

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### **1. Pengertian Diare**

Diare adalah gangguan buang air besar (BAB) dengan konsistensi feses lebih cair dengan frekuensi lebih dari tiga kali sehari serta dapat disertai dengan darah atau lendir (Kemenkes RI, 2019).

Diare merupakan peningkatan frekuensi buang air besar atau peningkatan kandungan cairan di dalam tinja. Volume, frekuensi, dan konsistensi buang air besar/tinja cukup bervariasi di antara individu bahkan pada bayi dan anak-anak. Pada bayi dapat dikatakan diare selama ada cairan yang mengelilingi tinja (Bernstein, 2014).

Sedangkan menurut WHO, Diare didefinisikan sebagai keluarnya feses cair sebanyak tiga kali atau lebih dalam sehari atau pada individu keluarnya feses cair lebih sering dari frekuensi biasanya. Hal ini merupakan gejala infeksi saluran usus yang disebabkan oleh berbagai organisme virus, bakteri, dan parasit. Diare dapat berlangsung selama beberapa hari dan dapat menyebabkan dehidrasi yang merupakan penyebab kematian dan penyakit serius pada anak dibawah lima tahun (WHO, 2017)

## 2. Etiologi

Sebagian besar mikroorganisme patogen yang menyebabkan diare ditularkan lewat jalur fekal-oral melalui makanan atau air yang terkontaminasi atau ditularkan antar manusia (L. Wong, 2008). Etiologi atau penyebab dari diare akut yaitu :

### a. Faktor infeksi

#### 1) Agens virus

##### a) *Rotavirus*

Rotavirus merupakan penyebab diare pada anak balita nomor satu di dunia. Patologi *Rotavirus* adalah menginvasi epitel mukosa usus halus dan menyebabkan absorpsi garam dan air menurun. Infeksi lebih sering terjadi di musim dingin dan biasanya ringan dan dapat sembuh sendiri. *Rotavirus* juga merupakan penyebab infeksi nosokomial di rumah sakit dan penyebab gastroenteritis pada anak-anak di tempat penitipan anak (L. Wong, 2008).

##### b) Virus penyebab diare Lainnya

*Norwalk-like virus* dilaporkan menyebabkan epidemi diare dan keracunan pada makanan dan merupakan mikroba yang ditemukan pada kejadian luar biasa di kapal pesiar (Bernstein, 2014).

## 2) Agens bakteri

### a) *Escherichia coli*

*Escherichia coli* merupakan bakteri yang menyebabkan infeksi pada anak terutama dibawah tahun dan biasanya disebabkan karena produksi enterotoksin sehingga mempengaruhi absorpsi dalam usus (L. Wong, 2008)

### b) *Salmonella typhi*

Bakteri *Salmonella* tertular dari hewan terutama ketika makan makanan yang tidak diolah atau kurang matang. Bakteri ini menyebabkan enteritis yang dicirikan dengan dengan diare berat yang dapat mematikan pada bayi, lansia, dan individu lemah imun (G. Loeffler, 2018)

### c) *Campylobacter jejuni*

*Campylobacter jejuni* adalah bakteri yang menyebabkan enterokolitis bakterialis. Nyeri abdomen, demam, mual dan muntah sering menyertai diare (Bernstein, 2014).

### d) *Shigella*

Galur *shigella* dapat menyebabkan kerusakan besar pada kolon distal dan rektum. Gambaran paling umum adalah keram perut, demam, dan muntah. Kemudian timbul

diare, sering kali kerap dengan volume sedikit tetapi bercampur pus dan darah (Bernstein, 2014).

e) *Vibrio cholerae*

Sumber *Vibrio cholerae* air yang terkontaminasi feses dari orang yang terinfeksi yang menyebabkan penyakit kolera yaitu diare berat dan banyak yang dapat menyebabkan dehidrasi (G. Loeffler, 2018).

b. Faktor malabsorpsi

Menurut Ngastiyah (2014), faktor malabsorpsi yang dapat menyebabkan diare yaitu :

- 1) Malabsorpsi karbohidrat monosakarida (intoleransi fruktosa, glukosa, dan galaktosa), disakarida (intoleransi sukrosa, maltosa, dan laktosa).
- 2) Malabsorpsi protein merupakan kegagalan dalam penyerapan yang mengakibatkan peningkatan tekanan osmotik sehingga terjadi pergeseran elektrolit dan air ke rongga usus dan meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadi diare.
- 3) Malabsorpsi lemak

c. Faktor makanan/keracunan/alergi/intoleran laktosa

Makanan basi, beracun, makanan yang merangsang dan alergi terhadap makanan merupakan beberapa faktor makanan yang dapat menyebabkan diare. Apabila terdapat toksin yang tidak mampu diserap dengan baik oleh tubuh akan menyebabkan terjadinya

penurunan kesempatan untuk menyerap makanan karena terjadi peningkatan peristaltik usus.

### **3. Manifestasi Klinis dan Tanda Gejala**

Pada awalnya bayi atau anak akan menjadi cengeng, gelisah, dan suhu tubuh mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Tinja akan semakin cair, mungkin dapat mengandung darah atau lendir, warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur empedu. Karena seringnya defekasi, anus dan sekitarnya akan lecet karena tinja semakin lama akan semakin asam akibat banyaknya asam laktat yang terjadi dari pemecahan laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus. Gejala muntah dapat sebelum atau sesudah diare (Suraatmaja, 2010)

Tanda dan gejala diare yang tampak menurut Manajemen Terpadu Balita Sakit (2015) yaitu :

a. Diare dehidrasi berat

Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut :

- 1) Letargis atau tidak sadar
- 2) Mata cekung
- 3) Tidak bisa minum atau malas minum
- 4) Cubitan kulit perut kembali sangat lambat

b. Diare dehidrasi ringan/sedang

Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut :

- 1) Rewel atau mudah marah

- 2) Mata cekung
- 3) Haus, minum dengan lahap
- 4) Cubitan kulit perut kembali lambat.

c. Diare tanpa dehidrasi

Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang.

d. Diare persisten berat

- 1) Diare selama 14 hari atau lebih
- 2) Dengan dehidrasi

e. Diare persisten

- 1) Diare selama 14 hari atau lebih
- 2) Tanpa dehidrasi

#### 4. Patofisiologi

Aspek-aspek perubahan dalam tubuh yang disebabkan oleh diare pada anak antara lain:

a. Kehilangan air (dehidrasi)

Dehidrasi adalah kondisi yang diakibatkan oleh kehilangan cairan tubuh yang berlebihan. Pada malnutrisi akut yang parah, dehidrasi disebabkan oleh penyakit diare yang tidak segera ditangani sehingga menyebabkan kehilangan air dan elektrolit (WHO, 2012).

b. Gangguan keseimbangan asam-basa (Metabolik asidosis)

