

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA PRASEKOLAH  
DENGAN DIARE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG DARI  
KEBUTUHAN TUBUH DI RUANG MELATI  
RSUD CIAMIS**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli  
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi D III Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

**ADRIANUS RANGGA MONE**

**AKX.15.002**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2018**

## PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya

Nama : Adrianus Rangga Mone  
NIM : AKX. 15. 002  
Program Studi : Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi  
dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti  
Kencana Bandung

Judul karya tulis ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia Prasekolah  
Dengan Diare Dengan Masalah Keperawatan  
Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari  
Kebutuhan Tubuh Di Ruang Melati RSUD  
Ciamis 2018

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (A.Md.) baik di Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya ilmiah yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi sesuai norma yang berlaku di Perguruan Tinggi

Bandung April 2018

Yang membuat pernyataan

  
Adrianus Rangga Mone

**LEMBAR PERSETUJUAN**

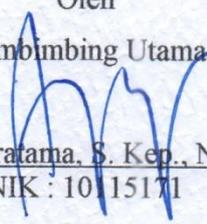
**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA PRASEKOLAH  
DENGAN DIARE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG  
DARI KEBUTUHAN TUBUH DI RUANG  
MELATI RSUD CIAMIS

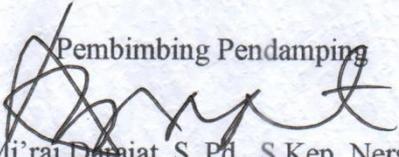
ADRIANUS RANGGA MONE  
AKX.15.002

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 25 APRIL 2018

Oleh  
Pembimbing Utama

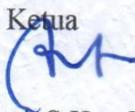
  
Angga Satria Pratama, S. Kep., Ners., M.Kep  
NIK : 10115171

Pembimbing Pendamping

  
Agus Miraj Darajat, S. Pd., S.Kep. Ners., M.Kes  
NIK : 10105036

Menyetujui  
Program Studi D III Keperawatan

Ketua

  
Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
NIK : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA PRASEKOLAH  
DENGAN DIARE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI KURANG  
DARI KEBUTUHAN TUBUH DI RUANG  
MELATI RSUD CIAMIS

ADRIANUS RANGGA MONE

AKX.15.002

Telah diuji

Pada tanggal, 30 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : Angga Satria Pratama, S. Kep. Ners., M. Kep

(.....)

Anggota :

1. Irfan Safarudin Ahmad, S. Kep. Ners  
(Penguji 1)

(.....)

2. Hj. Djubaedah, Spd., MM  
(Penguji 2)

(.....)

3. Agus Mi'raj Darajat, S. Pd., S.Kep. Ners., M.Kes  
(Pembimbing Pendamping)

(.....)

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung



Ketua,

Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIK: 10107064

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Kasus diare di Propinsi Jawa Barat diperkirakan sebanyak 1.261.159, dan tertangani sebanyak 930.176 kasus atau 73,8 %. Menurut data rekam medik RSUD Ciamis tahun 2017, dari jumlah anak yang dirawat di Ruang Perawatan Anak sebanyak 2.900 dan kasus diare menempati urutan pertama dengan jumlah 573 kasus, atau 19,76 %. Diare adalah keluarnya tinja berair dengan frekuensi 4 kali atau lebih dalam sehari ditandai dengan mata cekung, mukosa mulut kering, nadi cepat, mual muntah, nafsu makan berkurang, kehausan sampai tidak bisa minum, iritasi perineum serta penurunan berat badan. Hal itu menyebabkan gangguan keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk menggali atau mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi, dilakukan pada dua klien diare dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan intervensi pemberian suplemen zinc dan probiotik **Hasil:** dari masalah ketidakseimbangan nutrisi, telah dilakukan intervensi pemberian suplemen zinc dan probiotik dengan hasil menunjukkan respon positif dari kedua klien yaitu efektif menangani frekuensi diare, terjadi peningkatan nafsu makan dan berat badan. **Diskusi:** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan intervensi keperawatan, pada hari ketiga pada kasus 1 masalah teratasi sebagian, sedangkan pada klien 2 masalah teratasi. Perbedaan hasil tersebut terjadi karena klien 1 memiliki riwayat kesehatan dengan frekuensi diare lebih banyak/sering dibandingkan klien 2 serta klien 1 memiliki riwayat adanya muntah, sementara klien 2 hanya memiliki riwayat mual.

Keyword : *Diare, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, asuhan keperawatan.*

Daftar Pustaka: 14 Buku (2008 – 2018), 2 jurnal (2010 – 2018), 1 situs internet.

## ABSTRACT

**Background:** The case of diarrhea in West Java Province is estimated to be 1,261,159, and handled 930,176 cases or 73.8%. According to medical record data of RSUD Ciamis in 2017, the number of children treated in Child Care Room is 2,900 and diarrhea case is first with 573 cases or 19,76%. Diarrhea is the release of watery stool with frequency 4 times or more in a day characterized by sunken eyes, dry mouth mucosa, rapid pulse, nausea vomiting, decreased appetite, thirst to not drink, perineal irritation and weight loss. It causes disturbance of nutrient balance less than body needs. **Methods:** A case study is to explore or explore a problem / phenomenon with detailed constraints, have a deep data retrieval and include multiple sources of information, performed on two diarrheal clients with nursing problems of nutrient imbalance less than body requirements with zinc and probiotic supplementation interventions. **Results :** from the problem of nutritional imbalance, intervention of zinc and probiotic supplement with result show positive response from both client that is effective handle diarrhea frequency, happened increase of appetite and body weight. **Discussion:** after nursing care with nursing intervention, on the third day in case 1 problem is partially resolved, while on client 2 the problem is resolved. The difference in outcomes occurs because client 1 has a history of health with more frequent / frequent frequent diarrhea than client 2 and client 1 has a history of vomiting, while client 2 has only a history of nausea.

Keyword: *Diarrhea, nutrient imbalance less than body needs, nursing care.*

References: 14 Books (2008 - 2018), 2 journals (2010 - 2018), 1 internet site.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul : *Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia Prasekolah Dengan Diare Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh Di Ruang Melati RSUD Ciamis 2018.*

Penulisan karya tulis ini tak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang penulis temui, namun berkat bimbingan dari dosen pembimbing serta do'a dan dukungan dari semua kalangan, karya tulis ini bisa diselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Dalam kesempatan ini dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.Kes., selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan Anestesi di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep., selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Hj. Tuti Suprapti Ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Angga Satria Pratama, S.Kep.Ners.M.Kep selaku pembimbing utama dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Agus Mi'raj Darajat, S. Pd., S.Kep.Ners, M.Kes, selaku pembimbing pendamping dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. dr. H. Aceng Solahudin A., dr., M.Kes selaku direktur RSUD Ciamis yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Nunung Patimah, AMK selaku CI Ruangan Melati yang telah memeberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. DRS. Umbu S. Pateduk, selaku Bupati Sumba Tengah yang telah memberi Tugas Belajar kepada penulis.
9. dr. Oktavian Dekky, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Tengah yang telah memberikan rekomendasi kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan.
10. Seluruh dosen dan staff program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat yang telah memberikan dukungan, motivasi, bimbingan, arahan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
11. Ayah dan Ibu tercinta yang selalu memberikan semangat, motivasi, dan dukungan baik secara moril maupun materil, pengorbanan, kasih sayang yang sangat tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
12. Seluruh senior, teman-teman seperjuangan angkatan XI dan adik-adik tingkat yang telah memberikan dukungan moril;

Semoga amal baik bapak/ibu/saudara/i diterima oleh Tuhan Yang Maha Esa, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, April 2018

Adrianus Rangga Mone

## DAFTAR ISI

Surat Pernyataan Penulis.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Abstrak .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel .....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Bagan .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum .....	5
2. Tujuan Khusus .....	5
D. Manfaat .....	6
1. Manfaat Teoritis .....	6
2. Manfaat Praktis .....	7
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b>	
A. Konsep Penyakit .....	8
1. Definisi.....	8
2. Anatomi dan Fisiologi.....	9
3. Etiologi .....	17
4. Klasifikasi .....	18
5. Patofisiologi .....	19
6. Pathway .....	21
7. Pemeriksaan Diagnostik .....	22
8. Penatalaksanaan .....	22
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	27
1. Nutrisi .....	27
2. Kebutuhan Nutrisi Anak .....	27
3. Gangguan Keseimbangan Nutrisi .....	28
4. Pengkajian .....	30
5. Diagnosa Keperawatan .....	40
6. Rencana Keperawatan.....	40
7. Implementasi .....	45
8. Evaluasi .....	46
C. Konsep Tumbuh Kembang Balita.....	48
1. Pengertian .....	48
2. Tahap Tahap Tumbuh Kembang .....	49
3. Imunisasi .....	51
4. Pertumbuhan Anak Usia Prasekolah.....	55
5. Perkembangan Anak Usia Prasekolah .....	59

<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian .....	61
B. Batasan Istilah .....	61
C. Partisipan/Responden Penelitian .....	62
D. Lokasi Dan Waktu .....	62
E. Pengumpulan Data .....	62
F. Uji Keabsahan Data .....	64
G. Analisa Data .....	65
H. Etika Penelitian .....	66
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil .....	68
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	68
2. Data asuhan Keperawatan .....	69
a. Pengkajian .....	69
b. Diagnosa Keperawatan .....	79
c. Rencana Keperawatan.....	82
d. Implementasi .....	85
e. Evaluasi .....	89
B. Pembahasan .....	91
1. Pengkajian .....	91
2. Diagnosa .....	93
3. Rencana Keperawatan .....	95
4. Implementasi .....	96
5. Evaluasi.....	97
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	100
1. Pengkajian .....	100
2. Diagnosa .....	101
3. Rencana Keperawatan.....	101
4. Implementasi.....	102
5. Evaluasi.....	102
B. Saran .....	103
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Diare .....	19
Tabel 2.2	Rehidrasi Intravena.....	24
Tabel 2.3	Penurunan Berat Badan Anak .....	33
Tabel 2.4	Tekanan Darah Normal Anak .....	36
Tabel 2.5	Frekuensi Nadi Normal Anak .....	36
Tabel 2.6.1	Rencana Keperawatan Diagnosa 1.....	41
Tabel 2.6.2	Rencana Keperawatan Diagnosa 2.....	42
Tabel 2.6.3	Rencana Keperawatan Diagnosa 3.....	43
Tabel 2.6.4	Rencana Keperawatan Diagnosa 4.....	44
Tabel 2.6.5	Rencana Keperawatan Diagnosa 5.....	45
Tabel 4.1	Identitas Klien .....	69
Tabel 4.2	Identitas Penanggung Jawab .....	69
Tabel 4.3	Riwayat Penyakit .....	70
Tabel 4.4	Pola Aktifitas .....	71
Tabel 4.5.1	Pertumbuhan .....	73
Tabel 4.5.2	Perkembangan.....	73
Tabel 4.6	Riwayat Imunisasi .....	73
Tabel 4.7	Pemeriksaan Fisik .....	74
Tabel 4.8	Data Psikologis .....	75
Tabel 4.9.1	Pemeriksaan Darah Rutin .....	76
Tabel 4.9.2	Pemeriksaan Feces Rutin .....	77

Tabel 4.10	Program Dan Rencana Pengobatan .....	77
Tabel 4.11	Analisa Data .....	78
Tabel 4.12.1	Diagnosa Keperawatan Klien 1 .....	79
Tabel 4.12.2	Diagnosa Keperawatan Klien 2 .....	80
Tabel 4.13.1	Rencana Keperawatan Klien 1 .....	82
Tabel 4.13.2	Rencana Keperawatan Klien 2 .....	84
Tabel 4.14.1	Implementasi Klien 1 .....	85
Tabel 4.14.2	Implementasi Klien 2 .....	87
Tabel 4.15.1	Evaluasi Klien 1 .....	89
Tabel 4.15.2	Evaluasi Klien 2 .....	90

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan.....	8
Gambar 2.2 Jadwal Pemberian Imunisasi menurut IDAI 2017 .....	53

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway .....	21
-------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I Lembar Bimbingan

Lampiran II Surat Persetujuan Dan Justifikasi Studi Kasus

Lampiran III Persetujuan Responden

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, lebih dari 3 kali/hari pada anak dan pada neonatus lebih dari 4 kali/hari. Perubahan yang terjadi berupa perubahan peningkatan volume, keeceran, dan frekuensi dengan atau tanpa lendir darah (Hidayat 2008). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan diare sebagai kejadian buang air besar dengan konsistensi lebih cair dari biasanya, dengan frekuensi kalai atau lebih selama satu hari atau lebih.

