

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1. Konsep Anak**

##### **2.1.1. Pengertian Anak**

Yuliaslata & Arnis, (2016), mendefinisikan anak sebagai seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun, dalam masa tumbuh kembang, memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping, serta perilaku sosial yang disertai dengan kebutuhan khusus seperti kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan (Kemenppa RI. 2018). Menurut Muscari, (2015), tahapan usia anak dibagi atas lima, yaitu tahap prenatal (konsepsi sampai lahir), masa bayi (lahir sampai usia 12 bulan), masa kanak-kanak awal (usia 1 tahun sampai 6 tahun), tahap kanak-kanak pertengahan (usia 6 tahun sampai 12 tahun) dan tahap remaja (usia 12 sampai 18 tahun).

Definisi lain menyebutkan bahwa anak adalah individu yang masih bergantung pada orang dewasa (Supartini, 2014). Anak usia *toddler* merupakan periode dimana anak memiliki rentang usia 12-36 bulan. Masa ini merupakan masa eksplorasi lingkungan yang intensif karena anak berusaha mencari tahu bagaimana semua terjadi dan bagaimana mengontrol orang lain melalui perilaku (Kustriyanti, et al, 2020). .

Dari beberapa pengertian diatas, sehingga dapat disimpulkan anak merupakan seseorang yang usianya dibawah 18 tahun, anak juga memiliki

kebutuhan khusus, anak ialah seseorang yang masih bergantung pada orang dewasa.

### **2.1.2. Pertumbuhan dan Perkembangan**

#### **a. Pertumbuhan pada Anak *Toddler***

Pertumbuhan merupakan perubahan yang bersifat kuantitatif (dapat diukur) perubahan ukuran tubuh dan bagiannya seperti peningkatan jumlah sel, jaringan, struktur, dan sistem. Contoh dalam pertumbuhan fisik, seseorang dengan bertambahnya tinggi badan, berat badan, kepadatan tulang, struktur gigi

Tinggi dan berat badan toddler terus meningkat secara kontinu, meskipun peningkatan terjadi dengan kecepatan yang lebih lambat dibandingkan masa bayi. Pencapaian tinggi dan berat badan cenderung terjadi dalam bentuk lonjakan, dan bukan dalam bentuk linear. Pertumbuhan berat badan toddler rata-rata adalah 1,4 sampai 2,3 kg pertahun. Panjang tinggi badan meningkat rata-rata 7,5 cm per tahun..

Toddler pada umumnya mencapai sekitar setengah dari tinggi dewasa mereka pada usia 2 tahun. Lingkar kepala bertambah sekitar 2,54 cm sejak anak berusia antara 1 dan 2 tahun, kemudian bertambah rata-rata 1,27 cm pertahun sampai anak berusia 5 tahun. Ukuran kepala menjadi proporsional terhadap sisa tubuh yang lain saat mendekati usia 3 tahun. (Kyle, Terri, et al. 2014). Meskipun perubahan tidak begitu menonjol seperti yang terjadi masa bayi., sistem organ toddler terus tumbuh dan matang dalam menjalankan fungsinya. Perubahan fungsional yang signifikan terjadi dalam sistem neurologi, gastrointestinal, dan

genitourinarius. Sistem Pernapasan dan kardiovaskuler juga mengalami perubahan (Rahayu, et al. 2022).

b. Perkembangan pada Anak *Toddler*

Perkembangan dapat diartikan sebagai akibat dari perubahan kematangan dan kesiapan fisik yang memiliki potensi untuk melakukan suatu aktivitas, sehingga individu telah mempunyai suatu pengalaman. Adanya pengalaman ini, individu dapat melakukan suatu aktivitas yang sama dalam waktu mendatang. Tolak ukur untuk melihat adanya perkembangan seseorang individu yaitu pada aspek kemampuan yang dimiliki sesuai dengan tahap perkembangannya, dengan membandingkan keadaan satu fase dengan fase berikutnya apabila terjadi peningkatan pada fase sesudahnya daripada fase sebelumnya, maka individu telah mengalami fase perkembangan.

Todler berjuang untuk penugasan diri, belajar untuk melakukan sesuatu untuk dirinya sendiri, sesuatu yang selama ini dilakukan orang lain untuk mereka. Todler sering kali mengalami ambivalensi tentang perpindahan dari kemandirian keotonomi, dan menghasilkan labelitas emosional. Todler dapat dengan cepat berubah dari rasa bahagia senang menjadi menangis dan berteriak. Penggunaan kemandirian juga menghasilkan respon favorit todler untuk mengatakan "tidak", todler akan sering menjawab "tidak" bahkan jika makna sebenarnya yang ingin ia sampaikan adalah "ya".

Todler terus memperoleh keterampilan motorik serta menghaluskan keterampilan yang lain. Berjalan berkembang menjadi berlari, memanjat dan melompat. Mendorong atau menarik mainan , melempar bola, mengayuh sepeda

roda tiga di capai di masa toddler. Keterampilan motorik halus berkembang dari kemampuan memegang menjadi menjepit menjadi kemampuan untuk menggunakan peralatan makan, memegang krayon, merangkai manik-manik. dan menggunakan komputer. Perkembangan koordinasi mata - tangan diperlukan untuk penghalusan keterampilan motorik halus.

Peningkatan kemampuan dan manipulasi ini membantu toddler yang ingin tahu untuk mengeksplorasi lingkungannya dengan lebih banyak. Ketika toddler menguasai tugas yang baru, ia memiliki kepercayaan diri untuk menaklukkan tantangan selanjutnya. Dengan demikian, penguasaan dalam perkembangan keterampilan motorik berperan terhadap perkembangan rasa harga diri toddler. Toddler yang bersemangat untuk menghadapi tantangan cenderung akan berkembang lebih cepat dari toddler yang ragu.

Indra penglihat, pendengar, dan peraba bermanfaat dalam membantu mengkoordinasi pergerakan motorik kasar dan halus. Masalah perkembangan yang umum dalam periode toddler adalah pengajaran ke toilet, temper tantrum, menghisap jempol, atau menggunakan empeng, sibling rivalry (persaingan saudara kandung), dan regresi. Pemahaman tentang kenormalan negativisme, temper tantrum dan persaingan saudara kandung akan membantu keluarga mengatasi masalah ini. Persiapan orang tua untuk peristiwa perkembangan ini dengan memberikan bimbingan antisipasi yang tepat (Rahayu, et al. 2022)..

Dapat disimpulkan bahwa perkembangan ialah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian. Perkembangan merupakan

hasil interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi.