Metabolik asidosis terjadi karena pada keadaan diare diakibatkan karena

- 1) Kehilangan Na-bikarbonat bersama tinja
- 2) Adanya ketosis kelaparan. Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga benda keton tertimbun dalam tubuh
- 3) Terjadi penimbunan asam laktat karena adanya anoksia jaringan
- 4) Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (terjadi oliguria/anuria)
- 5) Pemindahan ion Na dari cairan ekstraseluler ke dalam cairan intraseluler

Secara klinis asidosis dapat diketahui dengan memperhatikan pernafasan. Pernafasan Kuzmaull merupakan pernafasan yang bersifat cepat, teratur dan dalam yang dapat menjadi salah satu tanda asidosis (Suraatmaja, 2010).

c. Hipoglikemia

Hipoglikemia terjadi pada 2-3% dari anak-anak yang menderita diare. Pada anak dengan gizi yang cukup atau baik, hipoglikemia jarang terjadi. Hipoglikemia lebih sering terjadi pada anak yang sebelumnya sudah menderita Kekurangan Kalori Protein (KKP). Hal ini dapat terjadi karena persediaan glikogen dalam hati terganggu dan adanya gangguan absorpsi glukosa (Suraatmaja, 2010).

d. Gangguan gizi

Diare tidak hanya menyebabkan kematian tetapi dapat juga menyebabkan malnutrisi. Diare dapat mengakibatkan berkurangnya makan dan gangguan pencernaan yang menyebabkan menurunnya

absorpsi zat-zat nutrisi dalam tubuh sehingga menimbulkan malnutrisi (Sampul et al., 2015).

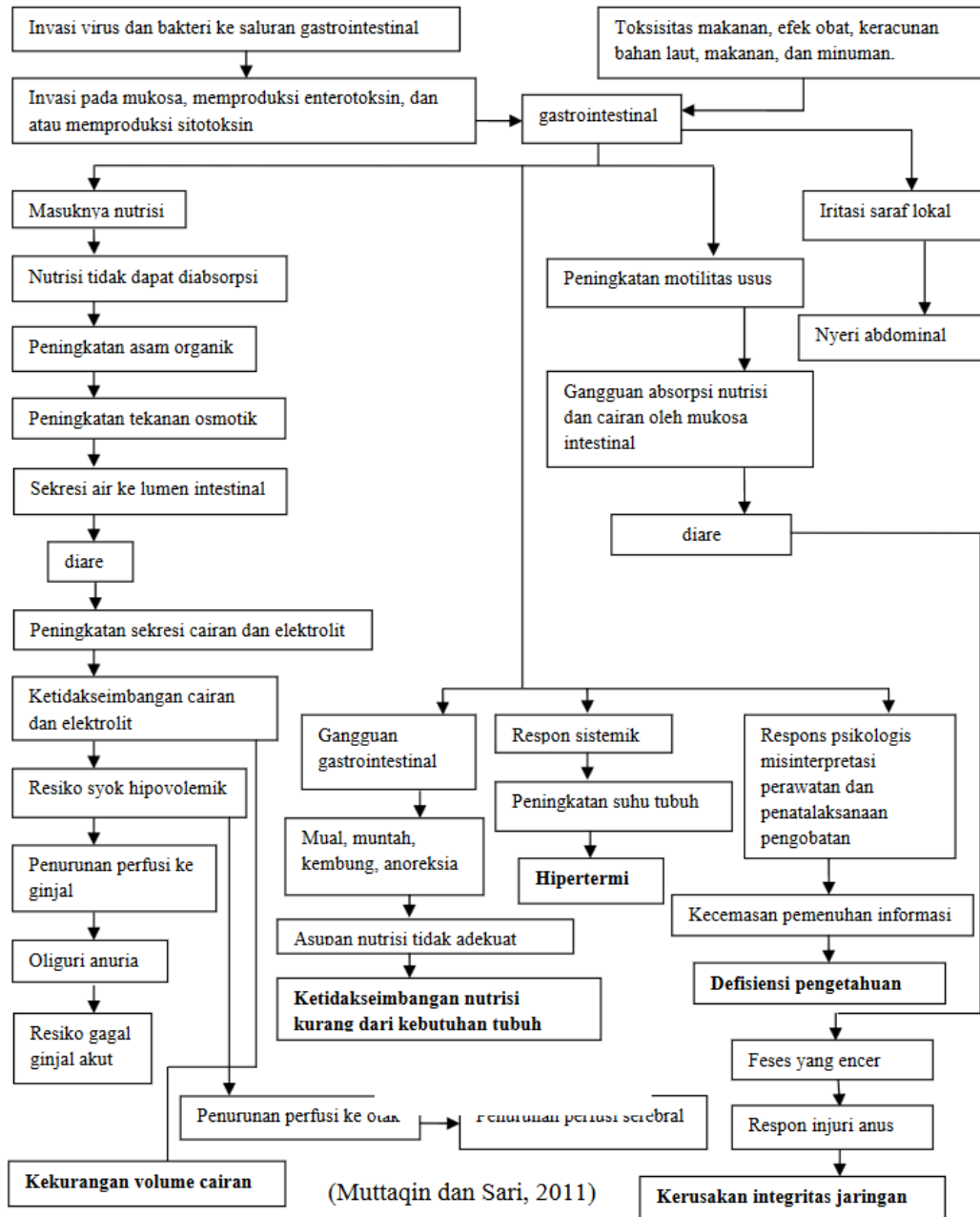
e. Gangguan sirkulasi

Dalam jurnal *Acute Diarrhea in Adults and Children* diare disertai muntah dapat menyebabkan terjadinya gangguan sirkulasi darah berupa renjatan (syok) hipovolemik. Hal ini berakibat pada perfusi jaringan berkurang dan dapat terjadi hipoksia, asidosis bertambah hebat, perdarahan dalam otak, kesadaran menurun dan bila tidak segera diberikan pertolongan maka penderita dapat meninggal. (Farthing et al., 2013)



## 5. Pathway

Pathway menurut Muttaqin, Arif & Sari (2011)



Gambar 1. Pathway Diare  
(Muttaqin, & Sari, 2011)

## 6. Komplikasi

Sebagian besar penderita diare dapat sembuh tanpa mengalami komplikasi, tetapi terdapat sebagian kecil yang mengalami komplikasi dari dehidrasi, kelainan elektrolit atau pengobatan yang diberikan.

### a. Demam

Demam sering terjadi pada infeksi yang disebabkan oleh *Rotavirus* dan *Shigella dysenteriae*. Pada umumnya demam akan timbul jika penyebab diare menginvasi dalam sel epitel usus. Demam juga dapat terjadi karena dehidrasi. Demam yang timbul akibat dehidrasi pada umumnya tidak tinggi dan akan menurun setelah mendapatkan penanganan hidrasi yang cukup. Demam yang tinggi mungkin dapat diikuti kejang demam (Suraatmaja, 2010).