Secara global, angka kejadian penyakit diare setiap tahun ada hampir 1,7 miliar kasus masa kanak-kanak, penyakit ini juga merupakan penyebab utama kekurangan gizi dan penyebab kematian kedua pada anak-anak di bawah lima tahun serta bertanggung jawab terhadap kematian sekitar 525.000 anak setiap tahun. Diare dapat berlangsung beberapa hari, dan dapat meninggalkan tubuh tanpa air dan garam yang diperlukan untuk bertahan hidup. Di masa lalu, bagi kebanyakan orang, dehidrasi berat dan kehilangan cairan adalah penyebab utama kematian diare. Sekarang, penyebab lain seperti infeksi bakteri septik kemungkinan akan menyebabkan peningkatan proporsi semua kematian akibat diare. Anak-anak yang kekurangan gizi atau memiliki kekebalan yang lemah serta orang yang hidup dengan HIV adalah yang paling berisiko diare yang mengancam jiwa (*World Health Organization, 2017*).

Di Indonesia diperkirakan angka kejadian diare adalah 6.897.463 dengan diare ditangani sebanyak 2.544.084 atau 36,9%, dan merupakan penyakit terbesar nomor satu dengan kejadian diare terbanyak adalah di Propinsi Jawa Barat diperkirakan kejadian diare sebanyak 1.261.159 dengan diare ditangani sebanyak 930.176 kasus atau 73,8 % (Profil Kesehatan Indonesia 2016).

Kasus kejadian diare di Propinsi Jawa Barat yang paling dominan itu ada di Kabupaten Karawang dengan jumlah kasus sebanyak 159.407. Sementara untuk kejadian diare di Kabupaten Ciamis adalah 16.430 kasus, dengan jumlah penemuan kasus tersebut Kabupaten Ciamis berada di urutan ke-12 (duabelas) dari 27 kabupaten dan kota di Jawa Barat (Provinsi Jawa Barat Dalam Angka, 2016). Sedangkan menurut data rekam medik RSUD Ciamis pada tahun 2017, angka kesakitan pada anak yang dirawat di Ruang Perawatan Anak sebanyak 2.900 anak, penemuan penyakit terbanyak adalah diare yang menempati urutan pertama dengan jumlah 573 kasus, atau 19,76 %.

Penanganan diare menurut rujukan *United Nation Children's Fund (UNICEF)* dan WHO (2009) dilakukan melalui pemberian rehidrasi, nutrisi dan zat besi. Menurut Kemenkes RI (2011) Lima Pilar penatalaksanaan diare pada anak balita baik yang dirawat di rumah sakit maupun dirawat di rumah adalah dengan pemberian cairan atau rehidrasi, pemberian zinc dan probiotik, pengobatan dietik dan pemberian ASI, pengobatan kausal dan pengobatan simptomatik. (Kapita Selekt, 2014)

Penanganan kasus diare pada Anak/Balita harus segera ditangani, apabila tidak ditanganai dengan benar dan serius, diare dapat berakibat kehilangan

cairan dan elektrolit secara mendadak dapat terjadi komplikasi seperti dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik, atau hipertonik); renjatan hipovolemik; hipokalemia (gejala meteorismus, hipotoni otot lemah, bradikardi); intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktose; hipoglikemia; malnutrisi energi protein (akibat muntah dan diare jika lama atau kronik) (Rekawati et al 2013).

Perawat sebagai tenaga kesehatan dapat memberikan kontribusi dalam penanganan diare sesuai dengan perannya. Peran perawat tersebut adalah pemberi pelayanan yang mencakup pemberi rasa nyaman, pelindung, komonikator, mediator dan rehabilitator. Selain itu Perawat berperan sebagai pendidik yang memberikan pemahaman kepada individu, keluarga ataupun masyarakat di semua lingkup pelayanan kesehatan. Peran perawat selanjutnya sebagai manajer, yaitu perawat mengelola kegiatan pelayanan kesehatan sesuai dengan tanggung jawabnya dan dapat mengambil keputusan dalam memecahkan masalah. Perawat juga dituntut untuk berpikir kritis dalam pengambilan keputusan, sehingga permasalahan yang dihadapi dapat terpecahkan dengan baik. Perawat juga mempunyai peran sebagai pelindung, yaitu melindungi klien terhadap terapi atau pelayanan yang didapatkan dan membantu dalam pengambilan keputusan (Delaune, Ladner, 2011).

Dalam tatalaksana diare, perawat dapat melaksanakan perannya dalam beberapa hal, salah satunya dalam memberikan pendidikan kepada orang tua mengenai rehidrasi oral untuk mengatasi diare. Seperti penelitian yang telah dilakukan di India yang dilakukan oleh *Mazumder et al* (2010), dikemukakan

bahwa pendidikan yang diberikan kepada orang tua atau pengasuh mengenai pemberian zinc dan oralit untuk anak diare, efektif dapat mengurangi diare pada anak.

Mekanisme kerja zinc dalam mengurangi diare yaitu mempercepat regenerasi epitel usus, memperbaiki absorpsi air dan elektrolit di usus, dan meningkatkan respon imun yang mengarah pada bersihan patogen usus. Mekanisme yang sama juga terdapat pada probiotik yaitu memproduksi bakteriosin atau substansi antimikroba terhadap patogen usus, berkompetisi dalam menghambat ikatan patogendengan mukosa usus serta menstimulasi sistem imun. Melalui mekanisme tersebut pemberian kombinasi zinc dan probiotik diharapkan terdapat efek sinergisme dalam menurunkan durasi diare Lolopayung (2014).

Di RSUD Ciamis tatalaksana diare dilakukan berdasarkan Standar Pelayanan Medis (SPM) untuk diare, tetapi perawat belum bisa menunjukkan SPM tersebut. Disampaikan bahwa SPM yang ditetapkan yaitu pemberian rehidrasi oral dengan minum air 2000 – 2500 cc, dan parenteral dengan cairan Kaen 3B, pemberian probiotik dan tablet zinc dan antibioti pada diare yang memanjang ( lebih dari 5 hari) dan panas, serta terapi medis lain sesuai dengan gejala penyerta, seperti pemberian anti emetik jika anak mengalami gejala muntah. Berhubung dengan pemberian zinc dan probiotik perawat telah memberikan penjelasan mengenai dosis, dan cara pemberiannya, untuk pemberian zinc diberikan dengan dosis 1 x 20 mg, dan 2 x 1 sachet untuk probiotik hampir pada semua umur. Untuk penanganan nutrisi anak, perawat

sudah menganjurkan untuk tetap diberikan ASI, sementara anak yang diberi susu formula perawat telah menganjurkan untuk mengganti susu rendah/bebas laktosa (Standar Pelayanan Medis, 2017).

Berdasarkan fenomena diatas, maka penulis merasa perlu untuk menyusun karya tulis dengan judul "*Asuhan Keperawatan pada Anak usia Prasekolah dengan Diare dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2018*"

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Bagaimana melakukan Asuhan Keperawatan pada Anak usia Prasekolah dengan Diare dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2018.

## **C. TUJUAN PENULISAN**

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

### **1. Tujuan Umum**

Penulis mampu mengaplikasikan ilmu dan memperoleh pengalaman dalam melakukan *Asuhan Keperawatan pada Anak usia Prasekolah dengan Diare dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh di ruang Melati RSUD Ciamis tahun 2018*

## **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

- a. Melaksanakan pengkajian pada Anak usia Prasekolah dengan Diare yang meliputi pengumpulan data, analisa data, dan menegakkan diagnosa di ruang Melati RSUD Ciamis
- b. Membuat diagnosa keperawatan pada Anak usia Prasekolah dengan Diare di ruang Melati RSUD Ciamis
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada Anak usia Prasekolah dengan Diare berdasarkan masalah yang muncul di ruang Melati RSUD Ciamis.
- d. Mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan pada Anak usia Prasekolah dengan Diare sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun di ruang Melati RSUD Ciamis.
- e. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikam pada Anak usia Prasekolah dengan Diare di ruang Melati RSUD Ciamis

## **D. MANFAAT**

### **1. Manfaat Teoritis**

Untuk menambah sumber bacaan, wawasan, pengetahuan dan informasi bagi tenaga kesehatan tentang penyakit diare.

## 2. Manfaat Praktis

### a) Bagi Perawat

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sumber referensi untuk menambah pengetahuan dalam penanganan diare.

### b) Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan sumber pustaka bagi pembaca di lingkungan Rumah Sakit.

### c) Bagi Intitusi pendidikan

Dapat menambah sumber pustaka, dan juga dapat dijadikan sebagai sumber perbandingan dalam melaksanakan pembelajaran baik di kampus maupun di tempat praktek.

### d) Bagi klien

Klien yang menjadi penerima asuhan keperawatan mendapatkan asuhan keperawatan yang sesuai dan tepat berdasarkan teori dan praktik.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP DASAR PENYAKIT**

##### **1. Definisi**

Diare adalah keadaan frekuensi buang air besar yang abnormal  $> 4$  kali pada bayi dan  $> 3$  kali pada anak ; konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja ( Ngastiyah, dalam Maryunani 2010 ). Adapun menurut (Maryunani, 2010) yang disebut diare adalah keluarnya tinja berair dengan frekuensi 4 kali atau lebih dalam sehari.

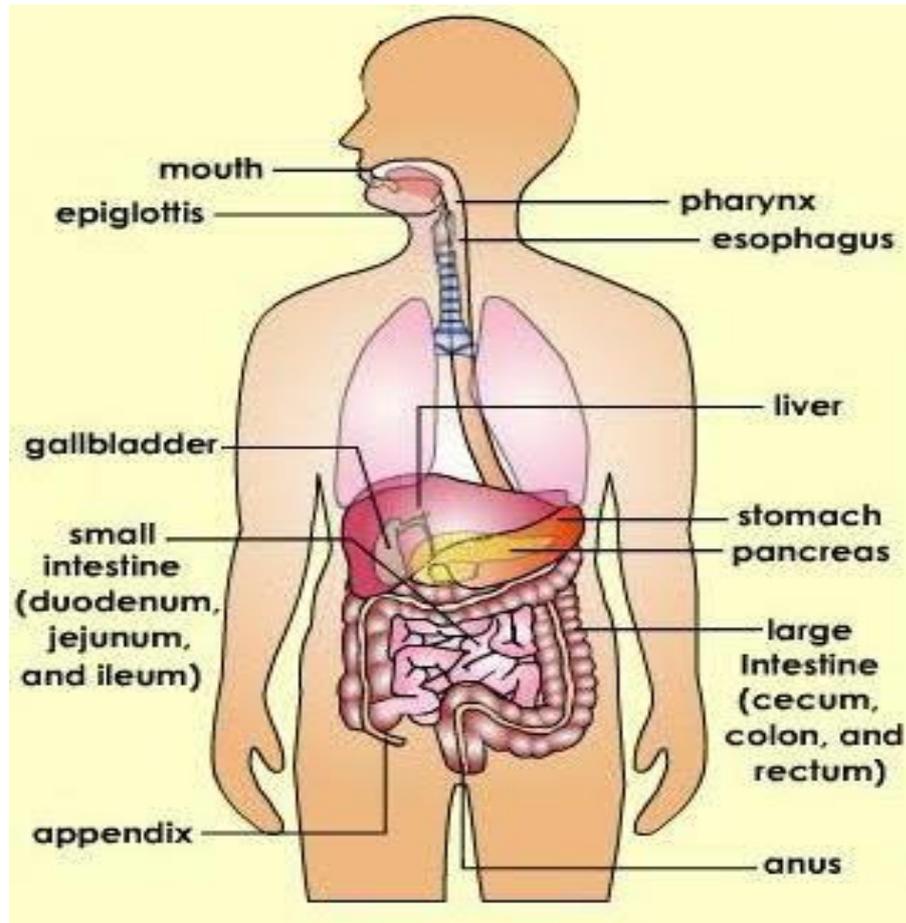
Diare akut adalah perubahan konsistensi tinja yang terjadi tiba tiba akibat kandungan air didalam tinja melebihi normal (10 ml/KgBB/hari) dengan peningkatan frekuensi defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam dan berlangsung kurang dari 14 hari. Pola defakasi neonatus dan bayi hingga usia 4 – 6 bulan, yang defekasi 3 kali/hari dan konsistensinya cair atau lembek masih dianggap normal selama tumbuh kembangnya baik ( Kapita Selekt Kedokteran,2014 ).

