang, bisa tengkurep dan berbalik sendiri bahkan bisa berpartisipasi dalam bertepuk tangan, sedangkan pertumbuhannya tinggi badan 350 – 450g/bulan. Bayi usia 9 – 12 bulan mulai bisa berdiri sendiri tanpa dibantu, berjalan dengan dituntun, menirukan suara dll. perawat disini membantu orang tua dalam memberikan pengetahuan, dalam mengontrol perkembangan lingkungan sekitar bayi agar pertumbuhan psikologis dan sosialnya bisa berkembang dengan baik, sedangkan pertumbuhannya berat badan bertambah 250 – 350 g/bulan, pertumbuhan tinggi badan sekitar 1,5 kali tinggi badan pada saat lahir dan diperkirakan mencapai 75 cm. Motorik kasar, merangkak, melempar bola. Motorik halus, mengambil benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk, membuka buku.

3. Toddler (usia 1-3 tahun)

Anak usia toddler (1 – 3 tahun) mempunyai sistem kontrol tubuh yang mulai membaik, hampir setiap organ mengalami maturitas maksimal. Pengalaman dan perilaku mereka mulai dipengaruhi oleh lingkungan diluar keluarga terdekat, mereka mulai berinteraksi dengan teman, mengembangkan perilaku atau moral secara simbolis, kemampuan berbahasa minimal. Sebagai sumber kesehatan, perawat berkepentingan mengetahui konsep tumbuh kembang balita usia toddler guna memberikan asuhan keperawatan balita dengan optimal. Motorik kasar, melompat ditempat tidur, berjalan mundur, menendang bola dengan kaki diayun, berjalan jinjit, berdiri dengan sebelah kaki. Motorik halus, mengcoret dengan satu tangan, membuka grendel pintu, memegang pensil, memakai celana sendiri. Pertumbuhannya mengalami kenaikan berat badan sekitar 1,5 - 2,5 kg dan penambahan tinggi badan 6-10 cm. Pertumbuhan otak juga akan mengalami perlambatan, kenaikan lingkar kepala hanya 2 cm. untuk pertumbuhan gigi, terdapat tambahan 8 buah gigi susu, termasuk gigi geraham pertama dan gigi taring, sehingga seluruhnya berjumlah 14-16 buah

4. Pra sekolah (Usia 3 – 5 tahun)

Balita usia pra sekolah adalah balita yang berusia 3 – 5 tahun, balita usia pra sekolah memiliki karakteristik tersendiri dalam

segi pertumbuhan dan perkembangannya. Dalam hal pertumbuhan, secara fisik balita pada tahun ke 3 terjadi penambahan berat badan 1,8 kg atau 2,7 kg dan rata – rata berat badan 14,6 kg. Penambahan tinggi badan berkisar antara 7,5 cm dan tinggi badan berkisar rata – rata 95 cm. Kecepatan pertumbuhan pada tahun ke 4 hampir sama dengan tahun sebelumnya. Berat badan mencapai 16,7 kg dan tinggi badan 103 cm sehingga tinggi badan sudah mencapai 2 kali lipat dari tinggi badan saat lahir. Frekuensi nadi dan pernafasan turun sedikit demi sedikit. Pertumbuhan pada tahun ke 5 sampai masa akhir pra sekolah berat badan rata – rata 18,7 kg dan tinggi badan 110 cm, yang mulai ada pertumbuhan adalah pada gigi yaitu kemungkinan munculnya gigi permanen sudah terjadi. Motorik kasar, melompat dengan satu kaki, mengendarai sepeda cukup terampil. Motorik halus, mencuci dan mengelap tangan sendiri, makan dengan sendok dan garpu.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Tarwoto dan Wartonah (2015) menjelaskan proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktek keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Dengan menggunakan metode ini perawat dapat

mendemonstrasikan tanggung jawab pada klien, sehingga kualitas praktek keperawatan dapat meningkat.