### b. Edema/overhidrasi

Edema merupakan pembengkakan lokal yang dihasilkan oleh cairan dan beberapa sel yang berpindah dari aliran darah ke jaringan interstitial (Robbins, 2015).

### c. Asidosis metabolik

Hal ini terjadi karena kehilangan Na-bicarbonat bersama tinja. Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga benda kotor tertimbun oleh tubuh, terjadinya penimbunan asam laktat karena adanya anoreksia jaringan. Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (Maryunani, 2010).

d. Hipernatremia

Hipernatremia sering terjadi pada bayi baru lahir sampai dengan umur satu tahun khususnya bayi yang berumur <6 bulan. Biasanya hal ini terjadi pada diare dengan muntah dan pemasukan cairan atau makanan yang kurang atau minuman yang masuk terlalu banyak mengandung natrium (Suraatmaja, 2010).

e. Muntah

Muntah didefinisikan sebagai ejsi atau pengeluaran isi lambung melalui mulut, seringkali membutuhkan dorongan yang kuat (Dipiro et al., 2015).

## 7. Klasifikasi Diare

Menurut Alwi L, Setiati S, dan Sudoyo A.W (2014) yang dikutip dalam Nikma Kumala, Alamsyah Lukito, dan Apri Astria (2017) Diare dapat diklasifikasikan berdasarkan lama waktu diare, mekanisme patofisiologis, berat ringan diare, infeksi atau non infeksi, dan penyebab organik atau fungsional.

a. Berdasarkan lama waktu diare

1) Diare akut

Diare akut adalah diare yang berlangsung selama kurang dari 15 hari. Peran kausa (agent) dan faktor penjamu (host) merupakan hal yang berperan utama pada diare akut akibat infeksi. Faktor penjamu adalah kemampuan untuk mempertahankan diri terhadap organisme yang menyebabkan

diare akut. Terdiri dari antara lain: keasaman lambung, motilitas usus, imunitas dan juga lingkungan mikroflora usus. Sedangkan faktor kausal merupakan daya penetrasi yang dapat merusak sel mukosa, kemampuan memproduksi toksin yang memengaruhi sekresi cairan usus halus serta daya lekat kuman.

## 2) Diare Kronis

Diare kronis merupakan diare yang berlangsung selama lebih dari 15 hari. Diare kronis dapat diklasifikasikan berdasarkan patofisiologi menjadi 7 macam diare yang berbeda yaitu:

- a) Diare sekretorik: diare yang diakibatkan terjadinya peningkatan sekresi cairan usus
- b) Diare osmotik: diare yang disebabkan oleh terjadinya peningkatan osmotik isi lumen usus.
- c) Malabsorpsi asam empedu, malabsorpsi lemak: terjadi motilitas yang lebih cepat pembentukan micelle empedu.
- d) Defek sistem pertukaran anion/transport elektrolit aktif di enterosit, terjadi penghentian mekanisme transport ion aktif di enterosit, gangguan absorpsi satrium dan air.
- e) Motilitas dan waktu usus abnormal: terjadi motilitas yang lebih cepat, tak teratur, sehingga isi usus tidak sempat di absorpsi

- f) Gangguan permeabilitas usus terjadi kelainan morfologi usus di membran epitel spesifik sehingga permeabilitas mukosa usus halus dan usus besar terhadap air dan garam atau elektrolit terganggu.
- g) Eksudasi cairan, elektrolit, dan mukus berlebihan terjadi peradangan dan kerusakan mukosa usus halus serta daya lekat kuman.

## 8. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan

Dalam jurnal *Acute Diarrhea in Adults and Children* tahun 2013 disebutkan bahwa terdapat beberapa penatalaksanaan diare yaitu :

### a. Oral Rehydration Therapy (ORT)

*Oral Rehydration Therapy* (ORT) adalah penatalaksanaan pemberian larutan melalui mulut untuk memperbaiki dan mencegah dehidrasi yang diakibatkan oleh diare. Terapi ini merupakan cara yang paling mudah dan murah untuk menangani gastroenteritis akut dan mengurangi angka rawat inap anak akibat diare di negara maju dan berkembang.

*World Health Organization* (WHO) dan Unicef telah merekomendasikan pemakaian cairan rehidrasi oral (CRO) atau oralit selama lebih dari 25 tahun untuk mengobati dan mencegah terjadinya diare. Formula ini dinilai efektif mengobati dehidrasi dan menurunkan angka kematian. Akan tetapi formula ini masih memiliki kekurangan. Untuk mengatasi kekurangan tersebut WHO

dengan melewati berbagai uji coba berhasil mengeluarkan CRO formula baru dengan osmolaritas rendah sehingga dapat mempercepat rehidrasi, menurunkan volume feses, menurunkan frekuensi muntah, dan menurunkan kemungkinan pemberian cairan intravena (Sayoeti & S, 2016)

Kontra indikasi pemberian ORT adalah pada penanganan awal dehidrasi berat dan juga pada anak dengan ileus paralitik, muntah yang sering dan terus menerus (>4 episode per jam), dan kondisi mulut yang menyakitkan seperti sariawan sedang sampai berat. Meskipun begitu, pemberian larutan oralit secara nasogastrik dapat membantu ketika rehidrasi intravena tidak memungkinkan.

Dosis oralit dapat diberikan sesuai dengan jenis dehidrasi yaitu sebagai berikut :

1) Diare tanpa dehidrasi

Umur < 1 tahun :  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{2}$  gelas setiap kali anak diare

Umur 1-4 tahun :  $\frac{1}{2}$  - 1 gelas setiap kali anak diare

Umur diatas 5 tahun : 1 – 1  $\frac{1}{2}$  gelas setiap kali anak diare

2) Diare dehidrasi ringan/sedang

Dosis oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama adalah 75 ml/kgBB dan selanjutnya diteruskan dengan pemberian oralit seperti diare tanpa dehidrasi.

### 3) Diare dehidrasi berat

Penderita diare yang tidak dapat minum harus segera dirujuk ke puskesmas harus segera di infus.

### b. Terapi Suplemen Zinc, Multivitamin, dan Mineral pada Anak

Terapi zinc secara rutin berfungsi sebagai tambahan ORT yang berguna untuk mengurangi tingkat keparahan diare. Selain itu, pemberian zinc juga dapat mengurangi episode diare pada anak-anak di negara berkembang. Rekomendasi pemberian zinc pada anak dengan diare adalah 20 mg zinc per hari selama sepuluh hari. Namun, pada bayi berusia 2 bulan atau kurang harus menerima 10 mg/hari selama 10 hari. Dimana menurut Manajemen Terpadu Balita Sakit, 1 tablet adalah setara dengan 20 mg. Sehingga, dosis tablet zinc menjadi :

- 1) Umur < 6 bulan : ½ tablet /hari
- 2) Umur ≥ 6 bulan : 1 tablet /hari

Cara pemberian tablet zinc menurut Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit adalah :

- 1) Larutkan tablet dengan sedikit air atau Asi dalam sendok teh (tablet akan larut dalam kiurang lebih 30 detik), segera berikan kepada anak
- 2) Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet zinc, maka ulangi pemberian dengan cara memberikan

potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.