Tabel 1. Tahap Perkembangan dan Stimulasi Anak *Toddler*

<b>Usia</b>	<b>Perkembangan</b>	<b>Tahap Perkembangan</b>
12-18 bulan	Gerak kasar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berdiri sendiri tanpa berpegangan</li> <li>2. Berjalan mundur 5 langkah</li> <li>3. Membungkuk memungut mainan kemudian berdiri kembali</li> </ol>
	Gerak Halus Bicara dan Bahasa Sosialisasi dan Kemandirian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menumpuk 2 kubus</li> <li>1. Memanggil ayah dengan kata “papa”, dan memanggil ibu dengan kata “mama”</li> <li>1. Menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis/merengek. anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu</li> <li>2. Memperlihatkan rasa cemburu/ bersaing</li> </ol>
18-24 bulan	Gerak Kasar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berdiri sendiri tanpa berpegangan 30 detik</li> </ol>
	Gerak Halus  Bicara dan Bahasa Sosialisasi dan Kemandirian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menumpuk 4 buah kubus</li> <li>2. Memungut benda kecil dengan ibu jari dan jari telunjuk</li> <li>3. Menggelindingkan bola ke arah sasaran</li> <li>1. Menyebut 3-6 kata yang mempunyai arti</li> <li>1. Memegang cangkir sendiri</li> <li>2. Belajar makan-minum sendiri</li> <li>3. Bertepuk tangan, melambai-lambai</li> <li>4. Membantu/menirukan pekerjaan rumah tangga</li> <li>5. Mengetahui jenis kelamin diri sendiri perempuan atau laki-laki</li> </ol>
24-36 bulan	Gerak Kasar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Naik tangga sendiri</li> <li>2. Dapat bermain dan menendang bola kecil</li> </ol>
	Gerak Halus  Bicara dan Bahasa  Sosialisasi dan Kemandirian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencoret-coret kertas menggunakan pensil</li> <li>1. Bicara dengan baik, menggunakan 2 kata</li> <li>2. Dapat menunjuk 1 atau lebih bagian tubuhnya ketika diminta</li> <li>3. Melihat gambar dan dapat menyebut dengan benar nama 2 benda atau lebih</li> <li>4. Membantu memungut mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta</li> <li>1. Makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah</li> <li>2. Melepas pakaian sendiri</li> </ol>

<b>Usia</b>	<b>Perkembangan</b>	<b>Tahap Perkembangan</b>
36-48 bulan	Gerak Kasar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berdiri 1 kaki 2 detik</li> <li>2. Melompat kedua kaki diangkat</li> <li>3. Mengayuh sepeda roda tiga</li> </ol>
	Gerak Halus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggambar garis lurus</li> <li>2. Menumpuk 8 buah kubus</li> </ol>
	Bicara dan Bahasa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan nama, umur, tempat</li> <li>2. Mengenal 2-4 warna</li> <li>3. Mengerti arti kata diatas, dibawah, didepan</li> <li>4. Mendengarkan cerita</li> <li>5. Mengetahui anggota tubuh yang tidak boleh disentuh atau dipegang orang lain kecuali oleh orangtua dan dokter.</li> </ol>
	Sosialisasi dan Kemandirian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menuci dan mengeringkan tangan sendiri</li> <li>2. Bermain bersama teman, mengikuti aturan permainan</li> <li>3. Mengenakan sepatu sendiri</li> <li>4. Mengenakan celana panjang, kemeja, baju</li> </ol>

Sumber : Adriana, 2017.

### **2.1.3. Hospitalisasi pada Anak**

Masa perawatan anak di rumah sakit dapat menjadi pengalaman yang tidak menyenangkan bagi anak maupun orang tua. Menurut (Chodidjah & Syahreni, 2015), anak akan merasakan kecemasan, kehilangan pengendalian diri, dan ketakutan akan rasa sakit sehingga anak akan lebih banyak menarik diri, tempertantrum destruktif, menangis, hingga menolak petugas kesehatan yang disebabkan oleh keterbatasan melakukan aktivitas rutin, suasana ruang rawat yang tidak nyaman, mengalami nyeri selama perawatan dan ketidakbebasan dalam menentukan keinginan. Namun hospitalisasi juga memberikan dampak positif berupa peningkatan kemampuan adaptasi dalam menghadapi kecemasan dan masalah. Edukasi yang diberikan selama hospitalisasi akan berdampak pada peningkatan pengetahuan dan ketertarikan anak terhadap karier di bidang kesehatan (Chodidjah & Syahreni, 2015).

Dapat disimpulkan hospitalisasi yaitu, dimana anak mengharuskan untuk tinggal di rumah sakit karena suatu alasan yang berencana atau darurat, sehingga perlu menjalani perawatan sampai pemulihan kembali ke rumah.

### **2.1.4. *Stressor* dan reaksi anak usia *toddler* terhadap Hospitalisasi**

Penyakit dan hospitalisasi sering kali merupakan krisis pertama yang harus dihadapi anak (Hockenberry & Wilson, 2015). Anak-anak terutama pada usia awal sangat rentan untuk mengalami krisis akibat sakit dan dirawat di rumah sakit. Krisis tersebut disebabkan oleh stress karena perubahan status kesehatan dan lingkungan sehari-hari, serta keterbatasan mekanisme koping terhadap stressor

yang dimiliki. Reaksi terhadap krisis-krisis tersebut akan dipengaruhi oleh usia perkembangan anak, pengalaman anak sebelumnya terhadap penyakit, perpisahan atau hospitalisasi, kemampuan coping yang anak miliki atau dapatkan, keparahan penyakit dan ketersediaan sistem pendukung (Hockenberry & Wilson, 2015).

Reaksi anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan, anak dengan usia yang lebih muda akan lebih sukar untuk menyesuaikan diri dengan proses perawatan di rumah sakit. Selain itu, pengalaman anak sebelumnya terhadap proses sakit dan dirawat juga sangat berpengaruh. Apabila anak sebelumnya pernah mengalami pengalaman tidak menyenangkan saat dirawat di rumah sakit dapat menyebabkan anak takut dan trauma. Sebaliknya apabila saat anak dirawat di rumah sakit dan mendapatkan perawatan yang baik serta menyenangkan dapat membuat anak lebih kooperatif pada perawat juga dokter. Respon anak terhadap hospitalisasi dipengaruhi oleh tahapan usia perkembangan, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, mekanisme pertahanan diri yang dimiliki, dan sistem dukungan yang tersedia.

Kecemasan akibat hospitalisasi yang terjadi pada anak dapat beresiko mengganggu tumbuh kembang anak dan berdampak pada proses penyembuhan. Kecemasan yang teratasi dengan cepat dan baik akan membuat anak lebih nyaman dan kooperatif dengan tenaga kesehatan sehingga tidak menghambat proses keperawatan. Hal ini akan berdampak nyata pada lamanya hari rawat, proses pengobatan dan perawatan pada anak. Jika kecemasan itu berlangsung lama dan tidak teratasi maka akan menimbulkan sikap pelepasan pada anak sehingga anak mulai tidak peduli dengan lingkungan sekitarnya, lebih memilih untuk berdiam

diri atau apatis, menolak untuk diberikan tindakan dan yang paling parah akan menimbulkan trauma setelah keluar dari rumah sakit (Hockenberry, et Al. 2016).

Anak secara verbal akan menyampaikan keinginan untuk selalu bersama orang tua dan meminta orang tua untuk selalu bersamanya serta mencari orang tua jika tidak disampingnya. Reaksi Anak usia toddler terhadap hospitalisasi yaitu menunjukkan sikap temper tantrum, menolak makan, tidur, toileting serta kembali pada fase perkembangan anak yang lebih muda (Pratiwi, et Al, 2021).