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pengumpulan data secara sistematis, memilih, dan mengatur data yang diperlukan dan mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali. Pengkajian sebagai proses yang kegiatannya bertujuan mengumpulkan informasi mengenai pasien. Informasi tersebut akan menentukan masalah kesehatan yang meliputi: pengkajian fisik, observasi, wawancara, riwayat keperawatan, analisa catatan laporan serta dokumen-dokumen lain yang terkait dengan pengkajian data dasar keperawatan (Tarwoto, dan Wartonah, 2015).

Data dasar pengkajian pasien menurut Marylinn E.Doenges, dkk (2014):

A. Identitas pasien

Identitas pasien Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, alamat, pekerjaan.

B. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan atau sangat mengganggu pada saat di rumah dan di rumah sakit. Berisi tentang keluhan klien pada

saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan melalui metode PQRST.

P (provokatus-paliatif) : Apa yang menyebabkan gejala ? Apa yang bisa memperberat ? Apa yang bisa mengurangi ?

Q (quality-quantity) : Bagaimana gejala dirasakan ? Seberapa jauh mana gejala dirasakan ?

R (regio-radiasi): Dimana gejala dirasakan ? Apakah menyebar?

S (scala-severity) : Seberapa parah tingkat keparahan yang dirasakan ? Pada skala berapa?

T (time) : Kapan gejala mulai timbul ? Seberapa sering gejala dirasakan ? Tiba-tiba atau bertahap? Seberapa lama gejala dirasakan?

C. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan atau penyakit dari sebelum dibawa ke rumah sakit hingga sampai di rumah sakit.

a) Riwayat penyakit yang lalu

Keadaan atau penyakit yang diderita pasien di masa lalu yang berpengaruh dengan penyakitnya saat ini.

b) Riwayat penyakit keluarga

Mencari diantara anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama.

c) Riwayat psikososial spiritual

Pada penderita yang status ekonominya menengah ke bawah dan sanitasi dan kesehatan yang kurang ditunjang dengan padatnya penduduk.

d) Pola aktifitas sehari hari

Pola aktifitas yang meliputi makan dan minum, pola eliminasi, pola istirahat tidur dan kebersihan yang dilakukan dirumah dan dibandingkan dengan pola aktifitas yang dilakukan dirumah sakit

e) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Bagaimana keadaan pasien? Sadar atau tidak?

b) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah: Apakah terdapat peningkatan tekanan darah (hipertensi)? Atau terdapat penurunan tekanan darah (hipotensi)?

Nadi: Apakah terdapat peningkatan nadi (bradikardia)? Atau terdapat penurunan nadi (takikardia)?

Suhu : Apakah terdapat peningkatan suhu (hipertermi)? Atau terdapat penurunan suhu (hipotermi)

Respirasi : Apakah terdapat bradypnea? Atau takipnea? Atau apnea?

c) Sistem pernapasan

Inspeksi : Apakah terdapat pernapasan cuping hidung?,
apakah terdapat retraksi intercosta?

Palpasi: Apakah terdapat getaran vocal premitus?

Perkusi: Apakah terdapat suara tambahan seperti ronchi,
wheezing?

d) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi: Bagaimana bentuk dada pasien? (normal chest,
barel chet, peagion chest)

Palpasi: Terdapat pembesaran jantung atau tidak?

Perkusi : Bagaimana suara jantung?

Auskultasi : Ada atau tidak suara jantung tambahan
Suara?

e) Sistem gastrointestinal

Berapa berat badan pasien sebelum dan saat masuk rumah
sakit?, adakah mual muntah atau tidak?

f) Sistem neurologis

Bagaimana reflek pada pasien?, kesadaran pada pasien?
(composmetis, apatis, somnolen, delirium, sopor/semi
koma, koma), glasscoe coma scale (GCS).

EYE :

4 = Membuka mata spontan

3 = Membuka mata dengan rangsangan suara

2 = Membuka mata dengan rangsangan nyeri

1 = Tidak ada respon

VERBAL :

5 = Orientasi baik dan mampu berbicara

4 = Disorientasi dan bingung

3 = Mengulang kata-kata yang tidak tepat dan secara acak

2 = Meregang atau merintih (suara tidak jelas)

1 = Tidak ada respon

MOTORIK:

6 = Dapat mengikuti perintah

5 = Dapat melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri)

4 = Menarik (menghindar atau menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri)

3 = Menjauhi rangsangan nyeri

2 = ekstensi spontan

1 = tidak ada Gerakan

g) Sistem muskuloskeletal kekuatan otot pasien

0 = Otot sama sekali tidak bergerak, tampak berkontraksi, bila lengan atau tungkai dilepaskan, akan jatuh 100% pasif.

