

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE AKUT
DENGAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN
DI RUANG ANAK MELATI 5
RSUD DR. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana
Bandung**

Oleh :

DEDE RIANI

NIM: AKX.16.034



**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN KONSENTRASI
ANESTESI DAN GAWAT DARURAT
STIKES BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dede Riani

NIM : AKX.16.034

Institusi : Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti
Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Anak Diare Akut dengan Kekurangan
Volume Cairan Di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr. Soekardjo
Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis atau dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, April 2019

Yang Membuat Pernyataan



Dede Riani

AKX.16.034

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE AKUT DENGAN
KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DI RUANG ANAK MELATI 5
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

OLEH

DEDE RIANI

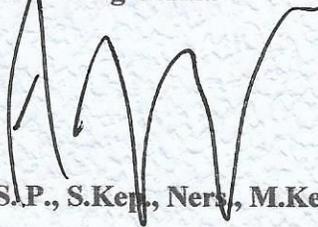
AKX.16.034

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Bandung, 13 April 2019

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Angga S.P., S.Kep., Ners., M.Kep

NIK: 10115171

Pembimbing Pendamping



Irfan Safarudin Ahmad, S.Kep., Ners

NIK: 10114152

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE AKUT DENGAN
KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DI RUANG ANAK MELATI 5
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH
DEDE RIANI
AKX.16.034**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal 16 April 2019.

PANITIA PENGUJI

Ketua : Angga S.P., S.Kep., Ners., M.Kep

Anggota :

1. Hj. Djubaedah, S.Pd., MM

2. Agus M.D., S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes

3. Irfan Safarudin Ahmad, S.Kep., Ners

(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui,

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua



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

NIK : 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DIARE AKUT DENGAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DI RUANG ANAK MELATI 5 RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA”** dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

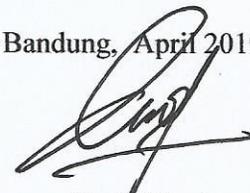
Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp., M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S,Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Irfan Safarudin Ahmad, S.Kep., Ners, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

7. Nunung Zakiah Hapsa, S.Kep., Ners, selaku CI Ruang Anak Melati 5 yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
8. Seluruh Dosen Prodi D III Keperawatan Konsentrasi Anestesi, selaku dosen yang telah memberikan banyak ilmu dan pengalaman sehingga memberikan semangat positif kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Ayahanda tercinta Alm. Wawan Supardi dan Ibunda tercinta Diah terima kasih atas segala do'a dan motivasinya yang selalu diberikan dengan tulus kepada penulis.
10. Rina, Amd.Keb, dan Rita selaku kakak dan keponakanku Muhammad Faeyza Ahza Danish serta keluarga besar yang telah memberikan dorongan serta mendoakan untuk keberhasilan penulis.
11. Sahabat – sahabat terdekat terutama yang tinggal di Kos Ummi Atang yaitu Ainun Hidayah, Alma Alfi Zahara, Arumsari Puspa Waluyani, Selly Rizka Dewi, Nuryati Septia Ningsih, dan Suci Lestari, yang telah sama-sama berjuang dan saling memotivasi selama penyusunan tugas akhir ini serta Sahabat Surga yaitu Aida Nurul Safitri, Alma Aarij Vania Verda, Anisah Siti Rahmah, dan Syahdarona Isnje Safaraul Fauzyah yang telah mendoakan dan memotivasi selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Seluruh teman-teman Anestesi Angkatan 12 yang sudah berjuang bersama selama tiga tahun ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan, sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang bersifat membangun guna penulisan Karya Tulis Ilmiah yang baik. Demikian karya tulis ilmiah ini penulis buat, semoga bermanfaat bagi dunia keperawatan.