Dari beberapa pengertian diare di atas, penulis mendefinisikan diare sebagai buang air besar dengan frekuensi lebih sering tidak seperti biasanya, dengan konsistensi encer atau berair.

## 2. Anatomi fisiologi sistem pencernaan makanan

**Gambar 2.1**  
**Anatomi sistem pencernaan**

Sumber : <http://gussastrawan.wordpress.com>, diakses pada tanggal 12 april 2018



Berikut dikemukakan anatomi fisiologi sistem pencernaan makanan (Setiadi, 2016).

Saluran pencernaan makanan merupakan saluran yang menerima makanan dari luar dan mempersiapkannya untuk diserap oleh tubuh dengan jalan proses pencernaan (pengunyahan, penelanan, dan pencampuran) dengan enzim dan zat cair yang terbentang dari mulut (oris) sampai anus.

Fungsi saluran pencernaan adalah menyediakan suplai terus menerus pada tubuh akan air, elektrolit, dan zat gizi, sehingga siap diabsorpsi.

a. Mulut (oris)

Mulut merupakan alat pencernaan pertama yang dilalui makanan yang merupakan jalan masuk menuju sistem pencernaan dan berisi organ aksesori yang berfungsi penting pada awal proses pencernaan. Di dalam mulut makanan dicerna dengan bantuan gigi, lidah, dan air liur (ludah).

b. Faring

Merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (*oesofagus*). Didalam lengkungan faring terdapat tonsil (*amandel*) yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi.

Disini terletak persimpangan antara jalan napas dan jalan makanan, yang letaknya di belakang rongga mulut dan rongga hidung, di depan ruas tulang belakang.

c. Oesofagus (Kerongkongan)

Kerongkongan bentuknya seperti pipa yang merupakan saluran yang menghubungkan tekak dengan lambung, panjang sekitar 9 samapai denga 25 cm yang dengan diameter 2,54 cm, mulai dari faring sampai pintu masuk kardiak di bawah lambung. *Oesofagus* berawal dari *laringofaring*, melewati diafragma dan *hiatus oesofagus*. Esofagus terletak di belakang trakea dan di depan tulang punggung

setelah melalui toraks menembus diafragma masuk ke dalam abdomen menyambung dengan lambung.

Fungsi esofagus adalah menggerakkan makanan dari faring ke lambung melalui gerakan peristaltis. Mukosa esofagus memproduksi sejumlah besar mucus untuk melumasi dan melindungi esofagus tetapi esofagus tidak memproduksi enzim pencernaan.

d. Lambung (gaster)

Lambung merupakan saluran pencernaan makanan yang melebar seperti kantung, terletak di bagian atas rongga perut sebelah kiri, dan sebagian tertutup oleh hati dan limpa. Lambung merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster, lambung terdiri dari bagian atas fundus berhubungan dengan esofagus melalui orifisium pilorik, terletak di bawah diafragma di depan pankreas dan limpa, menempel di sebelah kiri fundus uteri.

e. Usus halus

Usus halus adalah saluran pencernaan diantara lambung dan usus besar, yang merupakan tuba terlilit yang merentang dari sfingter pylorus sampai katup ileosekal, tempatnya menyatu dengan usus besar. Mukosa usus halus, yaitu permukaan epitel yang sangat luas melalui lipatan mukosa dan *mikrofilii* memudahkan pencernaan dan absorpsi, lipatan ini dibentuk oleh mukosa dan sub mukosa yang memperbesar permukaan usus. Pada penampang melintang *vili*

dilapisi oleh *epitel* dan *kripta* yang menghasilkan bermacam macam hormon jaringan dan enzim yang memegang peranan aktif dalam pencernaan.

#### 1) Gerakan Usus Halus

Pergerakan usus halus dipicu oleh peregangan dan secara reflek dikendalikan oleh system syaraf otak.

Gerakan usus halus antara lain :

- a) *Segmentasi* irama, yaitu pergerakan percampuran utama dalam mencampur kimus dengan cairan pencernaan dan mamaparkannya ke permukaan absorbtif. Gerakan ini berupa gerakan kontriksi dan relaksasi yang bergantian dari cincin – cincin otot dinding usus yang membagi isi menjadi segmen – segmen dan mendorong kimus bergerak maju mundur dari satu segmen ke relaks segmen lain. Gerakan segmental memisahkan beberapa segmen usus dari yang lain, hal ini memungkinkan isi lumen yang cair bersentuhan dengan dinding usus dan akhirnya siap diabsorpsi.
- b) *Peristaltis*, yaitu kontraksi ritmis otot polos longitudinal dan sirkuler yang mendorong dan menggerakkan kimus kearah bawah disepanjang saluran .
- c) *Gerakan pendulum / ayunan*, menyebabkan isi usus bercampur.

## 2) Fungsi usus halus

- a) Menerima zat – zat makanan yang sudah dicerna untuk diserap melalui kapiler – kapiler darah dan saluran – saluran limfe dengan proses sebagai berikut :
  - (1) Menyerap protein dalam bentuk asam amino;
  - (2) Karbohidrat diserap dalam bentuk monosakarida.
- b) Secara selektif mengabsorpsi produk digesti dan juga air, garam dan vitamin.

## 3) Bagian usus halus

Usus halus terdiri dari 3 bagian,yaitu :

- a) Duodenum, organ ini disebut juga usus 12 jari panjangnya 25 – 30 cm, (bagian yang terpendek dari usus halus). Berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri, pada lengkungan ini terdapat pankreas yang menghasilkan amilase yang berfungsi mencerna hidrat arang menjadi disakarida
- b) Yeyenum, adalah bagian kelanjutan dari duodenum yang panjangnya kurang lebih 1 – 1,5 m. Permukaannya lebih lebar, dindingnya lebih tebal, serta lebih banyak mengandung pembuluh darah. Di dalam jejenum makanan mengalami proses pencernaan secara kimiawi dibantu oleh enzim – enzim yang dihasilkan usus ini. Enzim – enzim tersebut adalah :

- (1) Laktase, enzim yang mengubah laktosa menjadi glukosa;
  - (2) Dipeptidase, mengubah pepton menjadi asam amino;
  - (3) Enterokinase, mengaktifkan tripsinogen maltase, mengubah maltosa menjadi glukosa;
  - (4) Disakanase, mengubah disakarida menjadi monosakarida;
  - (5) Sukrase, mencerna sukrosa menjadi glukosa dan fruktosa;
  - (6) Lipase, mengubah trigliserida menjadi gliserol dan asam lemak;
  - (7) Peptidase, mengubah polipeptida menjadi asam amino.
- c) Ileum, merentang sampai menyatu dengan usus besar dengan panjang 2 – 2,5 meter. Lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan peritonium yang berbentuk kipas yang dikenal sebagai mesenterium. Ujung bawah ileum berhubungan dengan sekum dengan perantaraan lubang yang bernama *orifisium ileuseikalis*. *Orifisium* ini diperkuat oleh *spinter ileosakalis* dan pada bagian ini terdapat katup *valvula seikalis* atau *valvula baukini* yang

berfungsi untuk mencegah cairan dalam kolon ascendens tidak masuk kembali ke ileum.

f. Usus Besar

Di dalam usus besar, makanan biasanya memerlukan waktu dua sampai lima hari untuk menempuh ujung saluran pencernaan. Dua sampai enam jam di lambung, enam sampai delapan jam di usus halus dan sisa waktunya berada di usus besar.

1) Anatomi

Panjangnya  $\pm 1,5$  m, lebarnya 5 – 6 cm. Lapisan – lapisan usus besar dari dalam ke luar adalah selaput lendir, lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang dan jaringan ikat. Ukurannya lebih besar dari usus halus, disisi terdapat taenia coli dan apendiks epiploika, mukosanya lebih halus dari pada usus halus dan tidak memiliki villi, tidak memiliki lipatan – lipatan sirkuler (*plicae circulares*).

Usus besar terdiri dari *caecum*, *colon ascendens*, *colon transversum*, *colon descendens*, *colon sigmoid*, *rectum* dan *canalis ani* serta *spinkter ani*.

2) Fungsi usus besar

Fungsi usus besar antara lain :

- a) Menyerap air dan elektrolit 80% sampai 90% dari makanan dan mengubah dari cairan menjadi massa;

- b) Tempat tinggal sejumlah bakteri koli, yang mampu mencerna sejumlah kecil selulosa dan memproduksi sedikit kalori nutrisi bagi tubuh dalam setiap hari;
- c) Memproduksi vitamin antara lain vitamin K, riboflavin dan tiamin serta berbagai gas;
- d) Penyiapan selulosa yang berupa hidrat arang dalam tumbuh – tumbuhan, buah – buahan dan sayuran hijau;

### 3) Defekasi

Defekasi sebagian merupakan reflek, sebagian lagi merupakan aktivitas volunter (yaitu dengan mengejan terjadi kontraksi diafragma dan otot abdominal untuk meningkatkan tekanan intra abdominal).

Komposisi feses mengandung :

- (a) Air mencapai 75 % sampai 80 %;
- (b) Sepertiga materi padatnya adalah bakteri;
- (c) Sisanya yang 2% sampai 3% adalah nitrogen, zat sisa organik dan anorganik dari sekresi pencernaan, serta mucus dan lemak.
- (d) Feses juga mengandung sejumlah bakteri kasar, atau serat dan selulosa yang tidak tercerna;
- (e) Warna coklat berasal dari pigmen empedu; dan
- (f) Bau berasal dari kerja bakteri.

g. Anus

Anus adalah lubang paling bawah tubuh manusia yang merupakan muara akhir dari saluran pencernaan. Dinding anus terdiri dari dua lapis otot yang konsentrasinya diatur sesuai kehendak manusia. Gerakan peristaltik dikendalikan oleh otot polos (otot tak sadar). Akan tetapi pada saat buang air besar otot spingter di anus dipengaruhi oleh otot lurik (otot sadar). Jadi, proses defekasi (buang air besar) dilakukan dengan sadar, yaitu dengan adanya kontraksi dinding otot perut yang diikuti dengan mengendurnya otot spingter anus dan kontraksi kolon serta rektum. Akibatnya feses dapat terdorong ke luar anus.

### 3. Etiologi

- a. Infeksi : Virus (rotavirus, adenovirus, norwalk), bakteri (*Shingela sp.*, *E. Coli*, *Vibro sp.*). Parasit (Protozoa: *Ehystolytica*, *G. Lamblia*, *Balantidium coli*; cacing : *Ascaris sp.*, *Trichuris sp.*, *Strondiloides sp.*; jamur: *Candidasp.*). infeksi ekstra usus ( otitis media akut, infeksi saluran kemih, pneumonia). Terbanyak disebabkan rotavirus (20-40%);
- b. Alergi makanan: alergi susu sapi, protein kedelai, alergi multiple;
- c. Malabsorpsi: karbohidrat (intoleransi laktosa), lemak dan protein.
- d. Keracunan makanan: (misalnya makanan kaleng akibat *botolium sp.*);
- e. Lain – lain: obat – obatan (antibiotik atau obat lainnya), kelainan anatomi (Kapita Selekt Kedokteran, 2014)

#### 4. Klasifikasi

Beberapa klasifikasi diare antara lain :

- a. Menurut (Rendle Short dalam Suharyono 2012) membuat klasifikasi berdasarkan pada ada atau tidak adanya infeksi; gastroenteritis (diare dan muntah) diklasifikasikan menurut 2 golongan:
  - 1) Diare infeksi spesifik : tifus abdominalis dan paratifus, disentri basil (*Shigella*), enterokolitis stafilokok.
  - 2) Diare non-spesifik : diare dietik

Disamping itu klasifikasi lain diadakan berdasarkan organ yang terkena infeksi:

- a. Diare infeksi enteral atau diare karena infeksi di usus (bakteri, virus, parasit).
- b. Diare infeksi parenteral atau diare karena infeksi di luar usus (otitis media, infeksi saluran pernapasan, infeksi urin dan lainnya).
- c. Menurut (Ellis dan Mitchell dalam buku Suharyono 2012) membagi diare pada bayi dan anak secara luas berdasarkan lamanya diare atas :
  - 1) Diare akut atau diare karena infeksi usus yang bersifat mendadak.  
Diare karena infeksi usus dapat terjadi pada setiap umur dan bila menyerang bayi umumnya disebut gastroenteritis infantil.
  - 2) Diare kronik yang umumnya bersifat menahun; diantaranya diare akut dan kronik disebut subakut.