1 = Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh.

2 = Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh.

3 = Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong tetapi tidak mampu melawan tekanan atau dorongan dari pemeriksa.

4 = Kekuatan kurang dibanding sisi lain.

5 = Kekuatan utuh.

h) Sistem integument

Apakah turgor kulit normal? (<2 detik) atau tidak? (kembali > 2 detik), terdapat luka atau tidak, akral terasa hangat atau dingin, integritas kulit baik atau tidak, kulit lembab atau kering.

i) Sistem endokrin

Apakah klien mengalami tremor atau tidak, apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, terdapat distensi atau bendungan pada vena jugularis atau tidak.

j) Sistem genetalia

Ada kelainan atau tidak pada genetalia pasien.

k) Sistem seksualitas

Pola seksualitas klien mengalami gangguan atau tidak.

2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Data yang ada kemudian dikumpulkan dan dikelompokkan sesuai masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnosa keperawatan (Mahyar, 2016).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subyektif dan obyektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks, tentang data yang

dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Mahyar, 2016).

2.3.4 Intervensi keperawatan

Metode komunikasi tentang asuhan keperawatan kepada klien. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik. Sehingga semua tindakan keperawatan harus istandarisasi dan standar tersebut dapat dibaca.

Penulisan kriteria hasil

berdasarkan SMART.

S = Spesifik (tujuan tidak menimbulkan arti ganda)

M = Measurable (tujuan harus dapat diukur)

A = Achievable (tujuan harus dapat dicapai)

R = Reasonable (tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)

T = Time (waktu pemberian keperawatan)

2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat. Perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan kesehatan yang lain (Maryam, 2017).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan penerapan. Pada tahap ini, perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. Selain itu perawat juga dapat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menempatkan apakah sasaran dari rencana keperawatan telah dapat diterima. Adapun komponen-komponen untuk melakukan suatu evaluasi adalah:

S = Respon subyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan

I = Implementasi atau tindakan selanjutnya.

O = Respon obyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan.

A = Analisa ulang atas data-data untuk menyimpulkan masalah.

P = Perencanaan atau tindakan selanjutnya.

E = Evaluasi.

R= Reassessment.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Diare

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit. Orang tua meliputi (nama ayah, nama ibu, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, umur) (Nursalam, 2005).

2. Keluhan Utama

Buang air besar (BAB) lebih dari 3 kali sehari, BAB > 4 kali dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB >10 kali (dehidrasi berat). Apabila diare berlangsung <14 hari maka diare tersebut adalah diare akut, sementara apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah diare persisten (Nursalam, 2005)

3. Riwayat penyakit sekarang

- a. Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada kemungkinan timbul diare
- b. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir dan darah, warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
- c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet.
- d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare
- e. Gejala dehidrasi mulai tampak bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit.
- f. Terjadi Oliguri (Kurang 1 MI/KgBB/Jam) dan berwarna sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotik atau kortikosteroid jangka panjang (perubahan candida albicans)

dari saprofit menjadi parasit), alergi makanan, ISPA, ISK, OMA campak (Hartoyo, 2022)

5. Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal

a. Prenatal

Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan semester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai Seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin didalam janin. (Purnamawati & Ariawan, 2012)

b. Natal

Proses persalinan yang tidak normal atau komplikasi selama persalinan dapat meningkatkan risiko anak terkena diare dan bayi yang lahir dengan kondisi tidak normal, seperti berat badan lahir rendah juga dapat meningkatkan risiko diare (Afifah, 2020)

c. Post Natal

Kurangnya pemberian ASI eksklusif, lingkungan yang tidak bersih atau kurangnya hygiene, dan kekurangan nutrisi pada anak dapat mempengaruhi sistem imun dan meningkatkan risiko diare (Safitri, 2023)