- 3) Ingatkan ibu untuk memberikan tablet zinc setiap setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti.
- 4) Bila anak menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infus, tetapi berikan tablet Zinc segera setelah anak bisa minum atau makan.

Semua anak dengan diare persisten harus menerima multivitamin dan mineral tambahan termasuk magnesium setiap hari selama 2 minggu. Menurut WHO (2005) yang dikutip oleh Farthing et al., (2013) bahwa Anak dengan diare harus disediakan sebanyak mungkin vitamin dan mineral termasuk setidaknya dua asupan harian folat, vitamin A, zinc, dan magnesium.

c. Diitetik

Praktik menahan makanan selama lebih dari empat jam merupakan hal yang tidak tepat. Pemberian makan normal harus tetap dilanjutkan untuk pasien yang tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi. Makanan harus segera diberikan segera setelah koreksi dehidrasi sedang dan berat yang biasanya membutuhkan waktu 2 hingga 4 jam menggunakan ORT atau rehidrasi intravena.

Pada bayi dan anak-anak yang menyusui, mereka harus terus mendapatkan makanan, bahkan selama fase rehidrasi. Akan tetapi pada anak-anak yang tidak disusui, dehidrasi, dan untuk orang



dewasa, rehidrasi adalah prioritas dan dapat dicapai dalam 2 hingga 4 jam.

Suraatmaja (2010) menyebutkan bahwa sebagai pegangan dalam melaksanakan pengobatan diitetik dipakai singkatan O-B-E-S-E sebagai singkatan Oralit, Breast Feeding, Early Feeding, dan Simultaneously with Education.

d. Probiotik

Probiotik adalah mikroorganisme hidup seperti *Lactobacillus GG* dengan efek kesehatan yang bermanfaat pada manusia. Studi intervensi klinis terkontrol dan meta analisis mendukung penggunaan strain dan produk probiotik dalam pengobatan dan pencegahan diare rotavirus pada bayi. *Lactobacillus reuteri*, *Lactobacillus casei*, dan *Saccharomyces cerevisiae* berguna untuk mengurangi keparahan dan durasi diare infeksius akut pada anak-anak. Pemberian probiotik oral dapat memperpendek durasi penyakit diare akut pada anak-anak.

e. Pemberian ASI/Makanan

Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Bagi anak yang masih minum ASI harus lebih sering diberikan ASI. Anak yang minum susu formula juga diberikan lebih sering dari biasanya. Anak usia 6 bulan atau lebih yang telah mendapatkan makanan padat harus

diberikan yang mudah dicerna dan sedikit demi sedikit dan lebih sering. Setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk pemulihan berat badan.

f. Pemberian Antibiotika hanya atas indikasi

Antibiotika tidak boleh digunakan secara rutin karena kecilnya kejadian diare yang disebabkan oleh bakteri. Antibiotika hanya digunakan pada penderita diare dengan darah (sebagian besar karena shigellosis) dan suspek kolera.

g. Pemberian Nasehat

Sedangkan penatalaksanaan diare menurut Manajemen Terpadu Balita Sakit (2015) berdasarkan klasifikasi diare yaitu:

a. Diare Dehidrasi Berat

- 1) Jika tidak ada klasifikasi berat lain: Beri cairan untuk dehidrasi berat dan tablet zinc sesuai rencana terapi C
- 2) Jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain:
  - a) RUJUK SEGERA
  - b) Jika masih bisa minum, berikan oralit dan ASI selama perjalanan
- 3) Jika anak >2 tahun dan ada kolera di daerah tersebut, beri antibiotik untuk kolera

b. Diare Dehidrasi Ringan/Sedang

- 1) Beri cairan, tablet Zinc dan makanan sesuai Rencana Terapi B
- 2) Jika terdapat klasifikasi berat lain:

- a) RUJUK SEGERA ke Rumah Sakit
- b) Jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan
- 3) Nasihati kapan kembali segera
- 4) Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan
- c. Diare Tanpa Dehidrasi
  - 1) Beri cairan, tablet Zinc, dan makanan sesuai Rencana Tipe A
  - 2) Nasihati kapan kembali segera
  - 3) Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan
- d. Diare Persisten Berat
  - 1) Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain
  - 2) RUJUK
- e. Diare Persisten
  - 1) Nasihati pemberian makan untuk diare persisten.
  - 2) Beri tablet zinc selama 10 hari berturut-turut.
  - 3) Kunjungan ulang 3 hari.
- f. Disentri
  - 1) Beri antibiotik yang sesuai.
  - 2) Beri tablet Zinc selama 10 hari berturut-turut.
  - 3) Nasihati kapan kembali segera. Kunjungan ulang 3 hari.

Untuk melakukan penanganan diare maka diperlukan pemberian cairan tambahan untuk diare. Terdapat tiga rencana terapi menurut

Manajemen Terpadu Balita Sakit yang dapat diterapkan sesuai dengan klasifikasi diare.

a. Rencana Terapi A

Merupakan penanganan diare di rumah yang meliputi:

- 1) Beri cairan tambahan (sebanyak anak mau) jelaskan pada ibu
  - a) Jelaskan pada ibu untuk memberi ASI lebih sering dan lebih lama pada setiap kali pemberian.
  - b) Berikan serta oralit atau air matang sebagai tambahan.
  - c) Jika anak tidak memperoleh ASI, berikan satu atau lebih cairan berikut: oralit, cairan makanan (kuah sayur, air tajin) atau air matang
  - d) Ajari ibu mencampur dan memberikan oralit. Beri ibu 6 bungkus oralit untuk diberikan di rumah.
  - e) Tunjukkan kepada ibu berapa banyak harus memberikan oralit/cairan lain yang harus diberikan setiap kali anak buang air besar.
    - (1) Sampai umur 1 tahun : 50-100 ml setiap buang air besar
    - (2) 1 sampai 5 tahun : 100-200 ml setiap kali buang air besar
- 2) Beri tablet zinc selama 10 hari
- 3) Lanjutkan pemberian makan dan kapan kembali

## b. Rencana Terapi B

Penanganan dehidrasi ringan/ sedang dengan oralit.

- 1) Tentukan jumlah oralit untuk 3 jam pertama. Jumlah oralit yang diperlukan = berat badan (dalam kg) x 75ml. Gunakan tabel umur apabila berat badan tidak diketahui.