Bandung, April 2019



Dede Riani

ABSTRAK

Latar Belakang: Klien diare yang di rawat di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya, pada periode Januari 2018 sampai Oktober 2018 berjumlah 737 orang (15,08%) menempati peringkat pertama dalam 10 besar penyakit. Diare Akut adalah diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat yang disebabkan oleh infeksi, malabsorpsi, makanan, dan psikologis anak. Bahaya besar bagi anak-anak diare adalah dehidrasi, atau kehilangan cairan terlalu banyak cairan dari tubuh. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien Diare Akut dengan kekurangan volume cairan. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan yaitu rehidrasi intravena dengan cairan volume 70-100 ml/kgBB lebih dari 3-6 jam sesuai protokol *World Health Organization* (WHO), masalah keperawatan pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi pada hari ke 3. **Diskusi:** klien 1 dan 2 dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan tidak memiliki respon yang sama pada setiap klien diare akut hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyword : *Asuhan Keperawatan, Diare Akut, Kekurangan Volume Cairan*

Daftar Pustaka : 19 Buku (2009-2018), 2 Jurnal (2015-2018), 10 Website

ABSTRACT

Background: Clients are being treated at RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya, in the period January 2018 to October 2018 received 737 people (15.08%) ranked first in 10 major diseases. Acute diarrhea is sudden diarrhea in infants and previously healthy children caused by infection, malabsorption, food, and psychological children. A big danger for children with diarrhea is dehydration, or more fluid from the body. Method: Case study to overcome problems / phenomena by being trapped, having data taken and sources of information. This case study was conducted on two Acute Diarrhea clients with lack of fluid volume. Results: After nursing care by providing nursing interventions namely intravenous rehydration with a fluid volume of 70-100 ml / kg body weight more than 3-6 hours according to the World Health Organization (WHO) protocol, nursing problems in cases 1 and 2 cases can be resolved on days 3. Discussion: clients 1 and 2 with nursing problems lacking fluid volume do not have the same response to each client of acute diarrhea this is related to the condition or health status of the previous client. There should be a nurse who handles this problem.

Keywords: Nursing care, acute diarrhea, lack of fluid volume

Bibliography: 19 Books (2009-2018), 2 Journals (2015-2018), 10 Websites

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penulisan.....	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Klasifikasi.....	9
2.1.3 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan.....	10
2.1.4 Etiologi	15
2.1.5 Patofisiologi.....	16
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	18
2.1.7 Komplikasi	18
2.1.8 Penatalaksanaan.....	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	22
2.2.1 Pengkajian	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	43
2.2.3 Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan	44
2.2.4 Implementasi dan Evaluasi Formatif.....	49
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	49
2.2.6 Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan	52
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	54
3.1 Desain Penelitian	54
3.2 Batasan Istilah.....	54
3.3 Subjek Penelitian	55

3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	55
3.5	Pengumpulan Data	56
3.6	Uji Keabsahan	57
3.7	Analisa Data	58
3.8	Etik Penelitian	59
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		62
4.1	Hasil	62
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	62
4.1.2	Asuhan Keperawatan	63
4.1.2.1	Pengkajian	63
4.1.2.2	Diagnosa Keperawatan	79
4.1.2.3	Perencanaan	83
4.1.2.4	Implementasi	85
4.1.2.5	Evaluasi	90
4.2	Pembahasan	90
4.2.1	Pengkajian	91
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	92
4.2.3	Perencanaan	95
4.2.4	Tindakan	96
4.2.5	Evaluasi Keperawatan	97
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		98
5.1	Kesimpulan	98
5.2	Saran	100
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Saluran Pencernaan Pada Manusia.....	10
Gambar 2.2 Lingkar Kepala Anak Laki-laki 0 – 2 Tahun	32
Gambar 2.3 Lingkar Kepala Anak Perempuan 0 – 2 Tahun	32
Gambar 2.4 Lingkar Lengan Atas Anak Laki-laki 3 Bulan – 5 Tahun.....	33
Gambar 2.5 Lingkar Lengan Atas Anak Perempuan 3 Bulan – 5 Tahun	34
Gambar 2.6 <i>Denver Development Screening Test II</i>	35