Menurut (pedoman MTBS dalam Susilaningrum et al 2013) diare dapat di klasifikasikan sebagai berikut :

**Tabel 2.1**  
**Klasifikasi diare (pedoman MTBS dalam Susilaningrum et al 2013)**

Gejala	Klasifikasi
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	Diare dehidrasi berat
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut : 1. Gelisah, rewel/mudah marah 2. Mata cekung 3. Haus, minum dengan lahap 4. Cubitan kulit perut kembali dengan lambat	Diare dehidrasi ringan/sedang
Tidak cukup tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat, ringan, sedang.	Diare tanpa dehidrasi
Jika Diare 14 hari atau lebih	
Ada dehidrasi	Diare persisten berat
Tanpa dehidrasi	Diare persisten
Jika Ada Darah dalam Tinja	
Ada darah dalam tinja	Disentri

## 5. Patofisiologi

Diare akut mengakibatkan terjadinya :

- a. Kehilangan air dan elektrolit serta gangguan asam basa yang menyebabkan dehidrasi , asidosis metabolik dan hipokalemia
- b. Gangguan sirkulasi darah dapat berupa renjatan hipovolemik atau pra-renjatan sebagai akibat diare dengan atau tanpa disertai dengan muntah; perpusi jaringan berkurang sehingga hipoksia dan asidosis metabolik

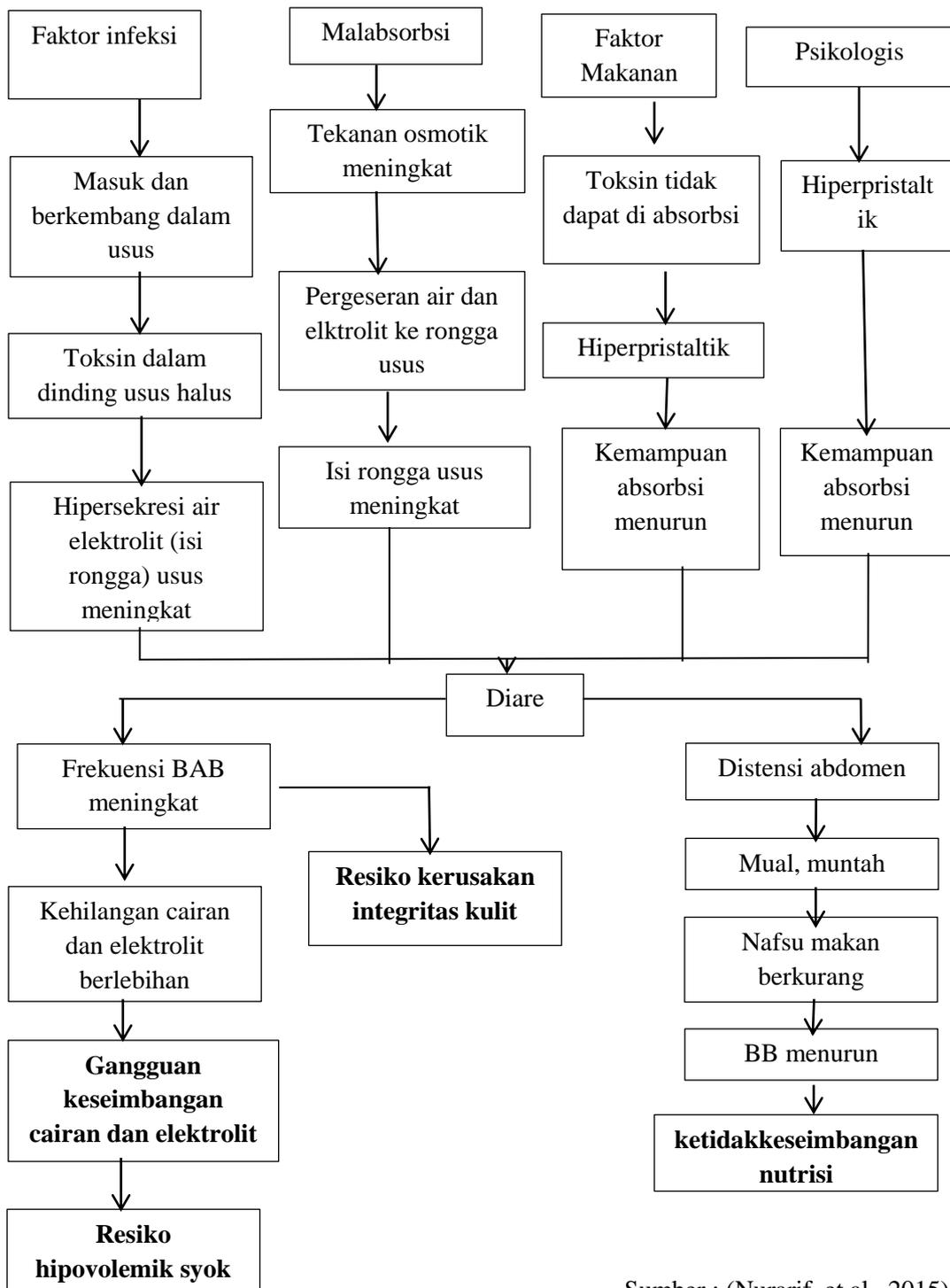
bertambah berat; perdarahan otak dapat terjadi, kesadaran menurun (soporakomatos) dan bila tak cepat diobati penderita dapat meninggal

- c. Gangguan gizi yang terjadi akibat keluarnya cairan berlebihan karena diare dan muntah; kadang-kadang orang tuanya menghentikan pemberian makanan per-os karena takut bertambahnya muntah dan diare pada anak atau bila makanannya tetap diberikan dalam bentuk diencerkan. Hipoglikemi akan lebih sering terjadi pada anak yang sebelumnya telah menderita malnutrisi atau dengan bayi gagal bertambah berat badan. Sebagai akibat hipoglikemia dapat terjadi edema otak yang dapat mengakibatkan kejang dan koma ( Suharyono, 2012 )

## 6. Pathway

**Bagan 2.1**

### **Pathway**



Sumber : (Nurarif, et al., 2015)

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan darah, urin dan tinja

### a. Pemeriksaan darah

- 1) Hemogran lengkap (Hb, eritrosit, hematokrit, leukosit dan lain-lain );
- 2) Pemeriksaan pH dan keseimbangan asam – basa;
- 3) Pemeriksaan elektrolit, ialah  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}$ ,  $\text{Ca}^{++}$  dan  $\text{Mg}^{++}$ ;
- 4) Osmolaritas;
- 5) BUN ( Blod Urea Nitrogen)
- 6) Gula darah;
- 7) Protein plasma;
- 8) Berat jenis.

### b. Pemeriksaan urin

Ditetapkan volume urin, diperiksa berat jenis dan proteinuri. Elektrolit urin yang diperiksa adalah  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$  dan  $\text{Cl}$ . Asetonuri menunjukkan adanya ketosis

### c. Pemeriksaan tinja

Dicari penyebab infeksi (sediaan langsung dicatat dengan Gram dan dikultur) maupun infestasi parasit dan jamur dan adanya sindrom malabsorpsi terhadap laktosa, lemak dan lain – lain (Suharyono, 2012)

## 8. Penatalaksanaan

### a. Anamnesis

Kepada penderita atau keluarganya perlu ditanyakan mengenai riwayat perjalanan penyakit, antara lain :

- 1) Lamanya sakit/diare/sudah berapa jam, hari.
- 2) Frekuensinya (berapa kali sehari)
- 3) Banyaknya/volumenya (berapa banyak setiap kali BAB, misalnya berapa ml/popok penuh )
- 4) Warnanya (biasanya kuning, berlendir, berdarah, seperti cucian beras)
- 5) Baunya (amis/busuk)
- 6) Buang air kecil (warnanya, banyaknya, kapan terakhir buang air kecil)
- 7) Ada tidaknya batuk,panas, pilek dan kejang (sebelum, selama atau setelah diare).
- 8) Jenis, bentuk dan banyaknya makanan dan minuman sebelum dan sesudah sakit.
- 9) Adakah penderita diare di sekitar rumah
- 10) Berat badan sebelum sakit (bila diketahui)

(Maryunani, 2010)

b. Lima pilar tata laksana diare menurut WHO (dalam Kapita Selekta Kedokteran 2014) :

- 1) Rehidrasi;
- 2) Dukungan nutrisi;
- 3) Pemberian antibiotik sesuai indikasi;
- 4) Pemberian zink dan probiotik; dan
- 5) Edukasi pada orang tua.

c. Berikut alur tata laksana diare sesuai derajat dehidrasinya.

1) Diare Akut Dehidrasi Berat

- (1) Rehidrasi intravena 100cc/KgBB cairan ringer laktat atau ringer asetat (jika tidak ada, gunakan saline normal dengan ketentuan sebagai berikut :

**Tabel 2.2**  
**Rehidrasi intravena**

	Pertama, berikan 30cc/KgBB dalam :	Selanjutnya, 70cc/KgBB dalam
Umur <12 bulan	1 jam	5 jam
Umur >12 bulan	30 menit	2 ½ jam

Diikuti rehidrasi oral jika sudah dapat minum, dimulai 5cc/KgBB/jam selama proses rehidrasi;

- (2) Periksa kembali status hidrasi anak setiap 15 – 30 menit, klasifikasikan ulang derajat dehidrasi setaelah 3 jam (untuk anak) atau 6 jam (untuk bayi). Tata laksana selanjutnya diberikan sesuai derajat dehidrasi tersebut;
- (3) Jika tidak ada fasilitas intravena, pasang pipa nasogastrik dan beri 20cc/KgBB/jam setelah 6 jam atau rujuk segera ke rumah sakit.

2) Diare Akut Dehidrasi Ringan Sedang

- (1) Pasien dipantau di puskesmas/rumah sakit;
- (2) Berikan larutan oralit dalam 3 jam pertama sebanyak 75ccKgBB, ajarkan ibu memberi oralit sedikit – sedikit tapi sering (*smal but frekuent*) dengan sendok teh, cangkir,

mangkok, atau gelas. Bila anak muntah tunggu 10 menit, lalu lanjutkan dengan lebih lambat;

(3) Lanjutkan pemberian ASI;

(4) Periksa kembali dan klasifikasikan ulang setelah 3 jam.

### 3) Diare Akut Tanpa Dehidrasi

Dapat dilakukan terapi rawat jalan dengan empat aturan perawatan di rumah sebagai berikut (juga berlaku untuk diare dehidrasi setelah perawatan):

(1) Beri cairan tambahan, seperti ASI yang lebih sering dan lama. Jika anak tidak memperoleh ASI eksklusif, berikan oralit, air matang, atau cairan makanan (kuah sayur, air tajin); Pada kasus diare dengan dehidrasi, berikan 6 bungkus oralit (@200cc), berikan 100cc tiap kali BAB.

