

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Diare**

##### **2.1.1 Definisi Diare**

Diare adalah suatu penyakit yang ditandai dengan buang air besar lebih dari tiga kali sehari dengan perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang lembek sampai cair 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 adalah pengeluaran feses yang konsistensinya lembek sampai cair dengan frekuensi pengeluaran feses sebanyak 3 kali atau lebih dalam sehari. Diare dapat mengakibatkan demam, sakit perut, penurunan nafsu makan, rasa lelah dan penurunan berat badan. Diare dapat menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak, sehingga dapat terjadi berbagai macam komplikasi yaitu dehidrasi, renjatan hipovolemik, kerusakan organ bahkan sampai koma (Nurul et al, 2016).

### 2.1.2 Klasifikasi Diare

Menurut Kemenkes RI (2017) jenis diare dibagi menjadi empat yaitu :

#### 1. Diare akut

Diare akut yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari (umumnya kurang dari 7 hari<sup>8</sup>). 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. Disentri

Disentri yaitu diare yang disertai darah dalam tinjanya. Akibat disentri adalah anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat, kemungkinan terjadinya komplikasi pada mukosa.

#### 3. Diare persisten

Diare persisten yaitu diare yang berlangsung lebih dari 14 hari secara terus menerus. Akibat diare persisten adalah penurunan berat badan dan gangguan metabolisme.

4. Diare dengan masalah lain, yaitu anak yang menderita diare (diare akut dan diare peristen), mungkin juga disertai dengan penyakit lain, seperti demam, gangguan gizi atau penyakit lainnya.

### 2.1.3 Etiologi Diare

Penyakit diare secara klinis dapat dikelompokkan dalam golongan besar, yaitu infeksi, malabsorpsi, alergi, keracunan, imunodefisiensi, dan diare karena sebab-sebab lain, tetapi yang sering ditemukan adalah diare yang disebabkan oleh infeksi dan malabsorpsi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Faktor-faktor penyebab diare adalah sebagai berikut :

#### A. Faktor infeksi

1. Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama pada anak. Infeksi enteral disebabkan oleh:
  - a. Infeksi bakteri: *vibrio*, *Escherichia coli*, *salmonella*, *shigella*, *campylobacter*, dan *yershinia*.
  - b. Infeksi virus: enterovirus (*virus ECHO*, *coxsackiae*, *poliomyelitis*), *adenovirus*, *retrovirus*, dan lain-lain.
  - c. Infeksi parasit: cacing (*ascari*, *trichuris*, *oxyuris*, *histolitika*, *gardia lambia*, *tricomonas hominis*), jamur (*candida albicans*)
2. Infeksi parenteral yaitu infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti Otitis Media Akut (OMA), *tonsillitis*, *aonsilotaringitis*, *bronco pneumonia*, *encetalitis*.

#### B. Faktor Makanan

Makanan basi, beracun, tidak higienis, tidak matang saat dimasak, dan alergi terhadap makanan.

### C. Faktor Psikologis

Rasa takut, cemas, dan tegang, jika terjadi pada anak dapat menyebabkan diare kronis. Tetapi jarang terjadi pada anak balita, umumnya terjadi pada anak yang lebih besar.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis Diare

Tanda dan gejala awal diare ditandai dengan anak menjadi cengeng, gelisah, suhu meningkat, nafsu makan menurun, tinja cair (lendir dan tidak menutup kemungkinan diikuti keluarnya darah, anus lecet, dehidrasi (bila terjadi dehidrasi berat maka volume darah berkurang, nadi cepat dan kecil, denyut jantung cepat, tekanan darah turun, keadaan menurun diakhiri dengan syok, berat badan menurun, turgor kulit menurun, mata dan ubun-ubun cekung, mulut dan kulit menjadi kering (Octa, dkk 2014).

Menurut Kemenkes (2017) tanda dan gejala yang terjadi pada klien diare berdasarkan tingkat dehidrasi :

- a. Diare dengan dehidrasi ringan/sedang
  - 1) Anak mengalami gelisah atau rewel
  - 2) Mata cekung
  - 3) Rasa haus meningkat
  - 4) Turgor kembali lambat
  - 5) Kehilangan cairan 5-10% dari berat badan
- b. Diare dengan dehidrasi berat
  - 1) Lesu atau lunglai
  - 2) Mata cekung

- 3) Malas minum
- 4) Turgor kembali sangat lambat >2 detik
- 5) Kehilangan cairan >10% dari berat badan

### 2.1.5 Derajat Dehidrasi Diare

Menurut banyaknya cairan yang hilang, derajat dehidrasi dapat dibagi berdasarkan:

- a. Kehilangan berat badan
  - 1) Tidak ada dehidrasi, bila terjadi penurunan berat badan 2,5%.
  - 2) Dehidrasi ringan/sedang bila terjadi penurunan berat badan 2,5-5%.
  - 3) Dehidrasi berat bila terjadi penurunan berat badan 5-10%
- b. Skor Maurice King

| Bagian tubuh<br>Yang diperiksa | Nilai untuk gejala yang ditemukan |                                      |                               |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
|                                | 0                                 | 1                                    | 2                             |
| Keadaan Umum                   | Sehat                             | Anak cengeng, apatis, ngantuk        | Anak mengigau, koma atau syok |
| Kekenyalan Kulit               | Normal                            | Sedikit kurang                       | Sangat kurang                 |
| Mata                           | Normal                            | Sedikit cekung                       | Sangat cekung                 |
| Ubun-ubun                      | Normal                            | Sedikit cekung                       | Sangat cekung                 |
| Mulut                          | Normal                            | Kering                               | Kering dan sianosis           |
| Denyut nadi/menit              | Kuat<br>>140x/menit               | Sedang<br>120x/menit –<br>140x/menit | Lemah<br><120x/menit          |

Tabel 2.1 Skor Maurice King

#### Keterangan

- Jika mendapat nilai 1-2 dehidrasi ringan
- Jika mendapat nilai 3-6 dehidrasi sedang

- Jika mendapat nilai 7-12 dehidrasi berat

### **2.1.7 Komplikasi Diare**

Menurut Ambarwati (2015) akibat diare dan kehilangan cairan serta elektrolit secara mendadak dapat terjadi berbagai komplikasi sebagai berikut :

- a. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik, atau hipertonik)
- b. Hipokalemia (gejala meteorismus, hipotoni otot lemah, dan bradikardi)
- c. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase
- d. Hipoglikemia
- e. Kejang terjadi pada dehidrasi hipertonik

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

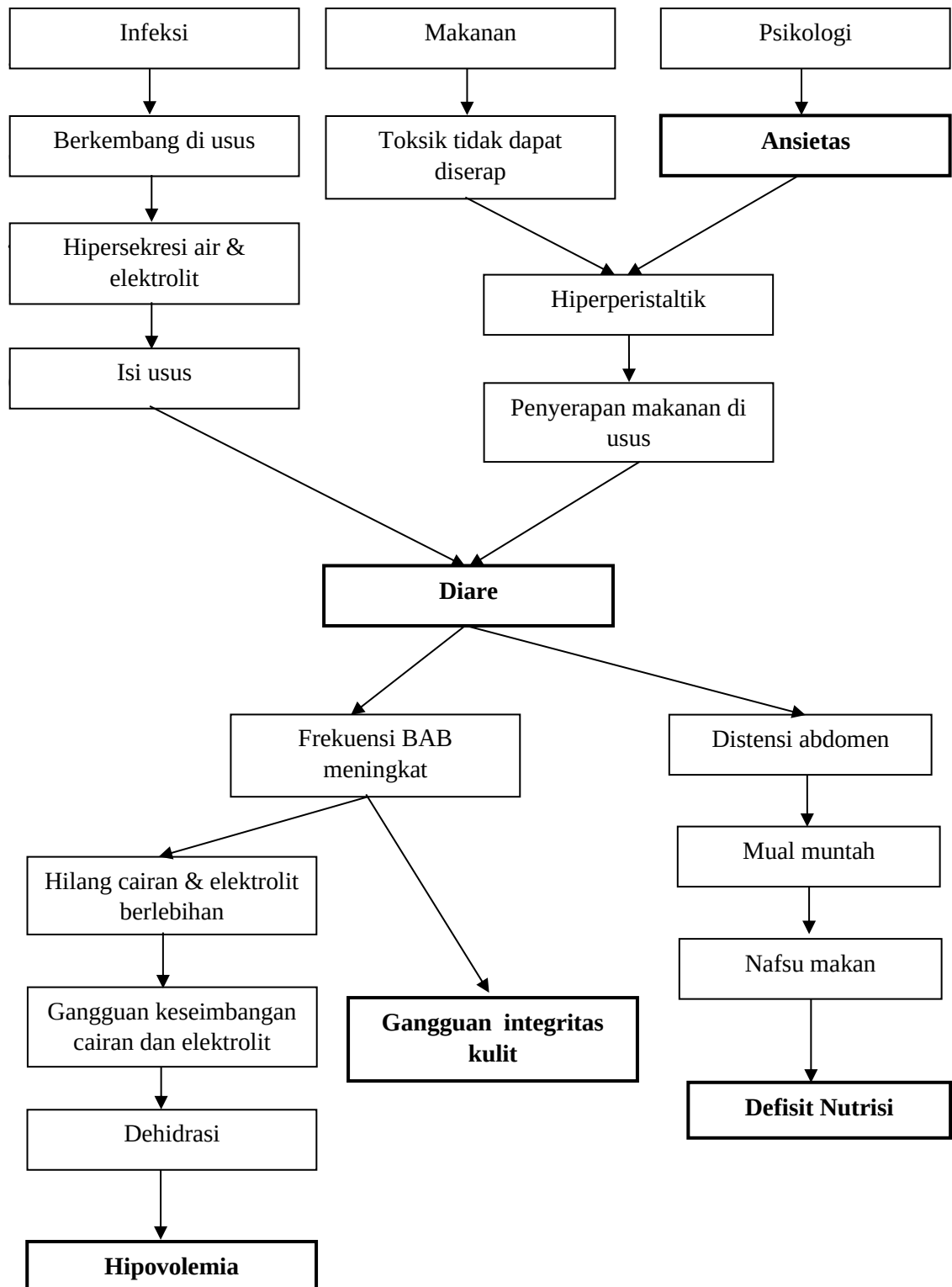
Pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan harus dipilih berdasarkan prioritas diagnosis klinis yang paling mungkin:

1. Tes darah : Secara umum dilakukan hitung darah lengkap, LED, biokimiawi darah, tes khusus dilakukan untuk mengukur albumin serum, vitamin B12 dan folat, fungsi tiroid, antibodi endomisial untuk penyakit siliaka.
2. Mikroskopik dan kultur tinja (x3) : Hasil kultur negatif belum menyingkirkan giardiasis.

3. Lemak dan tinja : Cara paling sederhana adalah pewarnaan sampel tinja dengan sudan black kemudian diperiksa di bawah mikroskop. Pada kasus yang lebih sulit, kadar lemak tinja harus diukur, walaupun untuk pengukuran ini dibutuhkan diet yang terstandarisasi.
4. Foto polos abdomen : Pada foto polos abdomen bisa terlihat klasifikasi pankreas, sebaiknya diperiksa dengan endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) dan/atau CT pankreas.
5. Endoskopi, aspirasi duodenum, dan biopsi : Untuk menyingkirkan penyakit seliaka dan giardiasis.
6. Kolonoskopi dan biopsi : Endoskopi saluran pencernaan bagian bawah lebih menguntungkan dari pada pencitraan radiologi dengan kontras karena, bahkan ketika mukosa terlihat normal pada biopsi bisa ditemukan kolitis mikroskopik (misalnya kolistik limfositik, kolitis kolagenosa).
7. Hydrogen breath test : Untuk hipolaktasia (laktosa) atau pertumbuhan berlebihan bakteri pada usus halus (laktulosa).
8. Pencitraan usus halus : Bisa menunjukkan divertikulum jejuni, penyakit Crohn atau bahkan struktur usus halus.
9. Berat tinja 24 jam (diulang saat puasa) : Walaupun sering ditulis di urutan terakhir daftar pemeriksaan penunjang pemeriksaan ini tetap merupakan cara paling tepat untuk membedakan diare osmotik dan diare sekretorik.

10. Hormon usus puasa : Jika ada dugaan tumor yang mensekresi hormon harus dilakukan pengukuran kadar hormon puasa.

### 2.1.9 Patofisiologi Diare



Gambar 2.1 Skema Patofisiologi Diare  
(Nurarif, Amin & Kusuma, H., 2016)

**Uraian :**

Penyebab terjadinya diare dapat dikelompokkan menjadi 3 macam. Yang pertama adalah faktor infeksi, infeksi ini terjadi karena masuknya kuman atau mikroorganisme patogen yang masuk ke dalam tubuh melalui saluran cerna dan berkembang dalam usus yang menyebabkan hiperekresi air dan elektrolit dalam usus meningkat sehingga menyebabkan diare. Kedua, faktor makanan yang terkontaminasi oleh racun. Toksin ini tidak dapat diserap dan tubuh berusaha mengeluarkannya dengan cara hiperperistaltik usus, akibatnya penyerapan makanan dan cairan tidak dapat maksimal sehingga timbul penyakit diare. Ketiga, adalah faktor psikologis, faktor ini memicu kecemasan atau ansietas sehingga otot yang dipengaruhi oleh saraf otonom seperti dinding usus mengalami peningkatan aktivitas dan terjadi hiperperistaltik sehingga terjadi diare. Diare menimbulkan frekuensi BAB meningkat sehingga tubuh kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih, sehingga dapat memunculkan masalah keperawatan hipovolemia. Hipovolemia yang tidak segera ditangani menyebabkan dehidrasi dan akan menimbulkan masalah keperawatan hipovolemia. Frekuensi BAB yang sering juga dapat menimbulkan iritasi di area sekitar anus sehingga muncul masalah keperawatan gangguan integritas kulit. Selain masalah di atas, diare juga bisa menyebabkan distensi abdomen yang menimbulkan efek mual atau muntah sehingga nafsu makan menurun dan timbul masalah keperawatan defisit nutrisi.