## **2.2. Konsep Penyakit**

### **2.2.1. Pengertian Diare**

Diare merupakan penyakit yang menyebabkan keluarnya feses lebih dari 3 kali dengan konsistensi yang cair dapat disertai darah atau lendir dan frekuensi yang lebih sering daripada keadaan normal (WHO, 2019 dalam Ira, 2019). Penyakit Diare merupakan penyakit yang menular dan ditandai dengan gejala-gejala seperti perubahan bentuk dan konsistensi tinja menjadi lembek hingga mencair dan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari pada biasanya disertai dengan muntah-muntah, sehingga menyebabkan penderita mengalami kekurangan cairan dalam tubuh atau dehidrasi yang pada akhirnya apabila tidak mendapatkan pertolongan segera dapat menyebabkan terjadinya keparahan hingga kematian.

Anak yang mengalami diare akan timbul gejala seperti sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer serta bising usus yang hiperaktif. . Anus dan daerah sekitarnya akan lecet karena sering defekasi dan tinja makin

lama makin asam sebagai akibat makin banyak asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus selama diare, adapun tanda dan gejala dari dehidrasi (turgor kulit menurun, ubun-ubun dan mata cekung, membran mukosa kering), demam, muntah, anorexia, lemah, pucat, perubahan tanda-tanda vital (nadi dan pernafasan cepat), pengeluaran urine menurun atau tidak ada (Witza, 2020 dalam Desak et Al, 2022).

Diare ditandai dengan kehilangan tinja bersifat encer atau berair, gejalanya berupa infeksi di saluran usus akibat bakteri, virus atau organisme parasit lainnya. Banyak kasus diare disebabkan oleh Rotavirus dan Escherichia Coli (E. Coli). Kuman jenis ini menyebar pada air dan makanan yang terkontaminasi atau ditularkan langsung dari orang ke orang dan paling banyak di lingkungan yang kebersihan dinilai buruk, kurangnya akses air minum bersih dan sanitasi yang buruk (UNICEF, 2016)

Beberapa penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa diare yaitu kondisi dimana seseorang mengalami buang air besar lebih dari 3 kali dalam sehari, penyakit diare dapat menular dan dapat ditandai dengan gejala-gejala seperti perubahan bentuk dan konsistensi tinja menjadi lembek hingga mencair, diare dapat disebabkan karena terkena infeksi baik dari makanan, minuman maupun lingkungan.

### **2.2.2. Etiologi**

Diare dapat diakibatkan oleh beberapa faktor penyebab yang diklasifikasikan menjadi 6 golongan besar yaitu :

#### a. Infeksi

Keberadaan agen biologi yang masuk melalui makanan dan minuman kemudian bereaksi di dalam tubuh menimbulkan infeksi di dalam sistem pencernaan. Agen biologi tersebut dapat dibagi menjadi 3 kelompok antara lain sebagai berikut :

1. Bakteri, seperti : Shigella, salmonella, entamoeba coli, golongan vibrio, bacillus aureus, clostridium perferingens, staphilococcus aureus, campylobacter aeromonas.
2. Parasit, seperti : protozoa (Entamoeba bystolitica, giarfia lamblia, balantidium coli, cryptosporidium), cacing perut (Ascaris, tricbiuris, stronglyoides, blastitis buminis) dan jamur (Candida).
3. Virus, seperti rotavirus dan adenovirus.

#### b. Mal absorpsi

Mal absorpsi adalah kelainan fungsi usus yang menyebabkan gangguan dalam proses penyerapan nutrisi dari makanan, seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral yang terjadi di dalam usus besar

#### c. Alergi

Salah satu contoh seseorang yang mengalami laktosa intoleransi yaitu suatu keadaan dimana seseorang tidak mampu membentuk laktosa dan biasanya terjadi pada bayi.

#### d. Keracunan

Keracunan disebabkan oleh racun yang dikandung dan diproduksi oleh mikroba dalam makanan, misalnya pseudomonas cocovenenans menghasilkan

racun asam bongkrek dan clostridium botulinum biasanya mengkontaminasi pada makanan kaleng.

e. Immunodefisiensi

Immunodefisiensi atau penurunan daya tahan tubuh bisa menimbulkan diare, misalnya pada penderita HIV/AIDS. Diare yang biasa terjadi pada penderita HIV/AIDS adalah diare kronik.

f. Sebab-sebab lain

Seperti kurang persediaan air bersih, kurangnya fasilitas sanitasi dan higiene perorangan, serta kurangnya pemberian ASI.

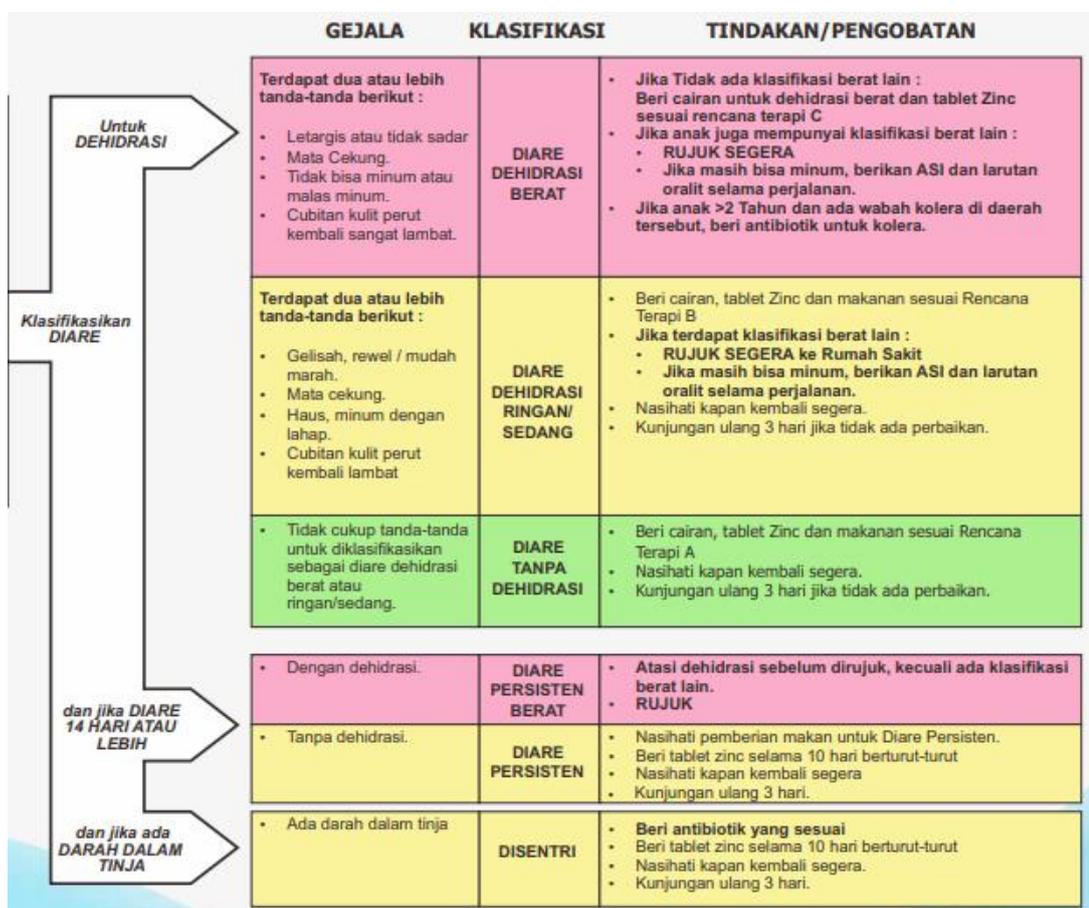
### **2.2.3. Tanda dan Gejala**

Menurut EL Ayuningtias (2017) dalam Ari (2021), tanda dan gejala pada anak yang mengalami diare :

- a. Cengeng/rewel
- b. Gelisah
- c. Suhu meningkat
- d. Nafsu makan menurun
- e. Feses cair berlendir, kadang juga bisa disertai darah, namun pada kelamaan feses ini akan berubah menjadi warna hijau karena tercampur dengan empedu
- f. Anus lecet
- g. Berat badan menurun
- h. Turgor kulit tidak elastis
- i. Mata dan ubun-ubun cekung
- j. Mulut dan kulit menjadi kering

2.2.4. Klasifikasi

Gambar 1. Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)



Sumber : Kemenkes RI, 2015.