(2) Beri tablet zink selama 10 – 14 hari,  $\frac{1}{2}$  tablet (10 mg)/ hari untuk anak usia <6 bulan, dan 1 tablet (20 mg)/hari untuk anak usia >6 bulan. Zink bermanfaat untuk menurunkan frekuensi diare dan memperbaiki volume tinja, mengurangi lama diare serta menurunkan kejadian diare pada bulan – bulan berikutnya;

(3) Beri makanan segera setelah anak dapat makan. Lanjutkan pemberian makan atau ASI pada pola sedikit tapi sering (sekitar 6 kali/hari);

(4) Edukasi kapan harus kembali jika keadaan anak memburuk, tidak dapat/malas minum, timbul demam, timbul darah dalam tinja, tidak membaik dalam 5 hari).

d. Terapi Lainnya

- 1) Anti biotik tidak dapat digunakan secara rutin dan hanya bermanfaat pada anak dengan diare berdarah (disentri) suspek kolera dan infeksi berat lainnya yang tidak berhubungan saluran pencernaan. Penggunaan antibiotik tidak rasional akan mengganggu keseimbangan flora usus sehingga memperpanjang diare menjadi persisten, mempersulit penyembuhan dan meningkatkan kemungkinan penularan. Selain itu juga menyebabkan resistensi kuman terhadap antibiotik.
- 2) Obat anti protozoa jarang digunakan.
- 3) Obat – obatan anti diare tidak boleh diberikn pada anak karena tidak mencegah dehidrasi maupun meningkatkan status gizi anak, namun memiliki efek samping berbahaya hingga fatal
- 4) Probiotik dapat bermanfaat mempersingkat lama diare pada anak dan mencegah diare pada bayi (Hidayat 2008).

## **B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE**

Berbicara tentang diare, sangat erat hubungannya dengan sistem pencernaan, sehingga dalam melaksanakan asuhan keperawatan, fokus penanganan berada pada sistem pencernaan. Salah satu masalah keperawatan yang sering timbul pada anak dengan gangguan sistem pencernaan adalah gangguan keseimbangan nutrisi.

### **1. Nutrisi**

Nutrisi atau zat gizi adalah zat – zat makanan yang dibutuhkan sel- sel dan jaringan tubuh, sehingga memungkinkan pertumbuhan yang normal dan sehat. Ilmu gizi membahas proses pemanfaatan makanan di dalam tubuh, proses tersebut dimulai dari pengunyahan makanan, pencernaan, penyerapan, pemanfaatan zat gizi di dalam sel tubuh dan pembuangan zat gizi dari tubuh (Maryunani, 2010)

### **2. Kebutuhan Nutrisi anak usia Prasekolah**

Pada usia ini kemandirian anak mulai terbentuk, begitu pula dalam hal makan. Segala peralatan yang berhubungan dengan makan seperti garpu, piring, sendok, dan gelas semua harus diperjelas atau diperkenalkan kepada anak. Berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada usia ini, sebaiknya penyediaan menu makanan dibuat bervariasi untuk mencegah kebosanan. Makanan yang dapat diberikan antara lain susu, daging, sup sayuran, dan buah – buahan (Hidayat, 2008)

### 3. Gangguan Keseimbangan Nutrisi

a) Definisi

Asupan Nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.

b) Manifestasi klinis atau tanda dan gejala nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh antara lain :

- (1) Berat badan 20% atau lebih dibawah rentan berat badan ideal.
- (2) Bising usus hiperaktif.
- (3) Cepat kenyang setelah makan.
- (4) Diare
- (5) Kehilangan rambut yang berlebihan
- (6) Kelemahan otot pengunyah
- (7) Kelemahan otot menelan
- (8) Kesalahan informasi
- (9) Kesalahan persepsi.
- (10) Ketidakmampuan menelan makanan.
- (11) Kram abdomen
- (12) Kurang minat pada makanan
- (13) Nyeri abdomen
- (14) Penurunan berat badan dengan asupan yang adekuat.
- (15) Sariawan rongga mulut.
- (16) Tonus otot menurun

(Herdman, et al., 2015)

Dalam proses pemberian nutrisi tersebut, akan dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya usia, status nutrisi itu sendiri, dan keadaan penyakit yang diderita anak sehingga faktor tersebut harus mendapat perhatian dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada bayi dan anak (Pudjiaji, dalam Hidayat 2008)

Berbicara tentang penyakit, salah satu penyakit adalah diare pada anak.

Diare merupakan penyebab utama kekurangan gizi pada anak (WHO 2017)

Salah satu cara pencegahan dan penatalaksanaan diare disarankan untuk memperkuat daya tahan tubuh *hospes*. Untuk mempertahankan daya tahan tubuh anak selama diare, salah satunya adalah pemberian suplemen probiotik dan zinc (zn). Probiotik dan zinc sudah banyak digunakan dalam penatalaksanaan diare (Penamasari et al, 2011). Hal senada juga disampaikan oleh Kemenkes RI (2011) dalam Lima Pilar Penatalaksanaan Diare.

Probiotik adalah mikroorganisme hidup yang bila dikonsumsi dalam jumlah yang adekuat sebagai bagian dari makanan akan memberikan dampak yang menguntungkan pada kesehatan anak. Probiotik mengurangi frekuensi dan durasi diare dengan meningkatkan respon imun, produksi substansi antimikroba dan menghambat pertumbuhan kuman patogen penyebab diare. penelitian (Alasari dalam Lolopayung et al, 2014) menunjukkan bahwa pemberian probiotik pada diare akut non spesifik bayi dan anak dapat mempersingkat lama diare, menurunkan frekuensi diare, serta

memperbesar penambahan berat badan secara bermakna (Lolopayung et al, 2014)

Zinc (zn) merupakan mikronutrien yang mempunyai banyak fungsi antara lain berperan penting dalam proses pertumbuhan dan diferensi sel, sintesis DNA serta menjaga stabilitas dinding sel. Zink dapat dimanfaatkan sebagai profilaksis dan penatalaksanaan diare akut dan persisten. Zink yang ada dalam tubuh akan menurun jumlah besar ketika anak mengalami diare, untuk menggantikan zink yang hilang selama diare, anak diberikan zink yang akan membantu penyembuhan diare serta menjaga agar anak tetap sehat. Beberapa penelitian di Bangladesh, India, Brazil dan Indonesia melaporkan pemberian suplemen zink menurunkan prevalensi diare serta menurunkan morbiditas dan mortalitas penderita diare.

#### **4. Pengkajian**

Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang relevan dan berkesinambungan tentang respon manusia, status kesehatan, kekuatan dan masalah klien (Dermawan, 2012)

##### **a. Identitas pasien/biodata**

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua, penghasilan, untuk umur pada pasien diare akut, sebagian besar adalah anak – anak di bawah 2 tahun. Insiden paling tinggi umur 6 – 11 bulan karena pada masa ini mulai diberikan makanan pendamping,.

Kejadian diare pada anak laki – laki hampir sama dengan anak perempuan (Depkes RI dalam Susilaningrum 2013)

b. Keluhan utama

Buang air besar (BAB) lebih dari tiga kali sehari. BAB kurang dari 4 kali dengan konsistensi cair (diare tanpa dehidrasi). BAB 4 – 10 kali dengan konsistensi cair (dehidrasi ringan/sedang). BAB lebih dari 10 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 menurut (suharyono dalam Susilaningrum, 2013) sebagai berikut

- 1) Mula – mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat. Napsu makan berkurang atau tidak ada, kemungkinan timbul diare.
- 2) Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau lendi dan darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur dengan empedu.
- 3) Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam.
- 4) Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
- 5) Bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai tampak.
- 6) Diuresis, yaitu terjadi oligouri ( kurang 1 cc/kgBB/jam) bila terjadi dehidrasi.

Urine normal pada diare tanpa dehidrasi. Urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang. Tidak ada urine dalam waktu enam jam (dehidrasi berat).

d. Riwayat kesehatan masa lalu :

Pada pengumpulan data riwayat kesehatan masa lalu dapat ditanyakan antara lain :

- 1) Riwayat alergi terhadap makanan atau obat – obatan (antibiotik) karena faktor ini salah satu kemungkinan penyebab diare (Axton dalam Susilaningrum 2013).
- 2) Riwayat penyakit yang sering pada anak dibawah 2 tahun biasanya batuk, panas, pilek dan kejang yang terjadi sebelum, selama atau setelah diare. hal ini untuk melihat tanda atau gejala infeksi lain yang menyebabkan diare, seperti OMA, tonsilitis, faringitis, bronko pneumonia, ensefalitis (Suharyono dalam Susilaningrum 2013).

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengumpulan data tentang riwayat keluarga bagaimana riwayat kesehatan yang dimiliki pada salah satu anggota keluarga, apakah ada yang menderita seperti yang dialami klien, atau mempunyai penyakit degenerative lainnya.

f. Riwayat psikologi

Pada anak dengan diare akan menjadi stresor bagi anak itu sendiri maupun bagi keluarga, kecemasan meningkat jika orang tua tidak mengetahui prosedur dan pengobatan anak, setelah menyadari penyakit

anaknya, mereka akan bereaksi dengan marah dan merasa bersalah (Bararah, et al., 2013)

g. Riwayat Pertumbuhan

Menurut (S. Pratono dalam Susilaningrum 2013) anak yang diare dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan sebagai berikut :

**Tabel 2.3**  
**Penurunan berat badan anak dengan diare**

Tingkat dehidrasi	Kehilangan Berat Badan%	
	Bayi	Anak besar
Dehidrasi ringan	5% (50 ml/kgBB)	3% (30 ml/kgBB)
Dehidrasi sedang	5 – 10% (50 – 100 ml/kgBB)	6% (60 ml/kgBB)
Dehidrasi berat	10 – 15% (100 – 150 ml/kgBB)	9% (90 ml/kgBB)

Persentase penurunan berat badan tersebut dapat diperkirakan saat anak masuk rumah sakit. Sedangkan di puskesmas/fasilitas pelayanan dasar dapat digunakan MTBS (2008) sebagaimana telah disajikan pada bahasan macam diare di atas.

h. Riwayat perkembangan

Pada pengkajian riwayat perkembangan ini perlu ditanyakan tentang perkembangan dalam bahasa, motorik kasar, motorik halus, dan personal social yang dapat diketahui melalui penggunaan perkembangan DDST II (*denver development screening test II*)

i. Riwayat imunisasi

Riwayat imunisasi terutama anak yang belum imunisasi campak. Diare lebih sering terjadi dan berakibat berat pada anak – anak dengan campak

atau yang menderita campak dalam 4 minggu terakhir, yaitu akibat penurunan kekebalan ada pasien (Susilaningrum, et al., 2013)

j. Riwayat kehamilan dan persalinan

1) Prenatal

Menjelaskan keluhan yang dialami selama kehamilan, komplikasi sewaktu hamil, kunjungan pelayanan kesehatan selama kehamilan, pemberian imunisasi kehamilan, obat – obatan yang digunakan sewaktu hamil serta pola nutrisi selama hamil.

2) Intranatal

Menjelaskan usia kehamilan saat lahir prematur atau tidak, cara persalinan normal atau tidak spontan, sectio caesarea, menggunakan alat, persalinan dibantu oleh bidan, dokter atau dukun beranak, keadaan bayi saat lahir, BB, TB, PB serta lingkaran kepala waktu lahir.

3) Postnatal

Mengidentifikasi riwayat postnatal, kondisi bayi dan kondisi ibu.

k. Pola aktifitas sehari – hari

Pada anak dengan diare, aktifitas anak akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen (Bararah, et al., 2013)

1) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada anak dengan diare akan menyebabkan penurunan berat badan akibat mual, muntah, anoreksia, menurunnya nafsu makan (Bararah, et al., 2013)

## 2) Pola eliminasi

Pada anak dengan diare akan mengalami perubahan eliminasi dengan buang air besar lebih dari 4 kali sehari dan buang air kecil sedikit, jarang (Bararah, et al., 2013)

## 3) Pola tidur dan istirahat

Pada anak dengan diare pola tidur dan istirahatnya akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman (Bararah, et al., 2013)

## l. Pola hubungan dan peran

Mengkaji hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat pada umumnya, perawat, tim kesehatan yang lain, termasuk juga pola komunikasi klien yang digunakan klien dalam berkomunikasi.

## m. Pemeriksaan fisik

### 1) Keadaan Umum

Pada klien dengan diare dapat terjadi penurunan tingkat kesadaran komposmentis hingga koma bila klien sudah memasuki dehidrasi berat. Adapun keadaan umumnya sebagai berikut :

- (a) Baik, sadar (tanpa dehidrasi)
- (b) Gelisah rewel (dehidrasi ringan atau sedang )
- (c) Lesu, lunglai atau tidak sadar (dehidrasi berat)

## 2) Tekanan darah

**Tabel 2.4**  
**Tekanan darah normal menurut**  
**( Engel dalam Hidayat 2008)**

Usia	Tekanan sistolik/diastolik (mmHg)
1 bulan	86/54
1 – 6 bulan	90/60
6 – 12 bulan	96/65
1 – 2 tahun	99/65
2 – 4 tahun	99/65

## 3) Pemeriksaan nadi

**Tabel 2.5**  
**Frekuensi nadi menurut**  
**( Engel dalam Hidayat 2008)**

Usia	Frekuensi Nadi Rata – rata
BBL	140
1 bulan	130
1 – 6 bulan	130
6 – 12 bulan	115
1 – 2 tahun	110
2 – 4 tahun	105

## 4) Pemeriksaan fisik head to toe

## (a) Kepala

Anak di bawah dua tahun yang mengalami dehidrasi, ubun – ubunya biasanya cekung.