3) Riwayat Pertumbuhan Dan Perkembangan

Pada pasien diare biasanya akan mengalami gangguan pertumbuhan pada anak, terutama berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala dan juga mengalami gangguan perkembangan

pada anak yaitu pada aspek fisik, kognitif, dan emosional (Sufa et al, 2023)

4) Riwayat kesehatan keluarga

a. Penyakit

Apakah ada salah satu anggota keluarga yang menderita diare atau tetangga yang berhubungan dengan distribusi penularan

b. Lingkungan rumah dan komunitas

Lingkungan rumah yang ada di sekitarnya kotor dan kumuh serta personalhygieneyang kurang sudah terkena kuman penyebab diare.

c. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

BAB yang tidak ada pada tempat (sembarangan) atau disungai dancara maupun tempat bermain anak yang kurang higienis dapat mempermudah masuknya kuman lewat fecal oral

d. Persepsi Keluarga

Kondisi lemah dan mencret yang berlebihan perlu suatu keputusan untuk penanganan awal atau lanjutan ini bergantung pada tingkat pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga (orang tua).

5) Pola fungsi kesehatan

a. Pola nutrisi

Pasien yang menderita diare juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisi di dalam tubuh menjadi berkurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika pasien mengalami muntah atau diare lama, keadaan tersebut menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat menimbulkan komplikasi (Ngastiyah, 2014)..

b. Pola eliminasi

Feses encer, frekuensi bervariasi dari 2 sampai 20 per hari, menggambarkan pola fungsi ekskresi. Jika BAB >3 kali sehari dan cair (diare tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB > 10 kali dan cair (dehidrasi berat). BAK perlu dikaji untuk output terhadap kehilangan cairan lewat urine. (Susilaningrum et.al, 2013)

c. Pola istirahat

Pada bayi dan anak dengan diare kebutuhan istirahat dapat terganggu karena frekuensi diare yang berlebihan, sehingga menjadi rewel (Susilaningrum et.al, 2013)

d. Pola aktifitas

Klien nampak lemah, gelisah sehingga perlu bantuan sekunder untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari. (Susilaningrum et.al, 2013)

6) Pemeriksaan Fisik

Dalam metode pemeriksaan fisik yang dapat digunakan untuk pemeriksaan head to toe yaitu meliputi pengkajian keadaan umum dan status generalis (Sukarmin, 2009).

a. Keadaan umum

- (1) Baik, sadar (tanpa dehidrasi)
- (2) Gelisah, rewel (dehidrasi ringan atau sedang)
- (3) Lesu, lunglai atau tidak sadar (dehidrasi berat)

b. Kepala : Ukuran kepala, bentuk, kesimetrisan, fontanel dan sutura cekung, sakit kepala atau pusing

c. Mata : Anak yang diare tanpa dehidrasi, bentuk kelopak matanya normal. Apabila mengalami dehidrasi ringan/sedang, kelopak matanya cekung (cowong). Sedangkan apabila mengalami dehidrasi berat, kelopak matanya sangat cekung.

d. Mulut dan lidah

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

e. Paru : pernafasan anak cepat, lemah dangkal bila dehidrasi berat. Pada dehidrasi ringan pernafasan anak normal.

f. Jantung : Nadi dalam batas normal (80-160x/menit) pada dehidrasi ringan dan sedang, namun pada dehidrasi berat nadi menurun (<80 x/menit).

- 1) Inspeksi : Bentuk dada pasien (normal chest, barrel chest, pigeon chest)
- 2) Palpasi : terdapat pembesaran jantung apa tidak
- 3) Perkusi : suara jantung
- 4) Auskultasi : suara jantung I Lup, suara jantung 2 dup, ada tidaknya suara tambahan.

g. Sistem integument : Warna kulit pucat, turgor menurun kurang 2 detik, suhu meningkat kurang 37°C, akral hangat, akral dingin (waspada syok), capillary refill time memanjang >2 detik, kemerahan pada daerah perianal.

h. Abdomen kemungkinan mengalami distensi, kram, dan bising usus meningkat.

i. Sistem perkemihan : urine produksi oliguria sampai anuria (200-400 ml/24 jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit.