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Standar Volume Urine Normal	28
Tabel 2.2 Besar IWL Menurut Usia	28
Tabel 2.3 Standar Berat Badan Anak Laki-laki 18 – 24 Bulan.....	29
Tabel 2.4 Standar Panjang Badan Anak Laki-laki 18 – 24 Bulan	30
Tabel 2.5 Standar Berat Badan Anak Perempuan 18 – 24 Bulan	30
Tabel 2.6 Standar Panjang Badan Anak Laki-laki 18 – 24 Bulan	30
Tabel 2.7 Derajat Dehidrasi Berdasarkan Kehilangan Berat Badan	31
Tabel 2.8 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar.....	36
Tabel 2.9 Penilaian Skala Glaslow Pada Anak	36
Tabel 2.10 Nadi Normal.....	37
Tabel 2.11 Respirasi Normal.....	37
Tabel 2.12 Suhu Normal	37
Tabel 2.13 Intervensi dan Rasional Diagnosa 1	44
Tabel 2.14 Intervensi dan Rasional Diagnosa 2.....	45
Tabel 2.15 Intervensi dan Rasional Diagnosa 3.....	46
Tabel 2.16 Intervensi dan Rasional Diagnosa 4.....	47
Tabel 2.17 Intervensi dan Rasional Diagnosa 5.....	48
Tabel 2.18 Intervensi dan Rasional Diagnosa 6.....	49
Tabel 2.19 Kebutuhan Cairan Anak.....	53
Tabel 2.20 Pemberian Infus Rehidrasi	53
Tabel 4.1 Identitas Klien	63
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	63
Tabel 4.3 Riwayat Penyakit	64
Tabel 4.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan	65
Tabel 4.5 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	66
Tabel 4.6 Pertumbuhan dan Perkembangan.....	67
Tabel 4.7 Riwayat Imunisasi.....	68
Tabel 4.8 Pemeriksaan Fisik <i>Head to Toe</i>	68

Tabel 4.9 Data Psikologi.....	72
Tabel 4.10 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	73
Tabel 4.11 Program dan Perencanaan Pengobatan	73
Tabel 4.12 Analisa Data.....	74
Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan	79
Tabel 4.14 Perencanaan dan Rasional.....	83
Tabel 4.15 Implementasi.....	85
Table 4.16 Evaluasi.....	89

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Gambar 2.1 Patofisiologi Diare.....	17

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran IV	Leaflet
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Format Review Artikel
Lampiran VI	Surat Pernyataan dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran VII	Jurnal Intervensi
Lampiran VIII	Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

An	: Anak
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BC	: <i>Balance Cairan</i>
BCG	: <i>Bacille Calmette-Guérin</i>
BU	: Bising Usus
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
CKD	: <i>Cronic Kidney Disease</i>
CRT	: <i>Cavil Refil Time</i>
DDST	: <i>Denver Development Screening Test II</i>
DHF	: <i>Dengue Hemorrhagic Fever</i>
DPT	: Difteri, Pertusis, Toksoid
dkk	: Dan Kawan-kawan
HB	: Hepatitis B
Hib	: Haemophilus influenzae type b
HR	: <i>Heart Rate</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intramuskular
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IV	: Intravena
IWL	: Insensible Water Loss