## (b) Mata

Anak yang tanpa dehidrasi, bentuk kelopak mata normal. Bila dehidrasi ringan/sedang, kelopak mata tampak cekung (cowong). Sedangkan dehidrasi berat, kelopak mata sangat cekung.

(c) Telinga

Dapat dilihat ada atau tidaknya daun telinga, kesimetrisan letak telinga, kebersihan lubang telinga, membran tympani, mastoid.

(d) Hidung

Periksa kebersihan pada hidung, sekresi, bentuk dan pernapasan cuping hidung

(e) Mulut dan lidah

Pada anak dengan diare tanpa dehidrasi mulut dan lidah tampak basah, dehidrasi ringan/sedang mulut dan lidah kering serta pada dehidrasi berat mulut dan lidah sangat kering (Susilaningrum, et al., 2013)

(f) Leher

Apakah peningkatan tekanan vena jugularis, ada tidaknya massa dileher, dengan ditemukan ukuran, bentuk dan adanya nyeri saat menelan serta perhatikan adanya pergerakan pada tiriod ke atas apabila pasien menelan (Hidayat, 2008)

(g) Dada

Pemeriksaan organ paru dan jantung, secara umum, diinspeksi bentuk dadanya, keadaan paru paru yang meliputi simetris atau tidak. Hasil yang didapatkan saat diperkusi adalah sebagai berikut:

(1) Sonor, merupakan suar paru yang normal.

(2) Redup atau pekak, terjadi pada suara perkusi yang fungsinya kurang normal pada daerah skapula, diafragma, hati dan jantung.

(3) Hipersonor atau timpani, terjadi apabila udara dalam paru bertambah atau pleura bertambah seperti seperti pada emfisema paru atau pneumotoraks (Hidayat 2008).

Pada auskultasi didapatkan suara nafas normal vesikular, bronkial dan bronkovesikular. Pada auskultasi jantung normal didapatkan bunyi jantung I (menutupnya katup mitral dan trikuspidalis ) disebut sistole dan diikuti bunyi jantung II (menutupnya katup aorta dan katup pulmonal) disebut diastole, paling jelas di sela ke-iga 2 tepi kiri sternum (Hidayat, 2008)

(h) Abdomen

Pada anak dengan diare, kemungkinan distensi abdomen, kram, bising usus meningkat (Susilaningrum, et al., 2013).

(i) Ekstremitas

Pada anak dengan diare mengalami penurunan turgor kulit, untuk mengetahui elastisitas kulit, dapat melakukan pemeriksaan turgor, yaitu dengan cara mencubit daerah perut dengan kedua ujung jari (bukan dengan kuku). Turgor kembali cepat kurang dari dua detik berarti diare tanpa dehidrasi. Turgor kulit kembali lambat bila cubitan kembali dalam waktu dua detik dan ini berarti diare dengan dehidrasi ringan/sedang. Turgor kembali sangat lambat

bila cubitan kembali lebih dari dua detik dan ini termasuk diare dengan dehidrasi berat (Susilaningrum, et al., 2013)

(j) Anus

Pada anak dengan diare, saat dilakukan pemeriksaan fisik pada anus, amati adakah iritasi pada kulitnya, kemerahan atau lecet pada kulitnya akibat defekasi dan sifatnya makin lama makin asam (Susilaningrum, et al., 2013).

5) Data Psikologis

Pada penderita diare biasanya anak gelisah, sering rewel ketika sakit dan takut terhadap orang – orang baru.

6) Data psikologis keluarga

Keluarga bisa mengalami cemas dengan kondisi sakit anak karena kurangnya pengetahuan mengenai penyakit.

7) Data sosial

Mengalami kelemahan akibat diare sehingga klien tidak bisa secara bebas bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya.

8) Data spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimis keyakinan kesembuhan penyakit serta gangguan dalam melaksanakan ibadah.

9) Analisa data

Analisa data merupakan upaya untuk memberikan justifikasi pada data yang telah dikumpulkan dengan melakukan perbandingan data subjektif dan objektif yang didapatkan dari berbagai sumber dengan

berdasarkan standar nilai normal untuk diketahui kemungkinan tambahan atau pengkajian ulang tentang data yang ada (Hidayat, 2008).

## **5. Diagnosa Keperawatan**

Merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, dengan membandingkan mencakup dari pola abnormal, pola perilaku, ketidak konsistenan, tanda dan gejala dibandingkan, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan mencerminkan masalah kesehatan yang dapat diatasi oleh perawat yang memberikan arahan untuk intervensi keperawatan (Dermawan, 2012).

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan diare menurut (Nurarif, et al., 2015) :

- 1) Diare b.d proses infeksi, inflamasi di usus.
- 2) Kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual).
- 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan absorpsi nutrisi dan peningkatan peristaltik usus.
- 4) Resiko kerusakan integritas kulit b.d peningkatan frekuensi defekasi.
- 5) Resiko syok (Hipovolemik).

## **6. Rencana Keperawatan**

Merupakan suatu fase memprioritaskan diagnosa keperawatan, proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah – masalah klien.

Diagnosa keperawatan diprioritaskan berdasarkan keseriusan atau mengancam nyawa. Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat dibutuhkan berbagai pengetahuan dan ketrampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktek keperawatan, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain (Dermawan, 2012) Perencanaan meliputi tujuan dan intervensi menurut (Nurarif, et al., 2015) sebagai berikut :

1. Diare b.d proses infeksi, inflamasi di usus.

**Tabel 2.6.1**  
**Rencana Keperawatan diagnosa 1**

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
Bowel elimination Fluid balance Hydration electrolyte acid base balance kriteria hasil 1. Menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi 2. Feses berbentuk, BAB sehari sekali tiga hari 3. Tidak mengalami diare Menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan	Diare Management 1. Evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal 2. Ajarkan pasien untuk menggunakan obat anti diare 3. Intruksikan pasien /keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses 4. Evaluasi intake makanan yang masuk 5. Identifikasi factor penyebab dari diare 6. Observasi turgor kulit secara rutin 7. Ukur diare/keluaran BAB 8. Ajarkan teknik menurunkan stress Intruksikan pasien untuk makan rendah serat, tinggi	1. Untuk mnegetahui efek samping obat terhadap gastrointestinal 2. Untuk mengobati diare 3. Agar dapat mengetahui perkembangan kesehatan pasien 4. Untuk mengetahui pemasukan pasien 5. Menghindari iritan meningkatkan istirahat usus 6. Mengetahui cairan yang masuk dan untuk memenuhi kebutuhan cairan 7. Untuk mengkaji beratnya diare 8. Untuk membuat pasien rileks dan dapat istirahat Makanan yang masuk dapat tercerna dan tidak terjadi kekurangan nutrisi

---

protein dan tinggi kalori jika  
memungkinkan

---

2. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan aktif

**Tabel 2.6.2**  
**Rencana Keperawatan diagnosa 2**

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
Fluid balance Hydration Nutritional status : food and fluid intake Kriteria hasil : 1. mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB,BJ urine normal HT normal 2. Ttekanan darah,nadi,suhu tubuh dalam batas normal 3. Ttidak ada tanda-tanda dehidrasi,elastisitas turgor kulit baik,membran mukosa lembab,tidak ada rasa haus yang berlebihan	Fluid management 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi(kelembaban membran mukosa,nadi adekuat,tekanan darah ortostatik),jika diperlukan, monitor vital sign 3. Kolaborasi pemberian cairan IV 4. Monitor status nutrisi 5. Dorong masukan oral 6. Berikan penggantian nasogatrik sesuai output	1. Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan 2. Hipotensi (termasuk postural),takhikardia,demam dapat menunjukkan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan 3. Untuk mengganti cairan yang hilang dan mempertahankan volume sirkulasi serta tekanan osmotik 4. Mempertahankan istirahat usus akan memerlukan penggantian cairan untuk memperbaiki kehilangan/anemia. 5. Mengetahui pemasukan nutrisi pada pasien 6. Memenuhi status cairan dan nutrisi pasien dapat meningkatkan proses penyembuhan
	Hypovolemia management 7. Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan 8. Monitor tanda tanda vital 9. Monitor Berat badan	7. Mengetahui pemasukan dan pengeluaran cairan pasien 8. Hipotensi (termasuk postural),takhikardia,demam dapat menunjukkan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan 9. Indikator cairan dan status nutrisi

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan intake makanan

**Tabel 2.6.3**  
**Rencana Keperawatan diagnosa 3**

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
Nutritional status Nutritional statusb: food and fluid intake Nutritional status : nutrient intake Weight control Kriteria hasil 1. Anak tidak diare (< 3 kali perhari dengan konsistensi padat) 2. Tidak terjadi penurunan berat badan yang lebih parah. 3. Tidak ada tanda malnutrisi 4. Nafsu makan meningkat 5. Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan (BB sebelum sakit)	1. Kaji adanya alergi makanan  2. Kolaborasi dengan ahli Gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien  3. Timbang berat badan setiap hari dengan jenis baju yang sama dan waktu yang sama Kehilangan 2 – 4 % menunjukkan dehidrasi ringan, kehilangan 5 – 9 % menunjukkan dehidrasi sedang.  4. Kaji frekuensi dan konsistensi diare  5. Berikan suplemen elektrolit secara oral sesuai resep dan keperluan  6. Observasi dan catat respon pemberian makanan  7. Monitor tanda tanda malnutrisi  8. Berikan obat sesuai advis dokter.	1. Dapat menghindari makanan yang tidak ditoleransi klien  2. Untuk mendapatkan asupan yang adekuat  3. Penurunan berat badan mengindikasikan adanya kekurangan cairan sehingga dapat menilai tingkat dehidrasi  4. Untuk menilai keberhasilan Intervensi  5. Disaat diare elektrolit tubuh banyak terbuang,sehingga membutuhkan asupan dari luar.  6. Untuk mengidentifikasi toleransi dan jumlah asupan pemberian makanan  7. Sebagai indikator keberhasilan intervensi  8. Terapi yang tepat dapat mrnghentikan diare.