**Tabel 1. Kebutuhan oralit sesuai perkiraan umur dan berat badan**

UMUR	≤ 4 bulan	4 - < 12 bulan	1 - < 2 tahun	2 - < 5 tahun
BERAT BADAN	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - 19 kg
JUMLAH (ML)	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

*Sumber : Manajemen Terpadu Balita Sakit, 2015*

- 2) Tunjukkan cara memberikan larutan oralit
    - a) Minumlah sedikit tapi sering dari cangkir/mangkuk/gelas.
    - b) Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian berikan lagi lebih lambat.
    - c) Lanjutkan ASI selama anak mau.
    - d) Bila kelopak mata bengkak, hentikan pemberian oralit dan berikan air masak atau ASI.
- c. Rencana Terapi C
- 1) Beri cairan intravena 100ml/kg Ringer Laktat secepatnya. Jika anak bisa minum, beri oralit melalui mulut sementara infus dipersiapkan.
  - 2) Periksa kembali anak setiap 15-30 menit. Jika nadi belum teraba, beri tetesan lebih cepat

- 3) Beri oralit (kira-kira 5 ml/kg/jam) segera setelah anak mau minum. Biasanya sesudah 3-4 jam (pada bayi) atau sesudah 1-2 jam (pada anak) beri juga tablet Zinc
- 4) Periksa kembali bayi sesudah 6 jam atau anak sesudah 3 jam. Klasifikasikan dehidrasi dan pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan

Namun jika tidak dapat memberi cairan intravena, RUJUK SEGERA untuk pengobatan intravena, selama perjalanan berikan minum.

## 9. Faktor Risiko

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Nurul Utami dan Nabila Luthfiana pada tahun 2019 disebutkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi kejadian diare pada anak antara lain:

### a. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang berperan dalam penyebaran penyakit diare adalah mengenai sanitasi, pembuangan tinja, dan air minum. Di seluruh dunia, 780 juta orang tidak memiliki akses ke air minum yang lebih baik dan 2,5 miliar kekurangan sanitasi yang lebih baik (*World Health Organization, 2017*). Penyebaran penyakit melalui tinja dapat melalui berbagai cara yaitu melalui air, tangan, dan tanah yang terkontaminasi oleh tinja dan ditularkan melalui makanan dan minuman oleh lalat dan kecoa. Buruknya saluran pembuangan air limbah (SPAL) juga dapat memudahkan penularan diare yang diakibatkan oleh cacing dan parasit. Selain itu,

pembuangan sampah tidak pada tempatnya juga dapat menjadi faktor risiko timbulnya berbagai macam bibit penyakit.

b. Faktor Sosiodemografi

Faktor sosiodemografi yang berpengaruh terhadap kejadian diare pada anak yaitu pendidikan, umur anak, dan pekerjaan orang tua. Jenjang pendidikan seseorang memengaruhi karena semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin memudahkan orang tersebut dalam menerima informasi sehingga pengetahuan tentang penyakit diare akan semakin meningkat. Pendapatan, status sosial ekonomi, risiko cedera, atau masalah kesehatan dalam kelompok populasi dapat mencerminkan pekerjaan seseorang. Kejadian diare lebih sering muncul pada bayi dan balita dengan status ekonomi rendah. Faktor sosiodemografi lain yang dapat memengaruhi kejadian diare adalah umur. Semakin muda usia anak, semakin tinggi kecenderungan terserang diare.

c. Faktor Perilaku

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif dan kebiasaan mencuci tangan merupakan faktor perilaku yang berpengaruh dalam penyebaran kuman enterik. Kebiasaan tidak mencuci tangan setelah buang air besar merupakan kebiasaan yang dapat membahayakan anak, terutama ketika ibu memasak makanan, dan menyuapi anaknya maka makanan tersebut sudah terkontaminasi oleh kuman penyebab diare. Perilaku yang dapat mengurangi risiko terjadinya diare adalah

mencuci sayur dan buah sebelum diolah dan dikonsumsi karena salah satu penyebaran diare adalah melalui penyajian makanan yang tidak matang atau mentah (Imanadhia, 2019).

## **B. Konsep Keluarga**

### 1. Pengertian Keluarga

Keluarga dipahami sebagai kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan, dan adopsi (Wiratri, 2018). Sedangkan menurut Friedman (2010) keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional serta masing-masing individu memiliki peran masing-masing dalam keluarga.

### 2. Tipe Keluarga

Menurut Sussman (1974), Maclin (1988), Anderson Carter, dan Setiadi dalam Dion & Betan (2013) secara umum tipe keluarga dibagi menjadi dua yaitu tipe keluarga tradisional dan tipe keluarga *modern* (non tradisional).

#### a. Tipe keluarga tradisional

Tipe keluarga tradisional memiliki struktur paling tetap dan utuh serta paling sering ditemukan di mana saja terutama negara-negara timur yang menjunjung tinggi norma-norma (Bakrie, 2019). Ada beberapa ciri atau tipe keluarga tradisional, sebagai berikut:



1) Keluarga inti (*nuclear family*)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah yang beranggotakan keluarga inti yaitu ayah, ibu, dan anak-anak. Dalam keseharian, anggota keluarga inti hidup bersama dan saling menjaga.

2) Keluarga besar (*extended family*)

Keluarga besar merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang berawal dari satu keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah dan memiliki anak dan seterusnya. Anggota keluarga besar akan semakin membesar mengikuti perkembangan keluarganya.

3) Keluarga pasangan inti (*dyad family*)

Tipe keluarga ini biasa terjadi pada pasangan yang baru saja menikah tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya memiliki kesepakatan untuk belum memiliki anak.

4) Keluarga *single parent*

*Single parent* merupakan kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi akibat perceraian atau meninggal dunia. *Single parent* mensyaratkan adanya anak angkat maupun anak kandung.

5) Keluarga *single adult*

Tipe keluarga ini disebut sebagai pasangan yang sedang *Long Distance Relationship* (LDR), yaitu pasangan yang

mengambil jarak berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu.

b. Tipe keluarga modern

Keberadaan keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial di masyarakat. Salah satu faktornya adalah munculnya kebutuhan berbagi dan berkeluarga yang tidak hanya sebatas keluarga inti.

1) *The unmarried teenage mother*

Merupakan keluarga yang terdiri dari ibu bersama anaknya tanpa pernikahan.

2) *Reconstituted nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian membentuk kembali keluarga inti melalui perkawinan kembali.

3) *The stepparent family*

Keluarga dengan anak yang diadopsi kemudian kehidupan anak dengan orang tua tirinya disebut *the stepparent family*.

4) *Commune family*

Tipe keluarga yang terdiri dari beberapa keluarga yang tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas, dan pengalaman yang sama.

5) *The non marital heterosexual cohabiting family*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya. Namun dalam waktu singkat,

seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

6) *Gay and lesbian family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami istri.