### 2.1.10 Penatalaksanaan Diare

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2011) Prinsip yang digunakan dalam penatalaksanaan diare pada balita adalah menggunakan Lintas Diare (Lima Langkah Tuntaskan Diare), yang didukung oleh Ikatan Dokter Anak Indonesia dengan rekomendasi dari WHO.

#### 1. 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 di pasaran. 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.

Tabel 2.2 Kebutuhan Oralit Per Kelompok Umur

| 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                      |

#### 2. Suplement Zinc

Suplement zinc digunakan untuk mengurangi durasi diare, menurunkan risiko keparahan penyakit, dan mengurangi episode diare. 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 sebagai berikut :

- a. 10 mg/hari (usia < 6 bulan)
- b. 20 mg /hari (usia > 6 bulan).

### 3. 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 pemerian 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.

### 4. 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 kultur darah positif bakteri.

#### 5. 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.

Menurut MTBS ( Manajemen Terpadu Balita Sakit )

Sesuai dengan klasifikasi derajat dehidrasi pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit, tindakan yang diperlukan adalah:

- a) Dehidrasi Berat
  1. Jika bayi mempunyai klasifikasi yang, membutuhkan rujukan segera
  2. Ke rumah sakit terdekat dan selama perjalanan mintalah agar ibu sering memberikan larutan oralit sedikit demi sedikit
  3. Nasihati agar tetap memberikan ASI
- b) Dehidrasi ringan atau sedang
  1. Beri cairan dan makanan untuk dehidrasi ringan atau sedang

2. Jika bayi mempunyai klasifikasi yang membutuhkan rujukan segera rujukan ke rumah sakit terdekat selama perjalanan mintalah segera ibu sering memberikan cairan oralit sedikit demi sedikit
  3. Nasihati agar tetap memberikan ASI
- c) Tanpa dehidrasi
- Beri cairan untuk pengobatan diare di rumah
- d) Diare persisten berat, jika berlangsung selama 14 hari atau lebih yaitu jika bayi mengalami dehidrasi atasi dahulu dehidrasinya sebelum dirujuk kecuali jika bayi juga menderita infeksi bakteri yang serius, rujuk.
- e) Disentri atau gangguan saluran pencernaan, ada darah dalam tinja :
1. Cegah agar gula darah tidak turun
  2. Nasihati ibu tentang menjaga bayi agar tetap hangat selama perjalanan ke rumah sakit
  3. Rujuk segera

#### Menghitung Keseimbangan Cairan

Ketika menghitung balance cairan seseorang harus memperhatikan beberapa faktor, seperti berat badan dan umur. Karena penghitungannya antara usia anak dengan dewasa berbeda. Menghitung balance cairan pun harus diperhatikan mana yang termasuk kelompok intake cairan dan mana yang output cairan. Kebutuhan cairan pada anak adalah  $70\% \times \text{BB}$  (dalam gram)/hari

#### a) Rumus balance cairan

1.  $\text{Intake/cairan masuk} = \text{Output/cairan keluar} + \text{IWL (Insensible Water Loss)}$

2. Intake/cairan masuk = Meliputi cairan infus, minum, kandungan cairan dalam makanan pasien, air hasil oksidasi (metabolisme), volume obat-obatan, termasuk obat suntik, obat yang di drip, albumin.
3. Output/cairan keluar = Urine dalam 24 jam, jika dipasang kateter maka hitung dalam ukuran di urobag, jika tidak terpasang maka harus menampung urinenya sendiri, biasanya ditampung di botol air mineral dengan ukuran 1,5 liter, feses.

b) Rumus IWL

1. IWL (Insensible Water Loss)

Merupakan jumlah cairan yang keluarnya tidak disadari dan sulit dihitung, yaitu jumlah keringat, uap hawa nafas.