(Nemeth, et al. 2019 dalam Lia, 2022), Selain karena waktunya, diare juga diklasifikasikan berdasarkan inflamasi dan non inflamasi, sebagai berikut.

Tabel 2. Klasifikasi Diare Berdasarkan Inflamasi dan Non-Inflamasi

Faktor	Non Inflamasi	Inflamasi
Etiologi	Biasanya disebabkan oleh virus, akan tetapi bisa juga disebabkan oleh bakteri atau parasit	Bakteri yang umumnya invasif atau penghasil toksin
Patofisiologi	Tidak menyebabkan kerusakan mukosa usus yang signifikan	Biasanya mengganggu mukosa yang invasif dan menyebabkan kerusakan jaringan

<b>Faktor</b>	<b>Non Inflamasi</b>	<b>Inflamasi</b>
Temuan klinis	Mual,muntah: normotermia, kram perut, volume tinja yang lebih besar, feses berair dan tidak berdarah	Demam, sakit perut, tenesmus, volume tinja lebih kecil, tinja berdarah
Temuan laboraturium	Leukosit fekalis (-)	Leukosit fekalis (+)
Pathogen penyebab	<i>Enterotoxigenic Escherichia coli, clostridium perfringens, bacillus cereus, staphylococcus aureus, rotavirus, norovirus, giardia, cryptosporidium, vibrio cholera</i>	<i>Salmonella (non-typhi species), shigella, campylobacter, shiga toxin-producing E. coli, enteroinvasive E. coli, clostridium, difficile, entamoeba, histolytica, Yersinia</i>
Lain-lain	Penyakit umumnya lebih ringan, kehilangan cairan yang parah masih bisa terjadi terutama pada pasien kurang gizi	Penyakit umumnya lebih parah

Sumber : Nemeth, et al., 2019 dalam Lia, 2022.

Menurut (Ariani, 2016 dalam Lia, 2022) jenis diare dibagi menjadi :

- a. Diare akut, yaitu BAB dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lembek atau cair dan datang secara mendadak, serta berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu.
- b. Diare persisten, yaitu diare akut dengan atau tanpa disertai darah dan berlanjut sampai 14 hari atau lebih. Jika terdapat dehidrasi sedang atau berat, diare persisten diklasifikasikan sebagai berat. Jadi, diare persisten adalah bagian dari diare kronik yang disebabkan oleh penyebab lain.
- c. Diare kronik, yaitu diare yang berlangsung lebih dari 4 minggu, yang memiliki penyebab yang bervariasi dan tidak seluruhnya diketahui.

### 2.2.5. Patofisiologi

Menurut Axton (2009), Alih bahasa oleh Ariani (2013), Diare terjadi saat isi saluran cerna didorong melalui usus dengan sangat cepat, dengan sedikit waktu untuk absorpsi makanan yang dicerna, air, dan elektrolit. Feses yang dihasilkan menjadi encer, biasanya hijau dan berisi lemak, karbohidrat, dan protein yang tidak dicerna. Kehilangan air dapat sepuluh kali lebih cepat dari kecepatan normal kehilangan air pada umumnya. Ketidakseimbangan elektrolit dapat terjadi bersamaan dengan kehilangan natrium, klorida, bikarbonat, dan kalium. Diare yang menyebabkan dehidrasi akhirnya akan menyebabkan syok hipovolemik dan dapat mengancam jiwa pada bayi dan anak kecil.

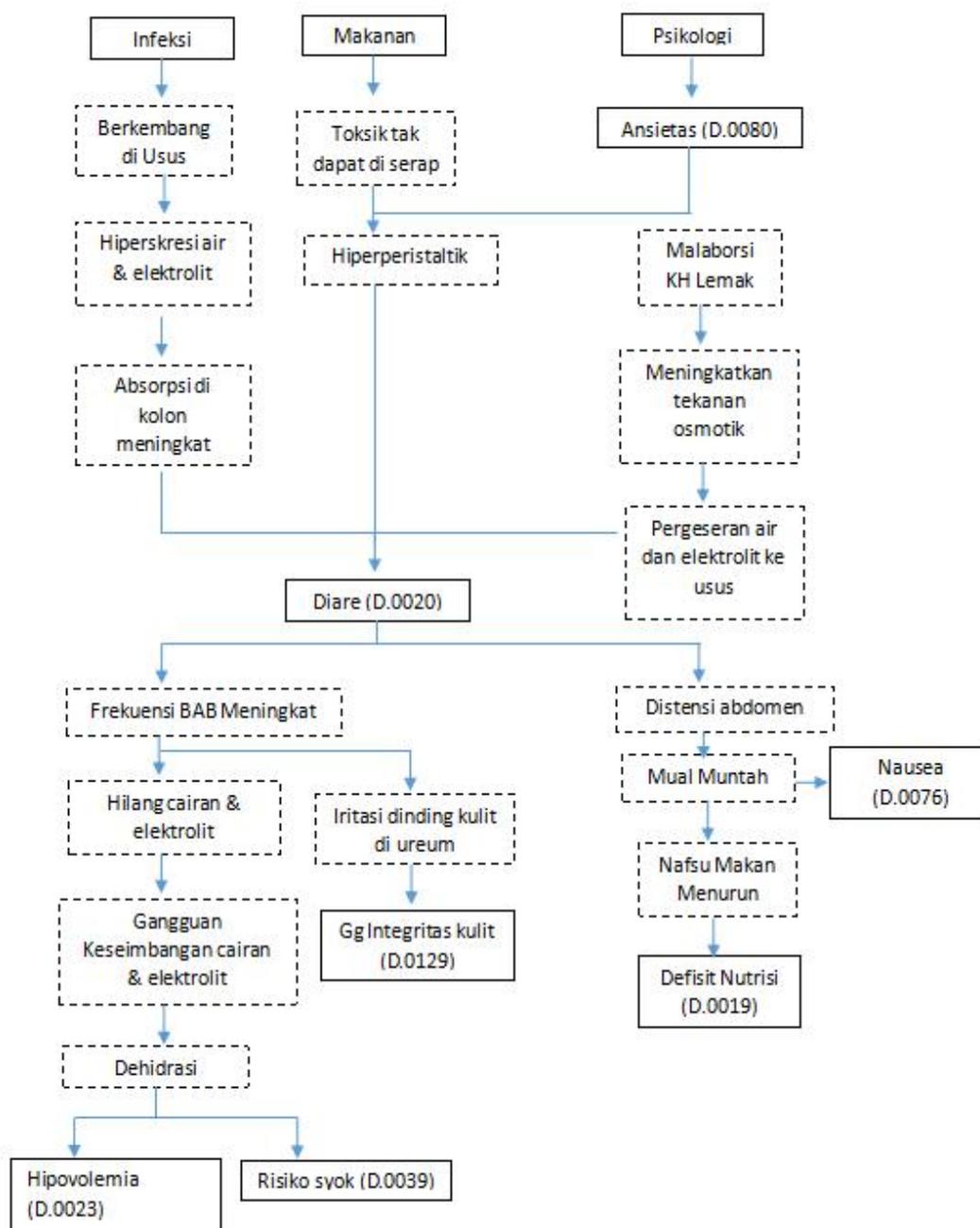
Diare dengan infeksi akut, terdapat inflamasi pada lapisan lambung dan usus karena infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti virus, bakteri, atau parasit. Transmisi organisme ini dapat terjadi melalui kontak langsung individu-individu (seperti pada *Shigella* dan *Giardia* yang paling sering terjadi pada *toddler*), dan rotavirus (sering terjadi pada bayi), melalui makanan atau air yang terkontaminasi (*Salmonella*, *Eschericia coli*, dan *Campylo bacter*), atau melalui kontak dengan hewan peliharaan keluarga (*Yersinia enterocolitica* dan *Salmonella*). Ketidakseimbangan flora normal pada saluran gastrointestinal juga dapat menyebabkan diare (*C. Difficile*). Diare pelancong (*traveler's diarrhea*) paling sering disebabkan oleh *Eschericia coli* enterotoksigenik. Infeksi virus menghancurkan dan merusak sel epitel yang melapisi saluran usus. Infeksi bakteri dapat merusak mukosa usus melalui salah satu dari tiga cara :