7) *Cohabiting couple*

Dua atau lebih orang bersepakat tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan dengan alasan tertentu.

8) *Group marriage family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak bersama.

9) *Group network family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan dan nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang rumah tangga bersama-sama.

10) *Foster family*

Keluarga yang bersedia menampung anak yang kehilangan orangtuanya dalam kurun waktu tertentu.

11) *Homeless family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi atau problem kesehatan mental.

### 3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) keluarga memiliki lima fungsi antara lain:

#### a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi yang berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam memenuhi fungsi keluarga yaitu :

- 1) Saling mengasuh yaitu antar keluarga saling menerima, memberikan cinta kasih, dan saling mendukung antar anggota keluarga.
- 2) Saling menghargai, anggota keluarga yang saling menghargai satu sama lain dan mengakui hak serta keberadaan setiap anggota maka fungsi afektif akan tercapai.
- 3) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat untuk memulai hidup baru

#### b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan proses perubahan dan perkembangan yang dialami individu dalam berkehidupan sosial dan menjaga hubungan dan peran dalam lingkungan sosial.

#### c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan generasi dan meningkatkan sumber daya manusia pada keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi, maka keluarga memerlukan sumber keuangan sebagai tempat untuk meningkatkan penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi pemeliharaan kesehatan

Fungsi pemeliharaan yaitu fungsi untuk melaksanakan asuhan kesehatan kelada keluarga untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga dan untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan pada keluarga.

Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Sedangkan tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan menurut Kemenkes RI (2017) dalam artikel berjudul Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yaitu:

- 1) Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan tiap anggota keluarga
- 2) Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan
- 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada

#### 4. Tahap Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan sistem keluarga dari waktu ke waktu dan setiap tahapan umumnya memiliki tugas dan risiko kesehatan yang berbeda-beda (Bakrie, 2019). Duval dalam Dion dan Betan (2013), membagi keluarga dalam 8 tahap perkembangan, yaitu:

##### a. Keluarga baru (*Bargaining family*)

Keluarga baru dimulai ketika dua individu membentuk ikatan keluarga melalui perkawinan. Tugas perkembangan untuk keluarga yaitu:

- 1) Membina hubungan intim dan memuaskan dalam keluarga
- 2) Membuat kesepakatan dan tujuan bersama
- 3) Merencanakan memiliki anak, persiapan menjadi orang tua, dan mencari pengetahuan tentang *prenatal care*

##### b. Keluarga dengan anak pertama < 30 bulan (*child bearing*)

Tahap keluarga *child bearing* merupakan masa transisi pasangan suami istri yang dimulai sejak kelahiran anak pertama sampai anak berusia <30 bulan. Tugas perkembangan pada tahap keluarga ini yaitu:

- 1) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga
- 2) Mempertahankan keharmonisan pasangan suami istri
- 3) Berbagi peran dan tanggung jawab sebagai orang tua
- 4) Mempersiapkan biaya untuk anak

c. Keluarga anak dengan prasekolah

Tahap ini berlangsung sejak anak pertama berusia 2,5 tahun sampai dengan usia 5 tahun. Adapun tugas perkembangan yang harus dilaksanakan yaitu:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga
- 2) Membantu anak bersosialisasi dengan lingkungan
- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak lain juga harus terpenuhi
- 4) Mempertahankan hubungan keluarga yang sehat
- 5) Pembagian tanggungjawab antar keluarga
- 6) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak

d. Keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun)

Tahapan ini berlangsung ketika anak pertama mulai masuk sekolah pada usia 6 tahun - 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini yaitu:

- 1) Memperhatikan minat dan bakat anak
- 2) Membekali anak dengan berbagai kegiatan kreatif
- 3) Memperhatikan anak akan risiko pengaruh teman dan sekolahnya

e. Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan akan berakhir 6-7 tahun kemudian. Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab
- 2) Mempertahankan komunikasi antar orangtua dan anak
- 3) Penerapan peraturan untuk memberikan batasan tertentu tetapi masih dalam tahap wajar

f. Keluarga dengan anak dewasa

Tahapan ini dimulai ketika anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu:

- 1) Membantu mempersiapkan anak untuk hidup mandiri
- 2) Menjaga keharmonisan dengan pasangan
- 3) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 4) Bersiap mengurus keluarga besar memasuki masa tua
- 5) Memberikan contoh kepada anak-anak mengenai lingkungan yang positif

g. Keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Tahapan ini ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah dan berakhir saat pensiun atau meninggal. Tahap perkembangan keluarganya yaitu:

- 1) Menjaga kesehatan keluarga
- 2) Meningkatkan keharmonisan dan pasangan, anak, dan teman sebaya
- 3) Mempersiapkan masa tua



#### h. Keluarga lanjut usia

Masa lanjut usia merupakan masa kahir kehidupan manusia dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun atau meninggal dunia sampai keduanya meninggal. Tahap perkembangan keluarga ini yaitu:

- 1) Beradaptasi dengan dengan perubahan kehilangan pasangan, kawan, atau saudara
- 2) Melakukan *life review*
- 3) Mempertahankan keharmonisan pasangan
- 4) Menjaga kesehatan
- 5) Mempersiapkan kematian

### C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Diare

Keperawatan kesehatan keluarga merupakan perawatan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga sebagai satu kesatuan yang di rawat secara profesional oleh perawat dengan proses keperawatan yang berlandaskan etik keperawatan dalam lingkup dan wewenang serta tanggung jawab keperawatan dengan tujuan sehat (Padila, 2012).

#### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan keluarga meliputi

- a. Pengkajian data umum
  - 1) Nama Kepala Keluarga
  - 2) Umur
  - 3) Alamat

- 4) Pekerjaan Kepala Keluarga
  - 5) Pendidikan Kepala Keluarga
  - 6) Komposisi keluarga
  - 7) Genogram
  - 8) Tipe keluarga
  - 9) Suku bangsa
  - 10) Agama
- b. Riwayat tahap perkembangan keluarga
- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini  
Tahapan perkembangan keluarga saat ini ditentukan oleh usia anak tertua dari keluarga inti.
  - 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi  
Menjelaskan tentang ttugas yang belum terpenuhi dalam keluarga atau faktor-faktor yang menjadi penghambat dalam keluarga.
  - 3) Riwayat keluarga inti  
Menjelaskan tentang riwayat kesehatan anggota keluarga, upaya untuk mencegah penyakit, dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.
  - 4) Riwayat kesehatan sebelumnya  
Menjelaskan riwayat kesehatan generasi keluarga dari penyakit menular atau keturunan.

c. Data Lingkungan

1) Karakteristik rumah

- a) Ukuran rumah
- b) Kondisi dalam dan luar rumah
- c) Kebersihan rumah
- d) Ventilasi rumah
- e) Saluran pembuangan air limbah
- f) Pengelolaan sampah
- g) Kepemilikan rumah
- h) Kamar mandi (wc)
- i) Denah rumah

2) Karakteristik tetangga dan komunitas

Menjelaskan karakteristik tetangga dan komunitas setempat meliputi norma kebiasaan serta budaya setempat.