9) Pemeriksaan penunjang

- a. Darah lengkap (leukosit meningkat, Hb)
- b. Pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (juga dengan pemberian infuse RL/iv yang masih terdapat asidosis)
- c. Kadar ureum meningkat (untuk mengetahui adanya gangguan faal ginjal)
- d. Feses kultur : Bakteri, virus, parasit, candida
- e. Serum elektrolit : Hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi

- f. AGD : asidosis metabolic (Ph menurun, pO₂ meningkat, pCO₂ meningkat, HCO₃ menurun)
- g. Radiologi : mungkin ditemukan bronchopneumoni

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan, atau kerentanan terhadap respons tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (Herdman, 2018). Diagnose yang mungkin muncul pada penyakit diare menurut yang disesuaikan dengan SDKI, 2017:

1. Defisit Nutrisi (D.0019)

a) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

b) Penyebab

1. Ketidakmampuan menelan makanan
2. Ketidakmampuan mencerna makanan
3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Faktor ekonomis
6. Faktor psikologis

Gejala dan tanda mayor

- Subjektif : (tidak tersedia)
- Objektif :

- (1) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal .

Gejala dan Tanda Minor

- Subjektif :

- (1) Cepat kenyang setelah makan
- (2) Kram/nyeri abdomen
- (3) Nafsu makan menurun .

- Objektif :

- (1) Bising usus hiperaktif
- (2) Otot pengunyah lemah
- (3) Otot menelan lemah
- (4) Membran mukosa pucat
- (5) Sariawan
- (6) Serum albumin turun
- (7) Rambut rontok berlebihan
- (8) Diare

2. Hipovolemia (D.0023)

- a) Definisi

Penurunan volume cairan intravaskuler, interstitial, dan atau intraseluler.

- b) Penyebab

1. Kehilangan cairan aktif
2. Kegagalan mekanisme regulasi

3. Peningkatan permeabilitas kapiler
4. Kekurangan intake cairan
5. Evaporasi

Gejala dan tanda mayor

- Subjektif : (tidak tersedia)
- Objektif :
 - (1) Frekuensi nadi meningkat
 - (2) Nadi teraba lemah
 - (3) Tekanan darah menurun
 - (4) Tekanan Nadi menyempit
 - (5) Turgor kulit menyempit
 - (6) Membran mukosa kering
 - (7) Volume urin menurun
 - (8) Hematokrit meningkat

Gejala dan Tanda Minor

- Subjektif :
 - (1) Merasa lemah
 - (2) Mengeluh haus
- Objektif :
 - (1) Pengisian vena menurun
 - (2) Status mental berubah
 - (3) Suhu tubuh meningkat
 - (4) Konsentrasi urin meningkat
 - (5) Berat badan turun tiba-tiba

3. Gangguan integritas kulit (D.0129)

a) Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan atau ligamen)

b) Penyebab

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kelebihan/kekurangan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
8. Efek samping terapi radiasi
9. Kelembaban
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan.

Gejala dan tanda mayor

- Subjektif : (tidak tersedia)

- Objektif :

- (1) Frekuensi nadi meningkat
- (2) Nadi teraba lemah
- (3) Tekanan darah menurun
- (4) Tekanan Nadi menyempit
- (5) Turgor kulit menyempit
- (6) Membran mukosa kering
- (7) Voluem urin menurun
- (8) Hemtokrit meningkat

Gejala dan Tanda Minor

- Subjektif :

- (1) Merasa lemah
- (2) Mengeluh haus

- Objektif :

- (1) Pengisian vena menurun
- (2) Status mental berubah
- (3) Suhu tubuh meningkat
- (4) Konsentrasi urin meningkat
- (5) Berat badan turun tiba-tiba

4. Hipertermia (D.0130)

a) Definisi

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh

b) Penyebab

1. Dehidrasi

2. Terpapar lingkungan panas
3. Proses penyakit (mis. infeksi, kanker)
4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
5. Peningkatan laju metabolisme
6. Respon trauma
7. Aktivitas berlebihan
8. Penggunaan incubator