Kel	: Kelurahan
Kp	: Kampung
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
L	: Laki-laki
Medrec	: <i>Medical Record</i>
Ny	: Nyonya
P	: Perempuan
PB	: Panjang Badan
PCS	: <i>Pediatric Coma Scale</i>
PQRST	: <i>Provoking, Quality, Region, Severity, Time</i>
REM	: <i>Rapid Eye Movement sleep</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RL	: Ringer Laktat
RR	: <i>Respiration Rate</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SOAP	: Subjektif, Objektif, <i>Assesment, Planing</i>
SOAPIE	: Subjektif, Objektif, <i>Assesment, Planing</i> , Implementasi, Evaluasi
SOAPIER	: Subjektif, Objektif, <i>Assesment, Planing</i> , Implementasi, Evaluasi, <i>Re-Asseement.</i>
STT	: <i>Soft Tissue Tumor</i>
TD	: Tekanan Darah
TT	: Toksoid Tetanus
TTL	: Tempat Tanggal Lahir
tpm	: Tetes Per Menit
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan anak merupakan salah satu indikator utama dalam mencerminkan derajat kesehatan suatu negara, sebab anak merupakan generasi penerus bangsa yang memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan negara. Pada masa *toddler* anak sedang berada di fase eksplorasi lingkungan yang menyebabkan anak rentang terhadap penyakit. Ancaman penyakit paling berbahaya dalam menurunkan derajat kesehatan anak adalah penyakit menular. Penyakit menular yang paling sering terjadi di negara berkembang adalah penyakit pada saluran pernafasan dan pencernaan. Anak yang mengalami gangguan pencernaan akan menghambat tumbuh kembang anak. Kondisi ini dikarenakan pencernaan berfungsi sebagai pembentukan daya tahan tubuh, proses penyerapan nutrisi dan mengganggu kecerdasan anak apabila terjadi ketidakseimbangan gizi karena terhambatnya penyerapan nutrisi pada proses pencernaan (Revina, 2015).

Secara global, pada tahun 2017 WHO (*World Health Organization*) melaporkan bahwa penyebab utama kematian kedua pada balita adalah diare dengan kejadian 1,7 miliar kasus dan membunuh sekitar 525.000 anak setiap tahun di dunia. Di Indonesia sendiri, berdasarkan hasil Riskesdas (2018) prevalensi penyakit diare pada balita mengalami penurunan jika dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2013. Diare pada balita turun dari

18,5% menjadi 12,3%. Dilihat dari hasil Profil Kesehatan Indonesia (2017) diperkirakan angka kejadian diare adalah 7.077.299 dengan diare ditangani sebanyak 4.274.790 atau 60,4% dan merupakan penyakit terbesar nomor satu dengan kejadian diare terbanyak adalah di Provinsi Jawa Barat diperkirakan sebanyak 1.297.021 dengan diare ditangani sebanyak 933.122 kasus atau 71,9%. Menurut Provinsi Jawa Barat Dalam Angka (2017), angka kejadian diare terbanyak untuk Provinsi Jawa Barat berada di Kabupaten Bogor dengan jumlah kasus sebanyak 159.405 dan angka kejadian terendah di Kabupaten Subang sebanyak 25 kasus.

Menurut data rekam medik RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya Januari 2018 – Oktober 2018 didapatkan 10 besar penyakit di ruang rawat inap RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya, yaitu Diare dengan jumlah pasien sebanyak 737 orang (15,08%), *Congestive Heart Failure* (CHF) dengan jumlah pasien sebanyak 728 orang (14,89%), *Soft Tissue Tumor* (STT) dengan jumlah pasien sebanyak 559 orang (11,43%), *Cronic Kidney Disease* (CKD) dengan jumlah pasien sebanyak 476 orang (9,74%), Anemia dengan jumlah pasien 409 orang (8,36%), Hernia dengan jumlah pasien sebanyak 320 orang (6,54%), Stroke Infark dengan jumlah pasien sebanyak 297 orang (6,07%), Tuberculosis Paru dengan jumlah pasien sebanyak 294 orang (6,01%), Stroke dengan jumlah pasien sebanyak 290 orang (5,93%), Pneumoni dengan jumlah pasien sebanyak 281 orang (5,74%).