- a. Organisme berkembang biak dan menempel pada mukosa, yang memproduksi enterotoksin yang berinteraksi dengan mukosa usus dan menyebabkan sekresi aktif air dan elektrolit
- b. Melalui proses inflamasi, organisme menginvasi pada epitelium
- c. Organisme berkembang biak dalam sel dan menembus dinding usus.

Perkembangbiakan patogen dapat menyebabkan produksi toksin yang menyebabkan perpindahan cairan dan elektrolit. Penurunan absorpsi disertai peningkatan sekresi ke dalam usus terjadi sekunder akibat edema pada mukosa usus, hal ini menyebabkan diare dan dehidrasi.

## 2.2.6. WOC

Bagan 1. Pathway Diare



Pathway Diare Sumber : Nurarif & Kusuma (2016).

### 2.2.7. Penatalaksanaan

Menurut (El Ayuningtias, 2017 dalam Ari, 2021), penatalaksanaan dimulai dengan terapi simptomatik, seperti rehidrasi dan penyesuaian diet. Prinsip penatalaksanaan diare pada balita adalah dengan rehidrasi tetapi bukan satu-satunya terapi melainkan untuk membantu memperbaiki kondisi usus serta mempercepat penyembuhan/ menghentikan diare dan mencegah anak dari kekurangan gizi akibat diare dan menjadi cara untuk mengobati diare. Untuk melaksanakan terapi diare secara komprehensif, efisien dan efektif harus dilakukan secara rasional. Secara umum terapi rasional adalah terapi yang tepat indikasi, tepat dosis, tepat penderita, tepat obat, dan waspada terhadap efek samping.

Prinsip penatalaksanaan diare pada anak telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yaitu Lima Langkah Tuntaskan Diare (Lintas Diare) yaitu : terdiri dari pemberian oralit osmolaritas rendah, pemberian Zinc, Pemberian ASI/makanan, pemberian antibiotik hanya atas indikasi dan pemberian nasihat (Ira, 2019).

Tatalaksanaan diare tanpa dehidrasi, yaitu lakukan rencana terapi A dengan Menerangkan 5 Langkah Terapi Diare Di Rumah

#### 1. Beri Cairan Lebih Banyak Dari Biasanya

- Teruskan ASI lebih sering dan lebih lama
- Anak yang mendapat ASI eksklusif, beri oralit atau air matang sebagai tambahan
- Anak yang tidak mendapat ASI eksklusif, beri susu yang biasa diminum dan oralit atau cairan rumah tangga sebagai tambahan (kuah sayur, air tajin, air matang, dsb)

- Beri Oralit sampai diare berhenti. Bila muntah, tunggu 10 menit dan dilanjutkan sedikit demi sedikit.
  - Umur < 1 tahun diberi 50-100 ml setiap kali berak
  - Umur > 1 tahun diberi 100-200 ml setiap kali berak.
- Anak harus diberi 6 bungkus oralit (200 ml) di rumah bila:
  - Telah diobati dengan Rencana Terapi B atau C.
  - Tidak dapat kembali kepada petugas kesehatan jika diare memburuk.
- Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit.

## 2. Beri Obat Zinc

Beri Zinc 10 hari berturut-turut walaupun diare sudah berhenti. Dapat diberikan dengan cara dikunyah atau dilarutkan dalam 1 sendok air matang atau ASI.

- Umur < 6 bulan diberi 10 mg (1/2 tablet) per hari
- Umur > 6 bulan diberi 20 mg (1 tablet) per hari.

## 3. Beri Anak Makanan Untuk Mencegah Kurang Gizi

- Beri makan sesuai umur anak dengan menu yang sama pada waktu anak sehat
- Tambahkan 1-2 sendok teh minyak sayur setiap porsi makan
- Beri makanan kaya Kalium seperti sari buah segar, pisang, air kelapa hijau.
- Beri makan lebih sering dari biasanya dengan porsi lebih kecil (setiap 3-4 jam)
- Setelah diare berhenti, beri makanan yang sama dan makanan tambahan selama 2 minggu

## 4. Antibiotik Hanya Diberikan Sesuai Indikasi. Misal: Disenteri, Kolera dll

## 5. Nasihati Ibu/ Pengasuh

Untuk membawa anak kembali ke petugas kesehatan bila :

- Berak cair lebih sering
- Muntah berulang
- Sangat haus
- Makan dan minum sangat sedikit
- Timbul demam
- Berak berdarah
- Tidak membaik dalam 3 hari

Tatalaksana diare ringan/sedang, gunakan rencana terapi B bila anak mulai gelisah, rewel, mata cekung, ingin minum terus, ada rasa haus, dan turgor kembali lambat saat dicubit

Jumlah oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama di sarana kesehatan dengan memberikan 75ml x Berat Badan (BB) anak, bila BB tidak diketahui, berikan oralit sesuai tabel dibawah ini :

Tabel 3. Pemberian Oralit

<b>Umur Sampai</b>	<b>4 Bulan</b>	<b>4-12 bulan</b>	<b>12-24 bulan</b>	<b>2-5 tahun</b>
<b>Berat Badan</b>	<6 kg	6-10kg	10-12kg	12-19kg
<b>Jumlah Cairan</b>	200-400	400-700	700-900	900-1400

Bila anak menginginkan lebih banyak oralit, berikanlah.