Gejala dan tanda mayor

- Subjektif : (tidak tersedia)
- Objektif :
 - (1) Suhu tubuh diatas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor

- Subjektif : (tidak tersedia)
- Objektif
 - (1) Kulit merah
 - (2) Kejang
 - (3) Takikardi
 - (4) Takipnea
 - (5) Kulit terasa hangat

5. Ansietas (D.0080)

a. Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya

yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

b. Penyebab

1. Krisis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Krisis maturasional
4. Ancaman terhadap konsep diri
5. Ancaman terhadap kematian
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan
7. Disfungsi sistem keluarga
8. Hubungan orang tua – anak tidak memuaskan
9. Terpapar bahaya lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor.

- Subjektif.
 - (1) Merasa bingung.
 - (2) Merasa khawatir dengan akibat.
 - (3) Sulit berkonsentrasi.
- Objektif :
 - (1) Tampak gelisah.
 - (2) Tampak tegang.
 - (3) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor.

- Subjektif :
 - (1) Mengeluh pusing.

- (2) Anoreksia.
- (3) Palpitasi.
- (4) Merasa tidak berdaya.
- Objektif.
 - (1) Frekuensi napas meningkat.
 - (2) Frekuensi nadi meningkat.
 - (3) Tekanan darah meningkat.
 - (4) Diaforesis.
 - (5) Tremors.
 - (6) Muka tampak pucat.
 - (7) Suara bergetar.
 - (8) Kontak mata buruk.
 - (9) Sering berkemih.
 - (10) Berorientasi pada masa lalu.

6. Resiko Syok Hipovolemik (D.0039)

a) Definisi

Beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa

b) Faktor resiko

1. Hipoksemia
2. Hipoksia
3. Hipotensi
4. Kekurangan volume cairan

5. Sepsis

6. Sindrom respons inflamasi sistemik

2.4.3 Rencana atau Intervensi Keperawatan

No	Standar Keperawatan (SDKI)	Diagnosa Indonesia	Standar Luaran Indonesia (SLKI)	Keperawatan	Standar Intervensi Indonesia (SIKI)	Keperawatan
1.	Defisit Nutrisi (D.0019)		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil :		Intervensi manajemen nutrisi (1.03119) :	
			1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5)		1) Observasi	
			2. Kekuatan otot penguyah meningkat (5)		1. Identifikasi status gizi	
			3. Kekuatan otot menelan meningkat (5)		2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan	
			4. Serum albumin meningkat (5)		3. Identifikasi makanan yang disukai	
			5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat (5)		4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien	
			6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat (5)		5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik	
			7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat (5)		6. Monitor asupan makanan	
			8. Pengetahuan tentang asupan nutrisi yang sehat meningkat (5)		7. Monitor berat badan	
			9. Penyiapan dari penyimpanan makanan yang sehat meningkat (5)		8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium	
			10. Penyiapan dari penyimpanan minuman yang sehat meningkat (5)		2) Terapeutik	
			11. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat (5)		9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu	
			12. Perasaan cepat kenyang menurun (5)		10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)	
			13. Nyeri abdomen menurun (5)		11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	
			14. Sariawan menurun (5)		12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi	
			15. Rambut rontok menurun (5)		13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	
					14. Berikan suplemen makanan, jika perlu	
					15. Hentikan pemberian makan melalui	

	16. Diare menurun (5) 17. Berat badan membaik (5) 18. Indeks masa tubuh (IMT) membaik (5) 19. Frekuensi makan membaik (5) 20. Nafsu makan membaik (5) 21. Bising usus membaik (5) 22. Tebal lipatan kulit trisep membaik (5) 23. Membran mukosa membaik (5)	selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi 3) Edukasi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan 4) Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
2.	Hipovolemia (D.0023) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik (L.03028) dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat (5) 2. Turgor kulit meningkat (5) 3. Output urine meningkat (5) 4. Pengisi vena meningkat (5) 5. Ortopnea menurun (5) 6. Dispnea menurun (5) 7. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun (5) 8. Edema anasarka menurun (5) 9. Edema perifer menurun (5) 10. Berat badan menurun (5) 11. Distensi vena jugularis menurun (5) 12. Suara napas tambahan menurun (5) 13. Kongesti paru menurun (5) 14. Perasaan lemah menurun (5) 15. Keluhan haus menurun (5)	Manajemen hipovolemia (1.03116) : 1) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia yang meliputi frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan 2) Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral 3) Edukasi 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Anjurkan menghindari posisi mendadak 4) Kolaborasi