Pada periode Desember 2018 di Ruang Melati 5 terdapat 10 penyakit terbesar yang sering ditemukan, yaitu Bronkopneumonia dengan jumlah

pasien sebanyak 38 orang (22,4%), Diare dengan jumlah pasien sebanyak 34 orang (20,1%), Tuberculosis dengan jumlah pasien sebanyak 22 orang (13%), Kejang Demam dengan jumlah pasien sebanyak 19 orang (11,2%), Vomitus dengan jumlah pasien sebanyak 10 orang (5,9%), Hiperpirexia dengan jumlah pasien sebanyak 8 orang (4,7%), Anemia dengan jumlah pasien sebanyak 6 orang (3,5%), Sepsis dengan jumlah pasien sebanyak 5 orang (2,9%), *Thyroid* dengan jumlah pasien sebanyak 4 orang (2,3%), *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) dengan jumlah pasien sebanyak 4 orang (2,3%) (Sumber : Data Rekam Medik RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya).

Diare adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak, konsistensi feses cair, dapat berwarna hijau atau pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja. Diare pada bayi dan balita ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya yaitu infeksi, malabsorpsi, makanan, dan psikologis anak. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah 2 tahun (Ngastiyah, 2014).

Menurut Setyaningrum (2017) bahaya besar bagi anak-anak diare adalah dehidrasi, atau kehilangan cairan terlalu banyak cairan dari tubuh. Hal ini akan bertambah bahaya jika disertai muntah-muntah. Dan menurut Ngastiyah (2014) bila anak telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai nampak, yaitu berat badan turun, turgor kulit kurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung (pada bayi), selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering. Berdasarkan banyak cairan yang hilang dapat dibagi menjadi dehidrasi ringan, sedang dan berat. Melihat kasus

tersebut maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif atau secara menyeluruh (biologi, psikologi, sosial, spiritual). Sehingga muncul pentingnya asuhan keperawatan dalam menanggulangi klien dengan diare.

Menurut *Hospital Care for Children* (2016) Zinc merupakan mikronutrien penting untuk kesehatan dan perkembangan anak. Zinc hilang dalam jumlah banyak selama diare. Penggantian zinc yang hilang ini penting untuk membantu kesembuhan anak dan menjaga anak tetap sehat di bulan-bulan berikutnya. Telah dibuktikan bahwa pemberian zinc selama episode diare, mengurangi lamanya dan tingkat keparahan episode diare dan menurunkan kejadian diare pada 2-3 bulan berikutnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Utami & Wulandari (2015) hal yang penting dilakukan bagi perawat adalah mengawasi masukan dan haluaran, karakter, dan jumlah feses, perkiraan kehilangan yang tak terlihat. mengukur berat jenis urine, mengobservasi *oliguria*, mengkaji tanda - tanda vital (TD, nadi, suhu), mengobservasi kulit kering berlebihan dan membran mukosa, penurunan turgor kulit, mengukur berat badan tiap hari mendorong rehidrasi per oral, dan memberikan cairan parenteral sesuai indikasi.

Untuk pemberian rehidrasi cairan parenteral untuk mengatasi permasalahan kehilangan cairan dan elektrolit pada anak yang mengalami dehidrasi sedang – berat, *World Health Organization* (WHO)

merekomendasikan rehidrasi intravena dengan cairan volume 70 – 100 ml/kgBB lebih dari 3 – 6 jam (Iro, Sell, Brown, & Maitland, 2018).