## 4. Resiko kerusakan integritas kulit b/d peningkatan frekuensi BAB

**Tabel 2.6.4**  
**Rencana Keperawatan diagnosa 4**

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
<p>Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam, mencegah terjadinya kerusakan pada kulit dan jaringan didalamnya dengan kriteria hasil :</p> <p>Immobility consequences : physiological</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak terdapat penekanan</li> <li>2. Tidak menunjukkan adanya kelainan pada daerah kulit yang tertekan</li> <li>3. Tidak menunjukkan tanda kerusakan kulit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tempatkan klien pada tempat tidur terapi.</li> <li>2. Evaluasi adanya luka pada ekstremitas.</li> <li>3. Memonitoring kulit yang memerah dan terjadi kerusakan</li> <li>4. Memijat disekitar area yang mempengaruhi atau dapat menimbulkan luka</li> <li>5. Menjaga linen agar tetap bersih, kering, dan tidak mengkerut</li> <li>6. Mobilisasi klien setiap 2 jam</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dengan menempatkan klien pada tempat tidur terapi dapat mengurangi penekanan pada bagian seperti kepala dan pantat.</li> <li>2. Dengan evaluasi adanya luka pada ekstremitas dapat mengurangi resiko terjadinya luka</li> <li>3. Dengan memonitoring area kulit yang merah dan terjadi kerusakan untuk mengurangi resiko dekubitus</li> <li>4. Dengan memassage disekitar area yang mempengaruhi akan mengurangi terjadinya kemerahan dan untuk melancarkan aliran darah disekitar area</li> <li>5. Dengan menjaga linen agar tetap bersih, kering, dan tidak mengkerut agar tidak ada pada penekanan beberapa bagian kulit</li> <li>6. Dengan memobilisasi klien dapat mengurangi penekanan</li> </ol>

## 5. Resiko syok (hipopolemi)

**Tabel 2.6.5**  
**Rencana Keperawatan diagnosa 5**

Tujuan Noc	Intervensi Nic	Rasional
Syok prevention	Syok prevention	
Syok management	1. Monito status sirkulasi	1. Mengetahui aliran darah yang mengalir pada tubuh
Kriteria hasil :	BP,warna kulit,suhu	2. Hipotensi (termasuk postural), takhikardia, demam dapat menunjukkan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan
1. Nadi dlam bats yang diharapkan	kulit,denyut jantung,HR,dan ritme,nadi perifer dan cafilari refil	3. Mengetahui pemasukan dan pengeluaran
2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan	2. Monitor suhu dan pernafasan	4. Untuk mencegah dan mengantisipasi komplikasi
3. Frekuensi nafas jantung dalam batas yang diharapkan	3. Monitor input dan output	5. Mengatahui kelancaran sirkulasi
4. Natrium serum dalam batas normal	4. Monitor tanda awal syok	6. Untuk menghindari syok
5. Kalium serum dalam batas normal	5. Monitor inadekuat oksigenasi jaringan	7. Hipotensi (termasuk postural),takhikardia,demam dapat menunjukkan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan
6. Klorida serum dalam batas normal	6. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas	8. Mengetahui kebutuhan status cairan
7. Kalsium serum dalam batas normal	7. Monitor tekanan nadi	9. Mengetahui keadaan neurologis
8. PH darah serum dalam batas normal	8. Monitor status cairan,input output	10. Mengetahui fungsi renal
8. PH darah serum dalam batas normal	9. Monitor fungsi neurologis	11. Untuk mencegah komplikasi
8. PH darah serum dalam batas normal	10. Monitor fungsi renal	
8. PH darah serum dalam batas normal	11. Memonitor gejala gagal pernafasan (misaknya,rendah PaO2 peningkatan PaO2 tingkat, kelelahan otot pernafasan)	
Hidrasi Indikator :		
9. Mata cekung tidak ditemukan		
10. Demam tidak ditemukan		
11. TD dalam batas normal		
12. Ht dalam batas normal		

## 7. Implementasi

Implementasi adalah melaksanakan order keperawan yang disusun dalam rencana oleh klien, perawat atau tenaga kesehatan lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengkajian berkesinambungan, mengobservasi respon klien selama dan

sesudah tindakan, dan menilai data yang baru. Dalam pelaksanaan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, psikomotor (Dermawan, 2012).

## **8. Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian berkesinambungan dengan cara membandingkan kemajuan atau perubahan keadaan pasien secara menyeluruh kearah pemenuhan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap tahap perencanaan dengan membandingkan kemajuan klien (Dermawan, 2012).

Tujuan dari evaluasi adalah :

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.
- c. Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Jenis evaluasi terdiri dari : menurut (Dermawan, 2012)

### **1. Evaluasi formatif**

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien pada saat dilakukan intervensi dan ditulis pada catatan perawatan.

### **2. Evaluasi sumatif**

Merupakan rekapitulasi dari hasil observasi analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP atau SOAPIE atau SOAPIER. Penggunaan tergantung dari kebijakan setempat, yang

dimaksud SOAPIER yaitu : Subjektif Data, Objektif Data, Analisa atau Assesment, Planing, Implementasi, Evaluasi, Re-Assesment.

1. Data subjekif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan.

2. Data objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. Analisa data

Interprestasi data subjektif dan data objektif. Analisa merupakan suatu masalah atau diagnose keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam bentuk subjektif dan objektif.

4. Planing

Perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

5. Implementasi

Merupakan suatu tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan), tuliskan tanggal dan jam perencanaan.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

7. Re-assesment

Perubahan rencana jika diperlukan atau ditemukan masalah keperawatan yang baru.

## **C. KONSEP TUMBUH KEMBANG BALITA**

### **1. Pengertian**

Berikut ini adalah pengertian atau makna dari tumbuh kembang atau pertumbuhan dan perkembangan menurut Whaley & Wong dalam (Maryunani, 2010):

Pertumbuhan adalah peningkatan jumlah dan ukuran, dan perubahan kualitas, yaitu perubahan jumlah dan ukuran sel tubuh serta peningkatan ukuran dan berat seluruh tubuh. Sedangkan perkembangan adalah perubahan secara bertahap dari tingkat yang paling rendah ke tingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran. Perkembangan berhubungan dengan perubahan secara kualitas diantaranya terjadi peningkatan kapasitas individu untuk berfungsi yang dicapai melalui proses pertumbuhan, pematangan dan pembelajaran .

### **2. Tahap – tahap tumbuh kembang bayi dan balita**

Menurut ( Wong dalam Maryunani 2008) adalah sebagai berikut :

a. Periode Pranatal

Periode ini terdiri dari :

- 1) Fase germinal : mulai konsepsi sampai dengan  $\pm$  usia kehamilan 2 minggu.
- 2) Fase embrio : usia kehamilan 2 – 8 minggu.
- 3) Fase fetal : usia kehamilan 8 – 40 minggu.

Adanya hubungan antara kondisi ibu dan janin akan memberi dampak pada pertumbuhannya.

b. Periode bayi

- 1) Terdiri atas :
  - (a) Masa neonatus : sejak lahir sampai dengan 28 hari.
  - (b) Masa bayi : 28 hari sampai usia 12 bulan.
- 2) Pertumbuhan dan perkembangan yang cepat terutama pada aspek kognitif, motorik dan sosial serta pembentukan rasa percaya diri anak melalui perhatian dan pemenuhan kebutuhan dasar dari orang tua.
- 3) Kemampuan orang tua dalam pemenuhan kebutuhan dasar dan memberikan stimulus sensoris motorik mutlak diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan.

c. Periode kanak – kanak awal

Periode ini terdiri dari :

- 1) Periode toddler : usia anak 1 – 3 tahun
  - (a) Anak lebih banyak bergerak.
  - (b) Mengembangkan rasa ingin tahu.

- (c) Eksplorasi terhadap benda yang ada di sekeliling nya.
  - (d) Harus diwaspadai bahaya atau resiko terjadinya kecelakaan pada Todler.
  - (e) Orang tua perlu mendapatkan bimbingan antisipasi terhadap kemungkinan bahaya atau ancaman kecelakaan.
- 2) Periode prasekolah
- (a) Kemampuan interaksi sosial lebih luas
  - (b) Mempersiapkan diri untuk memasuki dunia sekolah.
  - (c) Dimulainya konsep diri.
  - (d) Perkembangan fisik lebih lambat dan relatif menetap.
  - (e) Sistem tubuh sudah matang dan sudah terlatih dengan toileting.
  - (f) Ketrampilan motorik seperti berjalan, berlari, melompat semakin luwes tetapi otot dan tulang belum begitu sempurna.
- d. Periode kanak – kanak pertengahan
- 1) Periode sekolah: usia 6 – 11 tahun/12 tahun.
  - 2) Pertumbuhan anak laki – laki lebih meningkat dari pada perempuan.
  - 3) Perkembangan motorik lebih sempurna.
  - 4) Anak mempunyai lingkungan lain selain keluarga.
  - 5) Membutuhkan aktifitas yang regular 4 – 5 jam /hari.
  - 6) Anak banyak mengembangkan kemampuan interaksi sosial, belajar tentang moral dan budaya dari lingkungan.

- 7) Peran guru sangat dominan untuk dijadikan model.
- 8) Anak lebih mandiri.
- 9) Fase ini penting dalam pencapaian perkembangan konsep diri, kertilan membaca, menulis dan berhitung.

e. Periode Kanak – Kanak Akhir

- 1) Masa remaja : 11/12 tahun – 18 tahun.
- 2) Fase pubertas anak perempuan : usia 11 tahun.
- 3) Fase pubertas anak laki – laki : 12 tahun.
- 4) Perkembangan yang mencolok adalah kematangan identitas seksual dengan berkembangnya organ reproduksi.
- 5) Pencapaian identitas diri anak sebagai remaja yang akan meninggalkan masa kanak – kanak dan memasuki perkembangan sebagai orang dewasa.
- 6) Orang tua perlu memfasilitasi agar tidak terjadi krisis identitas pada anak remaja.

### 3. Imunisasi

Imunisasi merupakan tindakan memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin kedalam tubuh, sehingga tubuh dapat membuat zat anti untuk mencegah penyakit tertentu.

Sedangkan vaksin adalah bahan yang dipakai untuk merangsang pembentukan zat anti yang masuk kedalam tubuh melalui suntikan dan mulut. Vaksin berupa virus atau bakteri yang dilemahkan sehingga tidak dapat menimbulkan penyakit.

a. Tujuan Imunisasi

Dengan pemberian imunisasi diharapkan anak menjadi kebal terhadap penyakit agar dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

b. Macam-macam Imunisasi

1) Imunisasi Aktif

Merupakan zat sebagai anti gen yang diharapkan akan terjadi suatu proses infeksi buatan, sehingga tubuh mengalami reaksi imunologi spesifik yang akan menghasilkan respon seluler dan humoral serta dihasilkannya *cell memory*.

2) Imunisasi Pasif

Merupakan pemberian zat (imunoglobulin), yaitu zat yang dihasilkan melalui suatu proses infeksi yang dapat berasal dari plasma manusia atau binatang yang digunakan untuk mengatasi mikroba yang diduga sudah masuk dalam tubuh yang terinfeksi (Hidayat, 2008).

Berikut jadwal imunisasi menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) 2017 :



## Jadwal Imunisasi Anak Usia 0 – 18 Tahun Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2017



Imunisasi	Usia																					
	Bulan						Tahun															
	Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	18	
Hepatitis B	1	2	3	4	4																	
Polio	0	1	2	3							4											
BCG	1 kali																					
DTP		1	2	3							4			5						6 (Td/Tdap)	7 (Td)	
Hib		1	2	3							4											
PCV		1	2	3			3				4											
Rotavirus		1	2	2			3 <sup>a</sup>															
Influenza																						
Campak								1		1	2			2		3						
MMR																						
Tifoid																						
Hepatitis A																						
Varisela																						
HPV																						
<i>Japanese encephalitis</i>																						
Dengue																						