3) Mobilisasi geografi keluarga

Menjelaskan mobilitas keluarga dan anggota keluarga

4) Pengumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan untuk berinteraksi dengan masyarakat

5) Sistem pendukung keluarga

Menjelaskan jumlah anggota keluarga yang sehat dan fasilitas keluarga yang mendukung kesehatan.

d. Struktur komunikasi keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan komunikasi dalam keluarga dan proses keluarga menciptakan komunikasi

2) Struktur kekuatan keluarga

Menjelaskan kemampuan keluarga dalam mempengaruhi anggota keluarga

3) Struktur peran

Menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga secara formal maupun informal dalam keluarga dan masyarakat.

e. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga yang perlu dikaji yaitu:

1) Fungsi afektif

2) Fungsi sosialisasi

3) Fungsi reproduksi

4) Fungsi ekonomi

5) Fungsi perawatan kesehatan

f. Stress dan coping keluarga

1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Stressor jangka panjang yaitu stressor yang memerlukan penyelesaian dalam jangka waktu lebih dari 6 bulan.

Sedangkan stressor jangka memerlukan waktu lebih dari 6 bulan untuk penyelesaiannya.

2) Strategi koping yang digunakan

Menjelaskan strategi koping yang digunakan keluarga dalam menghadapi permasalahan.

3) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi pengkajian fisik, pengkajian mental dan emosional, serta pengkajian spiritual anggota keluarga.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang bisa muncul pada pasien dengan diare menurut Muttaqin (2011) yang disesuaikan dengan SDKI, 2017:

a. Diare (D.0020)

1) Definisi

Pengeluaran feses yang sering, lunak, dan tidak berbentuk

2) Penyebab

a) Inflamasi gastrointestinal

b) Iritasi gastrointestinal

c) Proses infeksi

d) Malabsorpsi

3) Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

(tidak tersedia)

b) Objektif

(1) Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam

(2) Feses lembek dan cair

## 4) Gejala dan tanda minor

## a) Subjektif

(1) Urgency

(2) Nyeri/kram abdomen

## b) Objektif

(1) Frekuensi peristaltik meningkat.

(2) Bising usus hiperaktif.

## b. Hipovolemia (D.0023)

## 1) Definisi

Penurunan volume cairan intravaskuler, interstitial, dan atau intraseluler.

## 2) Penyebab

a) Kehilangan cairan aktif

b) Kegagalan mekanisme regulasi

c) Peningkatan permeabilitas kapiler

d) Kekurangan intake cairan

e) Evaporasi.

## 3) Gejala dan Tanda Mayor

## a) Subjektif

Tidak tersedia

## b) Objektif

(1) Frekuensi nadi meningkat

(2) Nadi teraba lemah

- (3) Tekanan darah meningkat
- (4) Tekanan nadi menyempit
- (5) Turgor kulit menurun
- (6) Membran mukosa kering
- (7) Volume urine menurun
- (8) Hematokrit meningkat

#### 4) Gejala dan Tanda Minor

##### a) Subjektif

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

##### b) Objektif

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

#### c. Defisit Nutrisi (D.0019)

##### 1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolismenya.

##### 2) Penyebab

- a) Ketidakmampuan mencerna makanan
- b) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi

c) Peningkatan kebutuhan metabolisme

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif

(Tidak Tersedia)

b) Objektif

Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

4) Gejala dan tanda Minor

a) Subjektif

(1) Cepat kenyang setelah makan

(2) Kram/nyeri abdomen

(3) Nafsu makan menurun

b) 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

d. Hipertermia (D.0130)

1) Definisi

Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh



- 2) Penyebab
    - a) Dehidrasi
    - b) Terpapar lingkungan panas
    - c) Proses penyakit
  - 3) Gejala dan tanda Mayor
    - a) Subjektif  
(Tidak Tersedia)
    - b) Objektif  
Suhu tubuh diatas normal
  - 4) Gejala dan Tanda Minor
    - a) Subjektif  
(Tidak Tersedia)
    - b) Objektif
      - (1) Kulit merah
      - (2) Kejang
      - (3) Takikardi
      - (4) Takipnea
      - (5) Kulit terasa hangat
- e. Defisit Pengetahuan Tentang Diare (D.0111)
- 1) Definisi  
Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

## 2) Penyebab

- a) Kurang terpapar informasi
- b) Kurang minat dalam belajar
- c) Kurang mampu mengingat
- d) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

## 3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif
  - (1) Menanyakan masalah yang dihadapi
- b) Objektif
  - (1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
  - (2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

## 4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif
  - (Tidak tersedia)
- b) Objektif
  - (1) Menjalani pemeriksaan tidak tepat
  - (2) Menunjukkan perilaku bermusuhan (misal apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

## f. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

## 1) Definisi

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

## 2) Penyebab

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi
- c) Kekurangan/Kelebihan volume cairan
- d) Faktor mekanis
- e) Kelembapan

## 3) Gejala dan tanda Mayor

## a) Subjektif

(Tidak tersedia)

## b) Objektif

Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit

## 4) Gejala dan tanda Minor

## a) Subjektif

(tidak tersedia)

## b) Objektif

(1) Nyeri

(2) Perdarahan

(3) Kemerahan

(4) Hematoma

## g. Disfungsi Motilitas Gastrointestinal (D.0021)

## 1) Definisi

Peningkatan, penurunan, tidak efektif atau kurangnya aktivitas peristaltik gastrointestinal

2) Penyebab

- a) Asupan enteral
- b) Intoleransi makanan
- c) Makanan kontaminan
- d) Malnutrisi

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif

(1) Mengungkapkan flatus tidak ada

(2) Nyeri/Kram Abdomen

b) Objektif

Suara peristaltik berubah (Tidak ada, hipoaktif, atau hiperaktif)

4) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

Merasa Mual

b) Objektif

(1) Residu lambung meningkat/menurun

(2) Muntah

(3) Regurgitasi

(4) Pengosongan lambung cepat

(5) Distensi Abdomen

(6) Diare

Selain itu, terdapat beberapa kemungkinan diagnosa keperawatan keluarga yang mungkin muncul yaitu:

a. Ketidakmampuan Koping Keluarga (D.0093)

1) Definisi

Perilaku orang terdekat yang membatasi kemampuan dirinya dan klien untuk beradaptasi dengan masalah kesehatan yang dihadapi klien