(1) Rumus IWL

$$IWL = (15 \times BB) / 24 \text{ jam}$$

(2) Rumus IWL Kenaikan Suhu

$$[IWL \text{ Normal} + 200 (\text{suhu tubuh} - 36,8^{\circ}\text{C})]$$

2. Teknik menghitung balance cairan pada anak

Menghitung balance cairan anak tergantung pada tahap umur, untuk menentukan Air Metabolisme, yaitu:

1. Usia Balita (1 – 3 tahun) : 8 cc/kgBB/hari
2. Usia 5 – 7 tahun : 8 – 8,5 cc/kgBB/hari
3. Usia 7 – 11 tahun : 6 – 7 cc/kgBB/hari
4. Untuk IWL (Insensible Water Loss) pada anak (30 – usia anak dalam tahun) x cc/kgBB/hari
5. Jika anak mengompol menghitung urine 0,5 cc – 1 cc/kgBB/hari

## **2.2 Konsep Dasar Anak**

### **2.2.1 Definisi Anak**

Anak adalah seseorang sebelum usia 18 tahun , termasuk yang masih dalam kandungan dan individu yang masih tergantung pada orang dewasa dan lingkungannya, artinya lingkungan memfasilitasi dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan untuk belajar mandiri (Supartini, 2013). Menurut World Health Organization (WHO) anak adalah di hitung dari sejak kandungan sampai dengan usia 19 tahun.

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang di mulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses perkembangan 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 kan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi dimana bayi akan menangis saat lapar (Yuliasati & Armis, 2016).

### **2.2.2 Paradigma Keperawatan Anak**

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, di antaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan.

a. Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 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.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya

ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang.

b. 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.

c. 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.

d. 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 Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan menyejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak

### 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 memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari (Nining, 2016) :

- 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.
- c. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
- d. 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.

- e. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam menyejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
- f. 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).
- g. 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.

#### **2.2.4 Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Pada Balita 1-5 Tahun**

- 1. Perkembangan anak usia 1 tahun
  - a. Motorik / Bermain
    - a) Berjalan tanpa bantuan
    - b) Memanjat tangga
    - c) Berlutut tanpa sokongan
  - b. Motorik halus
    - a) Senang menjatuhkan benda ke lantai

- b) Dapat membangun menara dari dua kotak
    - c) Mencoret-coret dengan spontan.
  - c. Bahasa
    - a) Mengatakan empat sampai enam kata
    - b) Meminta objek dengan menunjukkan
    - c) Memahami perintah sederhana
    - d) Menggunakan kata “Tidak” meskipun menyetujui permintaan.
  - d. Sosial / Kognisi
    - a) Menoleransi perpisahan dengan orang tua
    - b) Dapat meniru orang tua membersihkan rumah (menyapu, mengelap, melipat pakaian)
    - c) Makan sendiri dan sedikit tumpah
    - d) Mencium dan memeluk orang tua, gambar dalam buku
- 2. Perkembangan anak usia 2 tahun
  - a. Motorik / Bermain
    - a) Naik turun tangga sendiri dengan dua kaki pada setiap langkah
    - b) Berlari seimbang dengan langkah lebar
    - c) Menangkap objek tanpa jatuh
  - b. Motorik halus
    - a) Menendang bola dengan baik
    - b) Membangun menara dengan 6-7 kotak
    - c) Menyusun 2 atau lebih kotak menyerupai kereta
    - d) Menggambar meniru gerakan vertikal dan melingkar

c. Bahasa

- a) Perbendaharaan kata kira-kira 300 kata
- b) Menggunakan 2-3 kata dalam kalimat
- c) Menggunakan kata ganti saya, aku dan kamu
- d) Menyebutkan nama pertama dengan menunjukkan dirinya
- e) Mengungkapkan kebutuhan untuk makan, minum dan toileting

d. Sosial / Kognisi

- a) Mendorong orang untuk menunjukkan sesuatu pada mereka
- b) Peningkatan kemandirian
- c) Berpakaian sendiri
- d) Tahap permainan paralel

3. Perkembangan anak usia 3 tahun

a. Motorik kasar

- a) Mencoba menjaga keseimbangan diri dengan berjalan di atas balok atau jembatan kayu
- b) Mulai dapat memainkan papan luncur
- c) Mulai mencoba mengayuh sepeda roda tiga.

b. Motorik halus

- a) Dapat menyusun menara dengan delapan kotak
- b) Dapat menggunting dengan gunting yang besarnya sesuai dengan telapak tangannya.