- Keterangan**  
 Cara membaca kolom usia : misal 2 berarti usia 2 bulan (60 hari) s.d. 2 bulan 29 hari (89 hari)  
 Rekomendasi imunisasi berlaku mulai Januari 2017  
 Dapat diakses pada website IDAI (<http://idai.or.id/public-articles/kinik/immunisasi/jadwal-immunisasi-anak-idai.html>)  
 \* Vaksin rotavirus monovalen tidak perlu dosis ke-3 (lihat keterangan)  
<sup>a</sup> Anak usia 13 tahun, pemberian cukup 2 dosis dengan interval 6-12 bulan; respons antiBody setara dengan 3 dosis (lihat keterangan)
- Optimal   
   Catch-up   
   Booster   
   Daerah Endemis
- Vaksin Hepatitis B (HB). Vaksin HB pertama (monovalen) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan adalah usia 0,1, dan 6 bulan. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, diberikan vaksin HB dan imunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada ekstremitas yang berbeda. Apabila diberikan HB kombinasi dengan DTPw, maka jadwal pemberian pada usia 2, 3, dan 4 bulan. Apabila vaksin HB kombinasi dengan DTPa, maka jadwal pemberian pada usia 2, 4, dan 6 bulan.
  - Vaksin polio. Apabila lahir di rumah segera berikan OPV-0. Apabila lahir di sarana kesehatan, OPV-0 diberikan saat bayi dipulangkan. Selanjutnya, untuk polio-1, polio-2, polio-3, dan polio booster diberikan OPV atau IPV. Paling se- baik diberikan satu dosis vaksin IPV bersamaan dengan pemberian OPV-3. Untuk polio booster, optimalnya usia 2 bulan. Apabila diberikan pada usia 3 bulan atau lebih, perlu dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu.
  - Vaksin DTP. Vaksin DTP pertama diberikan paling cepat pada usia 6 minggu. Dapat diberikan vaksin DTPw atau DTPa atau kombinasi dengan vaksin lain. Apabila diberikan vaksin DTPa maka interval mengikuti rekomendasi vaksin tersebut yaitu usia 2, 4, dan 6 bulan. Untuk anak usia lebih dari 7 tahun diberikan vaksin Td atau Tdap. Untuk DTP 6 dapat diberikan Td/Tdap pada usia 10-12 tahun dan booster Td diberikan setiap 10 tahun.
  - Vaksin pneumokokus (PCV). Apabila diberikan pada usia 7-12 bulan, PCV diberikan 2 kali dengan interval 2 bulan; dan pada usia lebih dari 1 tahun diberikan 1 kali. Keduanya perlu booster pada usia lebih dari 12 bulan atau minimal 2 bulan setelah dosis terakhir. Pada anak usia di atas 2 tahun PCV diberikan cukup satu kali.
  - Vaksin rotavirus. Vaksin rotavirus monovalen diberikan 2 kali, dosis pertama diberikan usia 6-14 minggu (dosis pertama tidak diberikan pada usia > 15 minggu), dosis ke-2 diberikan dengan interval minimal 4 minggu. Batas akhir pemberian adalah pada usia 14 minggu. Dosis kedua tidak diberikan pada usia > 15 minggu, dosis kedua dan ketiga diberikan dengan interval 4-10 minggu. Batas akhir pemberian pada usia 32 minggu.
  - Vaksin influenza. Vaksin influenza diberikan pada usia lebih dari 6 bulan, dilulang setiap tahun. Untuk imunisasi pertama kali (primary immunization) pada anak usia kurang dari 9 tahun diberi dua kali dengan interval minimal 4 minggu. Untuk anak > 6 bulan, dosis 0,25 mL. Untuk anak usia > 36 bulan atau lebih, dosis 0,5 mL.
  - Vaksin MMR. Vaksin MMR diberikan pada usia 18 bulan. Tidak perlu diberikan apabila sudah mendapatkan MMR.
  - Vaksin MMR/Var. Vaksin MMR/Var diberikan pada usia 18 bulan. Tidak perlu diberikan apabila sudah mendapatkan MMR.
  - Vaksin MMR/HPV. Vaksin MMR/HPV diberikan pada usia 15 bulan (minimal interval 6 bulan). Apabila pada usia 12 bulan belum mendapatkan vaksin campak, maka dapat diberikan vaksin MMR/WR.
  - Vaksin varisela. Vaksin varisela diberikan setelah usia 12 bulan, terbaik pada usia sebelum masuk sekolah dasar. Apabila diberikan pada usia lebih dari 13 tahun, perlu 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu.
  - Vaksin humum papilloma virus (HPV). Vaksin HPV diberikan mulai usia 10 tahun. Vaksin HPV bivalen diberikan tiga kali dengan jadwal 0, 1, 6 bulan; vaksin HPV tetravalen dari 6-12 bulan. Apabila diberikan pada remaja perempuan, vaksin HPV diberikan pada usia 9-13 tahun, perlu 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu.
  - Vaksin Japanese encephalitis (JE). Vaksin JE diberikan mulai usia 12 bulan pada daerah endemis atau turis yang akan bepergian ke daerah endemis tersebut. Untuk perlindungan jangka panjang dapat diberikan booster 1-2 tahun berikutnya.
  - Vaksin dengue. Diberikan pada usia 9-16 tahun dengan jadwal 0, 6, dan 12 bulan.

**Gambar 2.2**  
**Jadwal imunisasi anak usia 0 – 18 tahun**

sumber : [www.idai.or.id](http://www.idai.or.id)

**a. Vaksin hepatitis B (HB).**

Vaksin HB pertama (monovalen) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian suntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Jadwal pemberian vaksin HB monovalen adalah usia 0,1, dan 6 bulan.

**b. Vaksin polio**

Diberikan 4 kali pada bayi usia 0-1 bulan.

**c. Vaksin BCG**

Pemberian vaksin BCG dianjurkan sebelum usia 3 bulan, optimal usia 2 bulan. Apabila diberikan pada usia 3 bulan atau lebih, perlu dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu.

**d. Vaksin DTP.**

Vaksin DTP pertama diberikan paling cepat pada usia 6 minggu. Dapat diberikan vaksin DTPw atau DTPa atau kombinasi dengan vaksin lain. Apabila diberikan vaksin DTPa maka interval mengikuti rekomendasi vaksin tersebut yaitu usia 2, 4, dan 6 bulan. Untuk anak usia lebih dari 7 tahun diberikan vaksin Td atau Tdap. Untuk DTP 6 dapat diberikan Td/Tdap pada usia 10-12 tahun dan *booster* Td diberikan setiap 10 tahun.

**e. Vaksin campak.**

Vaksin campak diberikan 1 kali saat bayi usia 9 – 11 bulan

**f. Vaksin rotavirus.**

Vaksin rotavirus monovalen diberikan 2 kali, dosis pertama diberikan usia 6-14 minggu.

**g. Vaksin influenza.** Vaksin influenza diberikan pada usia lebih dari 6 bulan, diulang setiap tahun. Untuk imunisasi pertama kali (*primary immunization*) pada anak usia kurang dari 9 tahun diberi dua kali dengan interval minimal 4 minggu.

**h. Vaksin varisela.** Vaksin varisela diberikan setelah usia 12 bulan, terbaik pada usia sebelum masuk sekolah dasar. Apabila diberikan pada usia lebih dari 13 tahun, perlu 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu.

**i. Vaksin human papiloma virus (HPV).** Vaksin HPV diberikan mulai usia 10 tahun.

**j. Vaksin dengue.** Diberikan pada usia 9-16 tahun dengan jadwal 0, 6, dan 12 bulan.

#### **4. Pertumbuhan Anak Usia Prasekolah**

Hampir tidak ada dua bayi yang sama dalam pertumbuhan, ada yang tumbuh tetap kecil, tetapi ada juga yang menjadi besar, tumbuh secara berlebihan. Diantara kedua pertumbuhan tersebut dinamakan “pertumbuhan rata – rata “

Pertumbuhan rata-rata seorang bayi dan anak dipengaruhi oleh :

- a. Faktor keturunan.
- b. Faktor gizi (makanan)

- c. Faktor kemampuan orang tua (sosial ekonomi)
- d. Faktor jenis kelamin.
- e. Faktor ras/suku bangsa.

Untuk menilai pertumbuhan bayi dan anak dapat diambil ukuran – ukuran “antropometri” antara lain :

a. Berat Badan

Pengukuran berat badan berfungsi untuk :

- 1) Menilai keadaan gizi, tumbuh kembang dan kesehatan anak.
- 2) Memantau kesehatan, misalnya penyakit dan pengobatan.
- 3) Dasar perhitungan dosis obat dan makanan yang perlu diberikan.

Berat badan anak usia bermain ( 18 bulan – 3 tahun)

Menurut(Engel dalam Maryunani 2008) penambahan rata – rata berat badan anak tiap tahun adalah 2 – 3 kilogram. Dan pada usia 2 tahun, mencapai 12 kg. Pada usia 2,5 tahun mencapai berat badan sekitar 4 kali berat badan bayi baru lahir.

Berat Badan Anak Usia Pra-sekolah.

- 1) Pertumbuhan pada masa ini agak lambat dan kenaikan berat badan bedanya antara 1 sampai 1,5 kg/tahun. Anak tersebut akan mencapai berat 2 (dua) kali berat badan pada umurnya ketika 1 tahun yaitu pada umur anak tersebut mencapai 6 tahun.
- 2) Menurut(Engel dalam Maryunani 2008) pada usia 3 – 6 tahun, rata – rata pertumbuhan tiap tahun 1,8 – 2,7 kilogram atau sekitar 2 kilogram pertahunnya.

- 3) Di Indonesia, anak usia pra-sekolah, berat badannya naik setiap tahun dengan 1,5 – 2 kilogram.

Di Indonesia, rumus yang digunakan untuk menentukan berat badan adalah : **Berat Badan = 8 + 2n kg**

Keterangan : n = jumlah umur dalam tahun

Berat badan umur :

$$1 \text{ tahun} = 3 \times \text{BB lahir.}$$

$$2,5 \text{ tahun} = 4 \times \text{BB lahir}$$

(sumber : IKA, jilid 1 dalam Maryunani 2008).

- b. Tinggi Badan (TB)

#### **Tinggi Badan Anak Usia Bermain**

- 1) Menurut (Sumitro dalam Maryunani 2008) tinggi badan anak usia 2 tahun naik sekitar 75% dari waktu lahir.
- 2) Anak usia ini mengalami kenaikan tinggi badan sekitar 7,5 cm/tahun.
- 3) Pada usia tahun, anak seusia ini memiliki tinggi badan sekitar 86,6 cm/tahun.
- 4) Tinggi badan usia 2 tahun sekitar setengah dari tinggi badan orang dewasa.

#### **Tinggi Badan Anak usia Pra-sekolah**

Pertumbuhan panjang/tinggi badan tidak begitu pesat pada periode ini, akan tetapi berkelanjutan (kontinuitas). Pada pada umur 5 tahun panjangnya sekitar 2 kali panjang pada waktu dilahirkan. Penambahan

panjang/tinggi badan ini relatif lebih banyak bila dibanding dengan penambahan berat badan, sehingga anak tersebut kelihatan tinggi/panjang tetapi kurus.

**Rumus yang sering digunakan untuk anak dari umur 3 tahun adalah :**

$$\text{Panjang/tinggi badan} = 80 + 5n$$

Keterangan

$n$  = jumlah umur dalam tahun

panjang badan, umur :

- 1) 1 tahun = 1,5 x panjang lahir.
- 2) 4 tahun = 2 x panjang lahir.
- 3) 6 tahun = 1,5 x panjang umur 1 tahun.
- 4) 13 tahun = 3 x panjang lahir.
- 5) Dewasa = 2 x panjang umur 2 tahun.

c. Lingkar kepala

Ukuran kepala pada waktu lahir biasanya  $\pm 35$  cm, setelah berumur 3 bulan menjadi  $\pm 40$  cm, setelah berumur 6 bulan menjadi  $\pm 43$  cm dan setelah berumur 1 tahun menjadi  $\pm 46$  cm. Pada usia 1 – 2 tahun lingkar kepala anak sama dengan lingkar dadanya. Pada waktu umur 6 tahun menjadi  $\pm 50$  cm dan dapat dikatakan bahwa hampir menyerupai ukuran dewasa.

## **5. Perkembangan Anak Usia Prasekolah**

### **a. Perkembangan Motorik halus**

Masa prasekolah

Yaitu memiliki kemampuan menggoyangkan jari-jari kaki, menggambar dua atau tiga bagian, memilih garis yang lebih panjang, dan menggambar orang, melepas objek dengan jari lurus, mampu menjepit benda, melambaikan tangan, menggunakan tangan untuk bermain, menempatkan objek ke dalam wadah, makan sendiri, minum dari cangkir dengan bantuan, menggunakan sendok dengan bantuan, makan dengan jari, serta membuat coretan di atas kertas (Wong dalam Maryunani 2008).

### **b. Perkembangan Motorik Kasar**

Masa Prasekolah

Dapat diawali dengan kemampuan untuk berdiri dengan satu kaki selama 1 – 5 detik, melompat dengan satu kaki, berjalan dengan tumit ke jari kaki, menjelajah, membuat posisi merangkak, dan berjalan dengan bantuan (Wong dalam Maryunani 2008).

### **c. Perkembangan Bahasa**

Masa prasekolah

Diawali dengan kemampuan menyebutkan hingga empat gambar, menyebutkan satu hingga dua warna; menyebut kegunaan benda; menghitung, mengartikan dua kata; mengerti empat kata depan; mengerti berapa kata sifat dan jenis kata lainnya, menggunakan bunyi

untuk mengidentifikasi objek, orang dan aktifitas; menirukan berbagai bunyi kata; memahami arti larangan; serta mersepon panggilan orang dan anggota keluarga dekat (Wong dalam Maryunani 2008).

**d. Perkembangan perilaku/adaptasi sosial**

Masa prasekolah

Adanya kemampuan bermain dengan permainan sederhana, menagis jika dimarah, membuat permintaan sederhana, dengan gaya tubuh, peningkatan kecemasan terhadap perpisahan, serta mengenali anggota keluarga (Wong dalam Maryunani 2008).