- Bujuk ibu untuk meneruskan ASI.
- Untuk bayi < 6 bulan yang tidak mendapat ASI berikan juga 100-200 ml air masak selama masa ini.

- Untuk anak > 6 bulan, tunda pemberian makan selama 3 jam kecuali ASI dan oralit
- Beri obat Zinc selama 10 hari berturut-turut.

Tatalaksana diare dehidrasi berat, gunakan terapi C saat anak tampak lesu, lunglai/tidak sadar, mata cekung, malas minum, turgor kembali sangat lambat saat dicubit.

- Beri cairan Intravena segera.

Ringer Laktat atau NaCl 0,9% (bila RL tidak tersedia) 100 ml/kg BB, dibagi sebagai berikut:

Tabel 4. Pemberian cairan intravena pada diare dehidrasi berat

Umur	Pemerian 1 30ml/kg BB	Kemudian 70ml/kg BB
Bayi <1 tahun	1 jam*	5 Jam
Anak ≥1 tahun	30 menit*	2 1/2 Jam

- \* Diulangi lagi bila denyut nadi masih lemah atau tidak teraba
- Nilai kembali tiap 15-30 menit. Bila nadi belum teraba, beri tetesan lebih cepat.
- Juga beri oralit (5 ml/kg/jam) bila penderita bisa minum, biasanya setelah 3-4 jam (bayi) atau 1-2 jam (anak)
- Berikan obat Zinc selama 10 hari berturut-turut
- Setelah 6 jam (bayi) atau 3 jam (anak) nilai lagi derajat dehidrasi. Kemudian pilihlah rencana terapi yang sesuai (A, B atau C ) untuk melanjutkan terapi.
- Mulai rehidrasi dengan oralit melalui mulut atau Nasogastrik/Orogastrik. Berikan sedikit demi sedikit, 20 ml/kg BB/jam selama 6 jam
- Nilai setiap 1-2 jam:
  - Bila muntah atau perut kembung berikan cairan lebih lambat.

- Bila rehidrasi tidak tercapai setelah 3 jam, rujuk untuk terapi Intravena.

Kebutuhan cairan pada anak berdasarkan berat badan dengan menggunakan formula Holliday-Segar

Tabel 5. Formula *Holliday-Segar*.

Berat Badan (Kg)	Kebutuhan dalam 24 jam
<10	100 mL/kgBB
10-20	1000 + 50 mL/kgBB untuk setiap kilogram kenaikan berat badan diatas 10kg
>20	1500 + 20 mL/kgBB untuk setiap kilogram kenaikan berat badan diatas 20kg.

## 2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang sedang dialami oleh pasien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan respon individu (Olfah&Ghofur, 2016).

Pengkajian pada anak dengan diare menurut Nursalam (2013) meliputi:

#### a. Identitas pasien/biodata

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, asal suku bangsa, nama orangtua, pekerjaan orangtua, penghasilan.

b. Keluhan utama

Buang Air Besar (BAB) lebih tiga kali sehari, BAB kurang dari empat kali dengan konsistensi cair (tanpa dehidrasi). BAB 4-10 kali dengan konsistensi cair (dehidrasi ringan/sedang). BAB lebih dari sepuluh kali (dehidrasi berat). Bila diare berlangsung kurang dari 14 hari adalah diare akut. Bila berlangsung 14 hari atau lebih adalah diare persisten

c. Riwayat penyakit sekarang

- 1) Mula-mula bayi/anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada kemungkinan timbul diare
- 2) Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
- 3) Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet, karena sering defekasi dan sifatnya asam.
- 4) Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
- 5) Bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak.
- 6) Diuresis, yaitu terjadinya oliguria (kurang 1 ml/kgBB/jam) bila terjadi dehidrasi. Urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang. Tidak ada urine dalam waktu enam jam (dehidrasi berat).

d. Riwayat penyakit dahulu.

- 1) Riwayat pemberian imunisasi pada anak
- 2) Riwayat alergi terhadap makanan/obat-obatan (antibiotik).

- 3) Riwayat penyakit yang sering pada anak dibawah dua tahun biasanya batuk, panas, pilek, dan kejang yang terjadi sebelum, selama, atau setelah diare.

### 2.3.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematif dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien.

Pemeriksaan fisik menjadi sangat penting karena sangat bermanfaat, baik untuk menegakkan diagnosa keperawatan, memilih intervensi yang tepat untuk proses keperawatan, maupun untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan (Sondahk, 2020).

#### a. Inspeksi

Kaji dehidrasi pada anak yang mengalami diare. Observasi penampilan umum dan warna kulit. Pada dehidrasi ringan, anak akan terlihat normal. Pada dehidrasi sedang, mata mengalami penurunan produksi air mata atau lingkaran mata cekung, membran mukosa kering, status mental dapat diperburuk dengan dehidrasi sedang sampai berat yang dibuktikan dengan adanya lesu atau letargi. Kulit tidak elastis atau kendur karena kurang hidrasi, distensi atau kecekungan *abdomen*, haluaran *urine* menurun, haluaran feses dapat digunakan untuk mengkaji warna dan konsistensi. Lihat area anal apakah ada kemerahan atau ruam yang berkaitan dengan frekuensi defekasi.

b. Auskultasi

Auskultasi bising usus untuk mengkaji adanya bising usus hipoaktif atau hiperaktif. Bising usus hipoaktif mengindikasikan obstruksi atau peritonitis. Bising usus hiperaktif mengindikasikan diare. Bising usus yang normal pada balita 6-15x/menit.

c. Perkusi

Perhatikan adanya abnormalitas yang dapat mengindikasikan proses patologis.

d. Palpasi

Nyeri tekan pada kuadran bawah dapat berkaitan dengan diare. Nyeri pantul atau nyeri lepas tidak ditemukan pada saat palpasi. Jika ditemukan, maka dapat mengindikasikan apendiksitis atau peritonitis. Untuk mengetahui elastisitas kulit, dapat dilakukan pemeriksaan turgor, yaitu dengan cara mencubit daerah perut menggunakan kedua ujung jari (bukan kedua kuku). Apabila turgor kembali dengan cepat (kurang dari 2 detik), berarti diare tersebut tanpa dehidrasi. Apabila turgor kembali dengan waktu lambat (cubit kembali dalam waktu 2 detik), ini berarti diare dengan dehidrasi ringan/sedang. Apabila turgor kembali dengan sangat lambat (cubitan kembali lebih dari 2 detik), ini termasuk diare dengan dehidrasi berat.

### 2.3.3 Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik

a. Kultur feses, dapat mengindikasikan apakah diare disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, atau parasit.