		16. Konsentrasi urine menurun (5) 17. Frekuensi nadi membaik (5) 18. Tekanan darah membaik (5) 19. Tekanan nadi membaik (5) 20. Membran mukosa membaik (5) 21. Jugular Venous Pressure membaik (5) 22. Kadar Hb membaik (5) 23. Kadar Ht membaik (5) 24. Central Venous Pressure membaik (5) 25. Refluks hepatojugular membaik (5) 26. Berat badan membaik (5) 27. Hepatomegali membaik (5) 28. Oliguria membaik (5) 29. Intake cairan membaik (5) 30. Status mental membaik (5) 31. Suhu tubuh membaik (5)	6. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misal NaCl. RL) 7. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (misal glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 8. Kolaborasi pemberian cairan koloid (misal albumin, Plasmanate) 9. Kolaborasi pemberian produk darah
3.	Gangguan integritas kulit (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125) dengan kriteria hasil : 1. Elastisitas meningkat (5) 2. Hidrasi meningkat (5) 3. Perfusi jaringan meningkat (5) 4. Kerusakan jaringan menurun (5) 5. Kerusakan lapisan kulit menurun (5) 6. Nyeri menurun (5) 7. Perdarahan menurun (5) 8. Kemerahan menurun (5) 9. Hematoma menurun (5) 10. Pigmentasi abnormal menurun (5) 11. Jaringan parut menurun (5) 12. Nekrosis menurun (5)	Perawatan integritas kulit (1.11353): 1) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) 2) Terapeutik 2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5. Gunakan produk berbahan petroleum

	13. Abrasi kornea menurun (5) 14. Suhu kulit membaik (5) 15. Sensasi membaik (5) 16. Tekstur membaik (5) 17. Pertumbuhan rambut membaik (5)	atau minyak pada kulit kering 6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 3) Edukasi 8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 9. Anjurkan minum air yang cukup 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
4.	Hipertermia (D.0130) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik (L.14134) dengan kriteria hasil : 1. Mengigil menurun (5) 2. Kulit merah menurun (5) 3. Kejang menurun (5) 4. Akrosianosis menurun (5) 5. Konsumsi oksigen menurun (5) 6. Piloereksi menurun (5) 7. Vasokonstriksi perifer menurun (5) 8. Kutis memorata menurun (5) 9. Pucat menurun (5) 10. Takikardi menurun (5)	Manajemen hipertermia (I.15506) 1) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi terpapar lingkungan panas penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 2) Terapeutik 5. Sediakan lingkungan yang dingin 6. Longgarkan atau lepaskan pakaian 7. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 8. Berikan cairan oral

		11. Takipnea menurun (5) 12. Bradikardi menurun (5) 13. Dasar kuku sianotik menurun (5) 14. Hipoksia menurun (5) 15. Suhu tubuh membaik (5) 16. Suhu kulit membaik (5) 17. Kadar glukosa darah membaik (5) 18. Pengisian kapiler membaik (5) 19. Ventilasi membaik (5) 20. Tekanan darah membaik (5)	9. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 10. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 11. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 12. Batasi oksigen, jika perlu 3) Edukasi 13. Anjurkan tirah baring 4) Kolaborasi 14. Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
5.	Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 3. Perilaku gelisah menurun (5) 4. Perilaku tegang menurun (5) 5. Keluhan pusing menurun (5) 6. Anoreksia menurun (5) 7. Palpitasi menurun (5) 8. Frekuensi pemapasan menurun (5) 9. Frekuensi nadi menurun (5) 10. Tekanan darah menurun (5) 11. Diaforesis menurun (5) 12. Tremor menurun (5) 13. Pucat menurun (5)	Intervensi reduksi ansietas (1.09314) : 1) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) 2) Terapeutik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat

14. Konsentrasi membaik (5)	ansietas mendengarkan dengan penuh perhatian
15. Pola tidur membaik (5)	
16. Perasaan keberdayaan membaik(5)	7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
17. Kontak mata membaik (5)	8. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
18. Pola berkemih membaik (5)	9. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan dating
19. Orientasi membaik (5)	
	3) Edukasi
	10. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkindialami
	11. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
	12. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
	13. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
	14. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
	15. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
	16. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
	17. Latih teknik relaksasi
	4) Kolaborasi
	18. Kolaborasi pemberian obat

antiansietas, jika perlu.			
6	Resiko Syok Hipovolemia (D.0039)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko syok hipovolemik dapat menurun (L.03032) dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan Nadi meningkat (5) 2. Output Urine meningkat (5) 3. Tingkat kesadaran meningkat (5) 4. Saturasi oksigen meningkat (5) 5. Kulit dingin menurun (5) 6. Pucat menurun (5) 7. Haus menurun (5) 8. Konfusi menurun (5) 9. Letargi menurun (5) 10. Asidosis metabolik menurun (5) 11. Mean arterial pressure membaik (5) 12. Tekanan darah sistolik membaik (5) 13. Tekanan darah diastolik membaik (5) 14. Tekanan nadi membaik (5) 15. Pengisian kapiler membaik (5) 16. Frekuensi nadi membaik (5) 17. Pengisian kapiler membaik (5) 18. Frekuensi nadi membaik (5) 19. Frekuensi napas membaik (5)	Intervensi manajemen syok hipovolemik (1.02050) : 1) Observasi 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah) 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit) 4. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap DOTS (deformity / deformitas, open wound/luka terbuka, tenderness/nyeri tekan, swelling/bengkak). 2) Terapeutik 6. Pertahankan jalan napas paten 7. Berikan oksigen untuk Mempertahankan saturasi oksigen >94% 8. Persiapan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 9. Lakukan penekanan langsung pada pendarahan eksternal 10. Berikan posisi syok (modified Trendelenburg) 11. Pasang jalur IV berukuran besar (minimal nomor 14 atau 16)

-
12. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine
 13. Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung
 14. Ambil sample darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
- 3) Kolaborasi
15. Kolaborasi pemberian infuse cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa
 16. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 mL/kgBB pada anak
 17. Kolaborasi pemberian transfuse darah, jika perlu.
-

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, Wahit Iqbal et al, 2015). Penatalaksanaan sebagian besar kasus diare dapat dilaksanakan di rumah dengan pemberian edukasi mengenai penyebab diare, komplikasi, dan terapi yang tepat. Pengasuh anak diberikan edukasi untuk memantau tanda-tanda dehidrasi, khususnya jumlah popok yang basah atau frekuensi berkemih, memantau cairan melalui mulut, dan menilai frekuensi defekasi serta jumlah cairan yang hilang melalui feses (L.Wong, 2009)

Implementasi keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori yaitu independent, interdependent, dan dependent.

1) Independent

Yaitu suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Lingkup tindakan keperawatan independent antara lain :

- (1) Mengkaji pasien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan pasien
- (2) Merumuskan diagnostic keperawatan sesuai respon pasien yang memerlukan intervensi keperawatan

- (3) Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan pasien
- (4) Mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan medis.

2) Interdependent

Suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lain, misalnya ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

3) Dependent

Berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan media atau instruksi dari tenaga medis (Asmadi, 2008).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria yang dibuat pada tahap intervensi Anak akan kembali ke dalam sistem atau proses keperawatan jika masalah keperawatan belum selesai atau akan keluar dari proses keperawatan jika masalah keperawatan anak telah berakhir.

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk.

SOAP (*Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning*)

- (a) *Subyektif* : Keluhan klien (apa yang dikatakan oleh klien, keluarga klien, dan orang terdekat klien).

- (b) *Obyektif* : Semua sesuatu yang bisa dilihat,diraba,dicium dan diukur oleh perawat.
- (c) *Assesment* : Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat atas kondisi klien.
- (d) *Planning* : Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.