c. Bahasa

- a) Menggunakan kata ganti aku, kamu dan saya dengan benar Siap mendengar cerita yang lebih kompleks dengan karakter lebih beragam.
- b) Mulai memahami tata bahasa sederhana dalam mengucapkan kata pendek.

d. Sosial / Kognisi

- a) Mencoba membedakan benda dari tinggi dan besarnya, meski belum tentu benar
- b) Menuturkan cerita-cerita sederhana dari hasil imajinasinya
- c) Dapat mengingat apa yang dilakukannya pada masa lalu dan menceritakannya

4. Perkembangan anak usia 4 tahun

a. Motorik kasar

- a) Melompat dengan satu kaki
- b) Menangkap bola dengan tepat
- c) Melempar bola bergantian tangan

b. Motorik halus

- a) Menggunakan gunting dengan baik untuk memotong gambar mengikuti garis
- b) Dapat memasang sepatu tetapi tidak mampu mengikat talinya
- c) Dapat menggambar menyalin bentuk kotak, garis silang atau segi tiga

- c. Bahasa
    - a) Perbendaharaan sekitar 1.500 kata
    - b) Menggunakan kalimat dari 4-5 kata
    - c) Menceritakan cerita dengan berlebih-lebihan
  - d. Sosial / Kognisi
    - a) Sangat mandiri
    - b) Cenderung untuk keras kepala dan tidak sabar
    - c) Agresif secara fisik dan verbal
    - d) Mendapat kebanggaan dalam pencapaian.
5. Perkembangan anak usia 5 tahun
- a. Motorik kasar
    - a) Melompat dengan kaki bergantian
    - b) Melempar dan menangkap bola dengan baik
    - c) Melompat ke atas
    - d) Belajar mundur dengan tumit dan jari kaki
  - b. Motorik halus
    - a) Mengikat tali sepatu
    - b) Menggunakan gunting, alat sederhana, atau pensil dengan baik
  - c. Bahasa
    - a) Perbendaharaan kata sampai 2.500 kata
    - b) Menggunakan kalimat dengan 6-8 kata
    - c) Menyebutkan empat atau lebih warna
    - d) Mengetahui nama-nama hari dalam seminggu, bulan dan kata yang berhubungan dengan waktu lainnya

d. Sosial / Kognisi

- a) Kurang memberontak di banding sewaktu umur 4 tahun
- b) Lebih tenang dan berhasrat untuk menyelesaikan urusan
- c) Mandiri tapi dapat dipercaya, tidak kasar, lebih bertanggung jawab
- d) Sangat ingin tahu tentang informasi faktual mengenai dunia.

(Adriyana, 2011).

### 2.2.5 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) (Depkes, 2006 dalam Nining, 2016).

1) Faktor internal

- a) Ras/etnik atau bangsa.

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika tidak memiliki faktor herediter/ras/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.

## **2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnose keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2016). Dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar. Langkah- langkah dalam pengkajian meliputi :

#### **1. Identitas**

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 ml/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 *antibiotic* atau *kortikosteoroid* jangka panjang (perubahan *candida albicia* 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. (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)

#### 6. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

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

juaga mengalami gangguan perkembangan pada anak yaitu pada aspek fisik, kognitif, dan emosional ( Sufa et al, 2023)

## 7. 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 personal hygiene yang kurang sudah terkena kuman penyebab diare.

### c. Perilaku yang mempengaruhi Kesehatan

Buang air besar yang tidak ada pada tempat (sembarangan) atau disungai dan cara maupun tempat bermain anak yang kurang higienis dapat mempermudah masuknya kuman lewat fecal oral.

### d. Persepsi keluarga

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

## 8. 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 cair, 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 aktivitas

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

9. 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

- 1) Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi)
- 2) Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan/sedang)
- 3) Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)

e. Sistem Pernafasan

Dispnea, pernafasan cepat lebih dari 40x/menit karena akan menyebabkan asidosis metabolik (kontraksi otot pernafasan).  
(Susilaningrum et al, 2013)

f. Dada

Paru-paru

Pernafasan anak cepat, lemah dangkal bila dehidrasi berat. Pada dehidrasi ringan/sedang pernafasan anak normal.

### 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, peagion 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 Integumen

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

### h. Abdomen

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

## 10. Pemeriksaan penunjang

- a. Darah lengkap (leukosit meningkat, Hb)
- b. Pemeriksaan elektrolit, pH dan cadangan alkali (juga dengan pemberian infus 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, pO<sub>2</sub> meningkat, pCO<sub>2</sub> meningkat, HCO<sub>3</sub> menurun)
- g. Radiologi : mungkin ditemukan bronchopneumoni

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus diare menurut Nuraarif & Kusuma (2015) dan PPNI (2017) sebagai berikut :

#### 1) Diare (D.0020)

##### a. Definisi :

Pengeluaran feses sebanyak 3 kali atau lebih dalam satu hari. Feses yang keluar bisa berupa lembek atau sangat berair.