- b. Feses untuk adanya ovum dan parasit (O&P), dapat mengindikasikan adanya parasit
- c. Feses untuk panel atau kultur virus, untuk menentukan adanya *Rotavirus* atau virus lain
- d. Feses untuk darah samar, dapat positif jika inflamasi atau ulserasi terdapat di saluran *Gastrointestinal*
- e. Feses untuk leukosit, dapat positif pada kasus inflamasi atau infeksi
- f. pH feses/ mengurangi zat, untuk melihat apakah diare disebabkan oleh intoleransi karbohidrat
- g. Panel elektrolit, dapat mengindikasikan dehidrasi
- h. Radiografi *abdomen* (KUB), adanya feses di usus dapat mengindikasikan konstipasi atau impaksi usus (massa feses yang mengeras), tingkat cairan-udara dapat mengindikasikan obstruksi usus

### 2.3.4. Analisa Data

Tabel 6. Analisa Data

No.	Gejala dan Tanda Mayor		Gejala dan Tanda Minor		Penyebab	Masalah
	Data Objektif	Data Subjektif	Data Objektif	Data Subjektif		
1.	1. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam 2. Feses lembek atau cair	(-)	1. Frekuensi peristaltik meningkat 2. Bising usus hiperaktif	1. <i>Urgency</i> 2. Nyeri/kram abdomen	1. Inflamasi gastrointestinal 2. Iritasi gastrointestinal 3. Proses infeksi 4. malabsorpsi	Diare
2.	1. Frekuensi nadi meningkat 2. Nadi teraba lemah 3. Tekanan darah menurun 4. Tekanan nadi menyempit 5. Turgor kulit menyempit 6. Membran mukosa kering 7. Volume urin menurun 8. Hematokrit meningkat	(-)	1. Pengisian vena menurun 2. Status mental berubah 3. Suhu tubuh meningkat 4. Konsentrasi urin meningkat 5. Berat badan turun tiba-tiba	1. Merasa lemah 2. Mengeluh haus	1. Kehilangan cairan aktif 2. Kegagalan mekanisme regulasi 3. Peningkatan permeabilitas kapiler 4. Kekurangan <i>intake</i> cairan 5. Evaporasi	Hipovolemia
3.	1. Berat badan minimal 10% dibawah	(-)	1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah	1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri	1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna	Defisit Nutrisi

No.	Data Objektif	Data Subjektif	Data Objektif	Data Subjektif	Penyebab	Masalah
	rentang ideal		Lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 3. Rambut rontok berlebihan 4. Diare	abdomen 3. Nafsu makan menurun	Makanan 4. Ketidakmampuan mengabsorpsi <i>nutrient</i> 5. Peningkatan kebutuhan metabolisme 6. Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi) 3. Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan)	
4.	1. Kerusakan jaringan dan/ lapisan kulit	(-)	1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hermatoma	(-)	1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kelebihan/kekurangan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembaban 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan	Gangguan Integritas Kulit

No.	Data Objektif	Data Subjektif	Data Objektif	Data Subjektif	Penyebab	Masalah
5.	1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur 4. Tampak gelisah 5. Tampak tegang 6. Sulit tidur	1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat 3. Sulit berkonsentrasi 4. Merasa bingung dengan akibat 5. Merasa khawatir dengan akibat 6. Sulit berkonsentrasi	1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaforesis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu	1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya	1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Kekhawatiran mengalami kegagalan 6. Disfungsi sistem keluarga 7. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan 8. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 9. Penyalahgunaan zat 10. Terpapar bahaya lingkungan (mis, toksin, polutan, dll) 11. Kurang terpapar informasi	<i>Ansietas</i>
6.	(-)	1. Mengeluh mual 2. Merasa ingin muntah 3. Tidak berminat makan	1. Saliva meningkat 2. Pucat 3. Diaforesis 4. Takikardia 5. Pupil dilatasi	1. Merasa asam di mulut 2. Sensasi panas/dingin 3. Sering menelan	1. Gangguan biokimiawi (mis, uremia, ketoasidosis diabetik) 2. Gangguan pada esofagus 3. Distensi lambung 4. Iritasi lambung 5. Gangguan pankreas 6. Peregangan kapsul limpa 7. Tumor terlokalisasi (mis, neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak)	Nausea

No.	Data Objektif	Data Subjektif	Data Objektif	Data Subjektif	Penyebab	Masalah
					8. Peningkatan tekanan intraabdominal (mis, keganasan intraabdomen)	
					9. Peningkatan tekanan intrakranial	
					10. Peningkatan tekanan intraorbital (mis, glaukoma)	
					11. Mabuk perjalanan	
					12. Kehamilan	
					13. Aroma tidak sedap	
					14. Rasa makanan/minuman yang tidak enak	
					15. Stimulus penglihatan tidak menyenangkan	
					16. Faktor psikologis (mis, kecemasan, ketakutan, stres)	
					17. Efek agen farmakologis	
					18. Efek toksin	
7.	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	Risiko Syok

### 2.3.5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual/potensial (Dinarti, 2017).

Berdasarkan SDKI (2017), diagnosa keperawatan pada diare diantaranya adalah :

- a. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal
- b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi *nutrient*
- d. Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (gesekan)
- e. *Ansietas* berhubungan dengan krisis situasional
- f. Nausea berhubungan dengan distensi lambung
- g. Risiko Syok ditandai dengan kekurangan volume cairan

### 2.3.5. Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/ klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Dinarti, 2017).

Menurut SIKI (2018), intervensi yang dapat diberikan sesuai dengan diagnosa keperawatan adalah :

Tabel 7. Intervensi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan Intervensi	Rasional
1.	Diare b.d inflamasi gastrointestinal	Eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : 1. Konsistensi feses meningkat 2. Frekuensi defekasi/bab membaik 3. Peristaltik usus membaik 4. Kontrol pengeluaran feses meningkat 5. Nyeri abdomen menurun	<b>Manajemen Diare</b> <b>Observasi :</b> 1. Identifikasi penyebab diare (mis.inflamasi gastrointestinal, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu) 2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja 4. Monitor tanda gejala hipovolemia (mis.takikardi, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun)	1. Mengetahui penyebab diare agar dapat segera dilakukan antisipasi 2. Mengetahui makanan yang diberikan sehingga menyebabkan diare 3. Untuk mengetahui warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja yang keluar 4. Mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipovolemia

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			5. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 6. Monitor jumlah pengeluaran diare 7. Monitor keamanan penyiapan makanan <b>Terapeutik :</b> 8. Berikan asupan cairan oral (mis, larutan garam gula, oralit, pedalyte, renalyte) 9. Berikan cairan intravena (mis, ringer asetat, ringer laktat), jika perlu 10. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 11. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <b>Kolaborasi :</b> 12. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis, loperamide, defenoksilat) 13. Kolaborasi pemberian obat penguat feses (mis, atapulgit, smektit, klorin-pektin)	5. Mengetahui pada daerah anus apakah terjadi infeksi atau tidak 6. Mengetahui jumlah pengeluaran tinja beserta cairan 7. Memastikan makanan yang disiapkan aman untuk pasien diare 8. Untuk mengatasi diare 9. Untuk menggantikan cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak, dan kalori 10. Untuk menstabilkan sistem metabolisme tubuh 11. Untuk meningkatkan imunitas tubuh 12. Untuk membantu menghambat pergerakan usus, sehingga usus dilumpuhkan dan frekuensi diare berkurang 13. Untuk membantu mengeraskan feses
2.	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif	Tujuan Status cairan membaik , dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Pengisian vena meningkat	<b>Manajemen Hipovolemia</b> <b>Observasi :</b> 1. Pemeriksaan tanda dan gejala	1. Mengetahui apakah frekuensi nadi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		4. Distensi vena jugularis menurun 5. Frekuensi nadi membaik	Hipovolemia	meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, Hematokrit meningkat, haus, dan lemah.
			2. Monitoring intake dan output	2. Membantu dalam menganalisa keseimbangan cairan dan derajat kekurangan cairan
			3. Hitung kebutuhan cairan	3. Agar dapat menentukan pemberian cairan sesuai kebutuhan dengan tepat
			<b>Terapeutik :</b>	
			4. Berikan posisi modif <i>trendelenburg</i>	4. Sebagai metode sederhana untuk memprediksi perbaikan hemodinamik pasien dalam pemberian resusitasi cairan
			5. Berikan asupan cairan oral	5. Untuk mempertahankan cairan tubuh
			<b>Edukasi :</b>	
			6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral	6. Untuk mempertahankan cairan tubuh
			7. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak	7. Mencegah syok
			<b>Kolaborasi :</b>	
			8. Kolaborasi pemberian cairan intra vena isotonis (NaCl dan Ringer Laknat)	8. Untuk membersihkan hidrasi cairan secara parental