2) Penyebab

a) Hubungan keluarga ambivalen

b) Pola koping yang berbeda diantara klien dan orang terdekat

c) Resistensi keluarga terhadap perawatan/pengobatan yang kompleks

d) Ketidakmampuan orang terdekat mengungkapkan perasaan

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif

Merasa diabaikan

b) Subjektif

(1) Tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga

(2) Tidak toleran

(3) Mengabaikan anggota keluarga

4) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

(1) Terlalu khawatir dengan anggota keluarga

(2) Merasa tertekan (depresi)

b) Objektif

(1) Perawatan yang mengabaikan kebutuhan dasar klien

(2) Mengabaikan perawatan/pengobatan keluarga

(3) Upaya membangun hidup bermakna terganggu

(4) Ketergantungan anggota keluarga meningkat

b. Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112)

1) Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian program kesehatan ke dalam kehidupan sehari-hari yang cukup untuk memenuhi tujuan kesehatan dan dapat ditingkatkan

2) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif

Mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya

b) Objektif

Pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan

3) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

Mengekspresikan tidak adanya hambatan yang berarti dalam mengintegrasikan program yang ditetapkan untuk mengatasi masalah kesehatan

b) Objektif

Tidak ditemukan adanya gejala masalah kesehatan atau penyakit yang tidak terduga

c. Kesiapan Peningkatan Pengetahuan (D.0113)

1) Definisi

Perkembangan informasi kognitif yang berhubungan dengan topik spesifik cukup untuk memenuhi tujuan kesehatan dan dapat ditingkatkan

2) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif

(1) Mengungkapkan minat dalam belajar

(2) Menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik

(3) Menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik

b) Objektif

Perilaku sesuai dengan pengetahuan

3) Gejala dan Tanda Minor

*(tidak tersedia)*

d. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

1) Definisi

Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

2) Penyebab

- a) Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan
- b) Kompleksitas program perawatan/pengobatan
- c) Konflik pengambilan keputusan
- d) Kesulitan ekonomi
- e) Banyak tuntutan
- f) Konflik keluarga

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif

- (1) Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita
- (2) Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan

b) Objektif

- (1) Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat
- (2) Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat



## 4) Gejala dan Tanda Minor

## a) Subjektif

*(tidak tersedia)*

## b) Objektif

Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko

**3. Skoring Masalah Keperawatan**

Skoring masalah keperawatan menurut Bailon dan Maglaya (1978)

dalam (Setiadi, 2013) yaitu

**Tabel 2. Tabel Skoring Masalah**

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah		
	a. Tidak/kurang sehat	3	
	b. Ancaman kesehatan	2	1
	c. Krisis atau keadaan sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	a. Dengan mudah	2	
	b. Hanya sebagian	1	2
	c. Tidak dapat	0	
3	Potensi masalah dapat dicegah		
	a. Tinggi	3	1
	b. Cukup	2	
	c. Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		
	a. Masalah berat, harus segera ditangani	2	1
	b. Ada masalah, tetapi tidak perlu ditangani	1	
	c. Masalah tidak dirasakan	0	

Penentuan prioritas masalah pada asuhan keperawatan keluarga dapat dihitung dengan skor pada tabel diatas menurut Setiadi (2010) sebagai berikut:

- a. Menentukan skor setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

Hal ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

- c. Jumlah skor untuk semua kriteria maksimal 5

#### 4. Perencanaan Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada anak dengan diare akut menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, (2018) untuk diagnosa keperawatan diare, diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil nyeri pada abdomen menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik dan peristaltik usus membaik. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi tujuan yaitu monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor jumlah pengeluaran diare, berikan asupan cairan oral, pasang jalur intravena, berikan cairan intravena, kemudian anjurkan makan dengan porsi kecil dan bertahap, anjurkan menghindari makanan mengandung gas, pedas, dan mengandung laktosa, kemudian kolaborasi pemberian obat apabila diperlukan.

Pada diagnosa keperawatan hipovolemia, diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan perasaan lemah menurun, keluhan

haus menurun, intake cairan membaik, asupan cairan meningkat, kelembapan membran mukosa, dan mata cekung membaik. Intervensi yang diperlukan untuk mencapai tujuan adalah periksa dan tanda gejala hipovolemia, hitung kebutuhan cairan, berikan asupan cairan oral serta kolaborasi pemberian cairan.

Diagnosa selanjutnya adalah defisit nutrisi, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makan membaik, perasaan cepat kenyang menurun, nafsu makan membaik. Intervensi yang diperlukan adalah mengidentifikasi status nutrisi, monitor asupan makanan dan berat badan, memberikan makanan tinggi kalori tinggi protein.

Hipertemi juga mungkin terjadi pada anak dengan diare akut dan muncul sebagai masalah keperawatan. Intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah adalah monitor suhu tubuh, sediakan lingkungan yang sejuk, kemudian berikan asupan cairan dan elektrolit.

Diagnosa keperawatan yang lain adalah defisit pengetahuan tentang diare, setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat pengetahuan klien meningkat dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. Intervensi yang dapat dilakukan adalah mengidentifikasi kesiapan menerima informasi, identifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi, sediakan materi dan media pendidikan

kesehatan, jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Diagnosa keperawatan selanjutnya adalah gangguan integritas kulit/jaringan, diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun dan kemerahan menurun. Intervensi yang dapat dilakukan adalah bersihkan perineal dengan air hangat selama periode diare, anjurkan minum air yang cukup.

Diagnosa keperawatan yang terakhir yaitu gangguan motilitas gastrointestinal, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan motilitas gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil suara peristaltik menurun, dan nyeri menurun. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu monitor asupan makanan dan berat badan, berikan makanan tinggi kalori tinggi protein, dan kolaborasi pemberian obat jika diperlukan.

## **5. Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan merupakan pengetahuan dan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang sudah disusun sedemikian rupa meliputi tindakan-tindakan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan dan dapat dilaksanakan oleh perawat, pasien, keluarga pasien, atau berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan yang lain (Arda et al., 2020).

Menurut L.Wong (2008) penatalaksanaan sebagian besar kasus diare akut 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.

Jika anak diare akut di rawat di rumah sakit maka perlu dilakukan penimbangan berat badan yang akurat disamping dilakukannya pemantauan asupan dan haluaran cairan yang cermat. Pemantauan pemberian infus merupakan fungsi primer keperawatan, dan perawat harus yakin bahwa cairan serta elektrolit yang diberikan lewat infus tersebut sudah memiliki konsentrasi yang benar, kecepatan tetesan harus diatur untuk memberikan cairan dengan volume yang dikehendaki dalam periode tertentu dan lokasi pemberian infus harus dijaga.

## **6. Evaluasi Keperawatan**

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan adalah melaporkan pola defekasi yang normal, mempertahankan keseimbangan cairan dengan mengkonsumsi cairan peroral yang adekuat, kemudian dilaporkan tidak ada kelemahan otot, membran mukosa lembab dan turgor kulit normal. Selain itu pasien mengalami keseimbangan intake dan output cairan.