##### b. Penyebab :

Fisiologis

1. Inflamasi gastrointestinal.
2. Iritasi gastrointestinal.
3. Proses infeksi.

#### 4. Malabsorpsi.

##### Psikologis

1. Kecemasan
2. Tingkat stres tinggi

##### Situasional

1. Terpapar kontaminan
2. Terpapar toksin
3. Penyalahgunaan laksatif
4. Penyalahgunaan zat
5. Program pengobatan (Agen tiroid, analgesik, pelunak feses, ferosulfat, antasida, cimetidine, dan antibiotik)
6. Perubahan air dan makanan
7. Bakteri pada air

#### c. Gejala dan tanda mayor

##### Subjektif

(tidak tersedia)

##### Objektif

- a) Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam
- b) Feses lembek atau cair

#### d. Gejala dan tanda minor

##### Subjektif

- a) Urgency
- b) Nyeri/kram abdomen

##### Objektif

- a) Frekuensi peristaltik meningkat
- b) Bising usus hiperaktif

## 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

**c. Gejala dan tanda mayor**

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Frekuensi nadi meningkat
- b) Nadi teraba lemah
- c) Tekanan darah menurun
- d) Tekanan nadi menyempit
- e) Turgor kulit menurun
- f) Membran mukosa kering
- g) Volume urine menurun
- h) Hematokrit meningkat

**d. Gejala dan tanda minor**

Subjektif

- a) Merasa lemah
- b) Mengeluh haus

Objektif

- a) Pengisian vena menurun
- b) Status mental berubah
- c) Suhu tubuh meningkat

- d) Konsentrasi urin meningkat
- e) Berat badan turun tiba-tiba

### 3) 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 nutrisi
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Faktor ekonomis (mis: finansial tidak mencukupi)
6. Faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)

#### c. Gejala dan tanda mayor

| Subjektif      | Objektif             |
|----------------|----------------------|
| Tidak tersedia | Berat badan menurun  |
|                | Minimal 10% di bawah |
|                | Rentang ideal        |

#### d. Gejala dan tanda minor

| Subjektif                      | Objektif                  |
|--------------------------------|---------------------------|
| a) Cepat kenyang setelah makan | a) Bising usus hiperaktif |
| b) Kram/nyeri abdomen          | b) Otot mengunyah lemah   |
| c) Nafsu makan menurun         | c) Otot menelan lemah     |

- d) Membran mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun
- g) Rambut rontok berlebihan
- h) Diare

#### **4) Ansietas (D.0080)**

##### **a. Definisi**

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi 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
10. Kurang terpapar informasi

**c. Gejala dan tanda mayor**

Subjektif

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c) Sulit berkonsentrasi

Objektif

- a) Tampak gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur

**d. Gejala dan tanda minor**

Subjektif

- a) Mengeluh pusing
- b) Anoreksia
- c) Palpitasi
- d) Merasa tidak berdaya

Objektif

- a) Frekuensi napas meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) Tekanan darah meningkat
- d) Diaphoresis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih

**5) 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. Kekurangan/kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
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 / melindungi integritas jaringan

## **c. Gejala dan tanda mayor**

|                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| Subjektif        | Objektif                             |
| (tidak tersedia) | Kerusakan jaringan dan lapisan kulit |

## **d. Gejala dan tanda minor**

|           |          |
|-----------|----------|
| Subjektif | Objektif |
|-----------|----------|

(tidak tersedia)

- a) Nyeri
- b) Perdarahan
- c) Kemerahan
- d) Hematoma

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

PPNI (2018) menyatakan bahwa yang dimaksud dengan intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit diare adalah sebagai berikut:

#### 1) Diare (D.0020)

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Kontrol pengeluaran feses meningkat
2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
3. Mengejan saat defekasi menurun
4. Konsistensi feses membaik
5. Frekuensi BAB membaik
6. Peristaltik usus membaik

**Intervensi Manajemen Diare (1.03101) :****a) Observasi**

1. Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu)
2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan
3. Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, keputihan pada bayi)
4. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses
5. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)
6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal
7. Monitor jumlah dan pengeluaran diare
8. Monitor keamanan penyiapan makanan

**b) Terapeutik**

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), jika perlu
4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit
5. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu

**c) Edukasi**

1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa
3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI

**d) Kolaborasi**

1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat)
2. Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine)
3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: *atapugit*, *smektit*, *kaolin-pektin*)

**Intervensi Pemantauan Cairan (I.03101)****a) Observasi**

1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
2. Monitor frekuensi napas
3. Monitor tekanan darah
4. Monitor berat badan
5. Monitor waktu pengisian kapiler
6. Monitor elastisitas atau turgor kulit
7. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine
8. Monitor kadar albumin dan protein total
9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN)

10. Monitor intake dan output cairan

11. Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, hasil, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)

12. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)

13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)

#### **b) Terapeutik**

1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
2. Dokumentasikan hasil pemantauan

#### **c) Edukasi**

1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2. Dokumentasikan hasil pemantauan

### **2) Hipovolemia (D.0023)**

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil sebagai berikut:

1. Kekuatan nadi meningkat
2. Output urine meningkat
3. Membran mukosa lembab meningkat
4. Ortopnea menurun
5. Dispnea menurun
6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun
7. Edema anasarka menurun
8. Edema perifer menurun
9. Frekuensi nadi membaik
10. Tekanan darah membaik
11. Turgor kulit membaik
12. Jugular venous pressure membaik
13. Hemoglobin membaik
14. Hematokrit membaik

**Intervensi Manajemen Hipovolemia (I.03116) :**

**a) Observasi**

1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
2. Monitor intake dan output cairan

**b) Terapeutik**

1. Hitung kebutuhan cairan

2. Berikan posisi modified Trendelenburg
3. Berikan asupan cairan oral

**c) Edukasi**

1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

**d) Kolaborasi**

1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL)
2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)
4. Kolaborasi pemberian produk darah

**3) Defisit Nutrisi (D.0019)**

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut:

1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
2. Berat badan membaik
3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik

**Intervensi manajemen nutrisi (1.03119) :**

**a) Observasi**

1. Identifikasi status nutrisi
2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
3. Identifikasi makanan yang disukai
4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

6. Monitor asupan makanan
7. Monitor berat badan
8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

**b) Terapeutik**

1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
6. Berikan suplemen makanan, jika perlu
7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi

**c) Edukasi**

1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu
2. Ajarkan diet yang diprogramkan

**d) Kolaborasi**

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

**Promosi Berat Badan (I.03136)**

**a) Observasi**

1. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang
2. Monitor adanya mual dan muntah

3. Monitor jumlah kalori yang di konsumsi sehari-hari
4. Monitor berat badan
5. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum

**b) Terapeutik**

1. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu
2. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis: makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi)
3. Hidangkan makanan secara menarik
4. Berikan suplemen, jika perlu
5. Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai

**c) Edukasi**

1. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau
2. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan

**4) Ansietas (D.0080)**

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Verbalisasi kebingungan menurun
2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
3. Perilaku gelisah menurun

4. Perilaku tegang menurun
5. Konsentrasi membaik
6. Pola tidur membaik

**Intervensi reduksi ansietas (1.09314) :**

**a) Observasi**

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

**b) Terapeutik**

1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
3. Pahami situasi yang membuat ansietas
4. Dengarkan dengan penuh perhatian
5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

**c) Edukasi**

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
8. Latih Teknik relaksasi

**d) Kolaborasi**

1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu

**Intervensi Terapi relaksasi (I.09326)**

**a) Observasi**

1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya
4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi

**b) Terapeutik**

1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan

2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
3. Gunakan pakaian longgar
4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai

**c) Edukasi**

1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
6. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

**5) Gangguan integritas kulit (D.0129)**

**Tujuan :** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Kerusakan jaringan menurun
2. Kerusakan lapisan kulit menurun

**Intervensi Perawatan Integritas Kulit (I.11353)****a) Observasi**

1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

**b) Terapeutik**

1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

**c) Edukasi**

1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)
2. Anjurkan minum air yang cukup
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (PPNI, 2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keperawatan antara lain: kemampuan intelektual, teknikal, dan interpersonal; kemampuan menilai data baru; kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan; penyesuaian selama berinteraksi dengan klien; kemampuan mengambil keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan; kemampuan untuk menjamin kenyamanan dan keamanan serta efektivitas tindakan (PPNI, 2019)

### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Olfah & Ghofur, 2016).

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, Assessment, Planning).

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

1. S (Subyektif), yaitu keluhan-keluhan pasien (apa saja yang dikatakan pasien, keluarga pasien dan orang terdekat pasien)
2. O (Obyektif), yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat
3. A (Assessment), yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi pasien
4. P (Planning), yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pasien selanjutnya.