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	intervensi	Rasional
			9. Kolaborasi pemberian cairan intra vena hipotonis (Glukosa 2,5% dan Nacl 0,4%) 10. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin dan <i>plasmanat</i> )	9. Cairan hipotonis memiliki osmolaritas rendah sehingga cairan ditarik dari pembuluh darah keluar 10. Sebagai cairan resusitasi dalam mengatasi kekurangan cairan yang parah
3.	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient	Status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Diare menurun 3. Frekuensi makan membaik 4. Nafsu makan membaik 5. Bising usus membaik 6. Membran mukosa membaik	<b>Manajemen Nutrisi</b> <b>Obervasi :</b> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogasatrik 5. Monitor asupan makanan dan adanya mual muntah 6. Monitor berat badan  <b>Terapeutik :</b> 7. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 8. Sajikan makanan secara menarik 9. Berikan makanan tinggi serat	1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk menentukan jenis makanan yang akan diberikan 3. Memudahkan dalam pemberian makanan 4. Pemberian selang nasogatrik diindikasikan untuk pasien yang tidak mampu makan melalui mulut, tidak bisa menelan, atau riwayat muntah 5. Mengetahui masukan dan haluaran nutrisi 6. Mengetahui kecukupan nutrisi dan mengetahui secara dini gejala-gejala kurang gizi 7. Untuk meningkatkan nafsu makan 8. Untuk menambah nafsu makan 9. Untuk mencegah kontipasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			10. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <b>Edukasi :</b> 11. Anjurkan posisi duduk, jika mampu <b>Kolaborasi :</b> 12. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik) 13. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis <i>nutrient</i> yang dibutuhkan, jika perlu	10. Sebagai zat pembangun dan mempercepat penyembuhan penyakit 11. Menghindari tersedak saat makan 12. Menghindari mual pada saat makan 13. Memberikan nutrisi secara tepat
4.	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d faktor mekanis (gesekan)	Integritas kulit dan jaringan Meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kemerahan menurun 5. Suhu kulit membaik 6. Tekstur membaik	<b>Perawatan Integritas Kulit Observasi :</b> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <b>Edukasi :</b> 2. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan	1. Apakah penyebabnya oleh perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrim atau penurunan mobilitas 2. Menghindari penekanan terlalu lama pada kulit 3. Menjaga kebersihan dan kenyamanan pasien 4. Untuk menjaga kelembapan kulit 5. Untuk mencegah alergi pada kulit

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	
			ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 7. Anjuran menggunakan pelembab (mis, lotion, serum, salep) <b>Edukasi :</b> 8. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim	6. Mencegah iritasi pada kulit yang disebabkan alkohol 7. Untuk menjaga kelembabpan kulit 8. Menjaga kulit tetap dalam suhu normal	
5.	Ansietas situasional	b.d krisis	Tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Anoreksia menurun 4. Frekuensi nadi sedang 5. Frekuensi nafas sedang 6. Pucat menurun	<b>Reduksi Ansietas</b> <b>Observasi :</b> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) <b>Terapeutik :</b> 3. Ciptakan suasana terapeutik 4. Temani pasien, jika memungkinkan 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan <b>Edukasi :</b> 6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	1. Mengetahui perubahan ansietas sesuai dengan kondisi, waktu, dan stressor 2. Mengobservasi tanda ansietas 3. Untuk membangun bina trust dengan pasien 4. Menemani pasien dapat mengurangi kecemasan pada pasien 5. Untuk membangun bina <i>trust</i> 6. Menemani pasien dapat mengurangi kecemasan pasien

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
6.	Nausea b.d distensi lambung	Nausea dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan meningkat 2. Keluhan mual menurun 3. Perasaan ingin muntah menurun 4. Perasaan asam dimulut menurun 5. Wajah tidak pucat 6. Takikardia membaik	<b>Manajemen Mual</b> <b>Observasi :</b> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi faktor penyebab mual 3. Monitor mual (mis, frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 4. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis, nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggungjawab peran, dan tidur) 5. Monitor asupan nutrisi dan kalori <b>Terapeutik :</b> 6. Kendalikan faktor penyebab mual 7. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual 8. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <b>Edukasi :</b> 9. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 10. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak	1. Mengetahui faktor yang memungkinkan terjadinya mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup pasien 3. Mengetahui faktor yang memungkinkan terjadinya mual 4. Mengetahui tingkat mual yang dialami pasien 5. Menjaga butrиси tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual dan muntah yang berlanjut 6. Meminimalkan dampak yang mengakibatkan mual 7. Mempertahankan saturasi oksigen pula pada pasien agar tetap stabil 8. Menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual dan muntah yang berlanjut 9. Dapat membuat klien jadi leboh baik dan melupakan mual 10. Menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual dan mencegah terjadinya mual dan muntah yang berlanjut

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
7.	Risiko Syok d.d kekurangan volume cairan	Tingkat syok menurun, dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Akral dingin menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Frekuensi nadi membaik 6. Frekuensi nafas membaik	<b>Pencegahan Syok</b> <b>Observasi :</b> 1. Monitor status kardiopulmonal  2. Monitor status oksigenasi  3. Monitor status cairan  4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil <b>Terapeutik :</b> 5. Berikan oksigen  <b>Edukasi :</b> 6. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 7. Jelaskan tanda awal gejala syok 8. Anjurkan untuk segera melapor jika menemukan tanda gejala syok 9. Anjurkan asupan cairan per oral <b>Kolaborasi :</b> 10. Kolaborasi pemberian cairan melalui intra vena 11. Kolaborasi pemberian transfusi darah	1. Untuk mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada keadaan umum pasien dan memastikan dalam batas normal 2. Mengetahui adanya perubahan SaO <sub>2</sub> dan status hemodinamik 3. Memastikan pasien tidak mengalami kekurangan atau kelebihan cairan 4. Perubahan kesadaran menunjukkan 5. Untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 6. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien/keluarga 7. Sebagai upaya preventif 8. Agar dapat dilakukan pencegahan secara dini 9. Untuk mempertahankan status cairan 10. Untuk memenuhi kebutuhan cairan 11. Untuk upaya pemberian komponen darah dan penyembuhan penyakit

### **2.3.7. Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan (Leniwita, 2019).

### **2.3.8. Evaluasi**

Evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Leniwita, 2019).