Berhubungan dengan hal tersebut di atas diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi akibat kehilangan cairan pada anak sehingga kematian pada anak akibat diare dapat dihindari. Maka dari itu kita sebagai perawat memiliki peranan penting sebagai pemberi asuhan keperawatan dan keputusan untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada klien maupun kepada keluarga klien. Berdasarkan data di atas maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Anak Diare Akut dengan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya”**.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan pada Anak Diare Akut dengan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada Anak Diare Akut dengan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penulis dapat melakukan Asuhan Keperawatan yang meliputi :

1. Melakukan pengkajian pada Anak Diare Akut dengan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.
2. Merumuskan diagnosa pada Anak Diare Akut dengan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.
3. Menyusun perencanaan yang ingin dicapai dan menyusun langkah-langkah pemecahan masalah yang dihadapi pada Anak Diare Akut dengan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Anak Diare Akut dengan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.
5. Mengevaluasi hasil Asuhan Keperawatan pada Anak Diare Akut dengan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya tulis dapat menjadi sumber informasi dan menambah ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Anak Diare Akut dengan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Anak Melati 5 RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Manfaat Bagi Perawat

Sebagai pedoman dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak diare dengan masalah kekurangan volume cairan dengan cara rehidrasi intravena.

2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan atau motivasi bagi tenaga kesehatan di RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya dalam pelayanannya pada anak yang mengalami diare dengan kekurangan volume cairan sehingga anak mendapatkan pelayanan yang intensif, cepat, tepat dan optimal.

3. Manfaat Bagi Insitusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan atau acuan bagi rekan mahasiswa untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah berikutnya terutama pada kasus anak diare dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan.

4. Manfaat Bagi Klien

Dapat mengatasi terjadinya kehilangan cairan pada anak diare akut yang dapat membahayakan keselamatan dengan rehidrasi intravena.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Diare

Menurut Muttaqin & Sari (2011) diare (*Gastroenteritis*) adalah peradangan pada lambung, usus kecil, dan usus besar dengan berbagai kondisi potologis dari saluran gastrointestinal dengan manifestasi diare, dengan atau tanpa disertai muntah serta ketidaknyamanan abdomen. Sedangkan menurut Sodikin (2011) diare adalah defekasi encer lebih dari tiga kali sehari, dengan atau tanpa darah dan/atau lendir dalam feses, sedangkan diare akut sendiri didefinisikan dengan diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat. Dan secara epidemiologi biasanya diare didefinisikan sebagai pengeluaran feses lunak atau cair tiga kali atau lebih dalam satu hari. Secara lebih praktis, diare didefinisikan sebagai peningkatan frekuensi defekasi atau konsistensi feses menjadi lebih lunak pada anak sehingga dianggap abnormal oleh ibu anak tersebut.

Jadi dapat disimpulkan bahwa diare merupakan penyakit yang ditandai dengan meningkatnya frekuensi buang air besar lebih dari tiga kali sehari disertai perubahan konsistensi tinja menjadi lebih cair atau setengah padat dengan atau tanpa lendir atau darah.

2.1.2 Klasifikasi Diare

Secara klinis diare dibedakan menjadi tiga macam sindrom, yaitu diare akut, disentri, dan diare persisten, masing-masing mencerminkan patogenesis berbeda dan memerlukan pendekatan yang berlainan dalam pengobatannya (Sodikin, 2011).

1. Diare akut (*Gastroenteritis*)

Diare Akut adalah diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat. Penyakit diare akut dapat ditularkan dengan cara fekal oral melalui makanan dan minuman yang tercemar. Peluang untuk mengalami diare akut antara anak laki-laki dan perempuan hampir sama. Diare cair akut menyebabkan dehidrasi dan bila asupan makanan berkurang, juga mengakibatkan kurang gizi (Sodikin, 2011).

2. Disentri

Disentri adalah diare yang disertai darah dalam feses, menyebabkan anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat dan kerusakan mukosa usus akibat bakteri invasif. Penyakit utama disentri akut adalah *Shigella*, sedangkan penyebab lain adalah *Campylobacter jejuni* dan penyebab yang jarang adalah *E. Coli enteroinvasif* atau *Salmonella*. Pada orang dewasa muda, disentri yang serius sering kali disebabkan oleh *Entamoeba histolytica*. Akan tetapi, bakteri tersebut jarang menjadi penyebab disentri pada anak-anak (Sodikin, 2011).

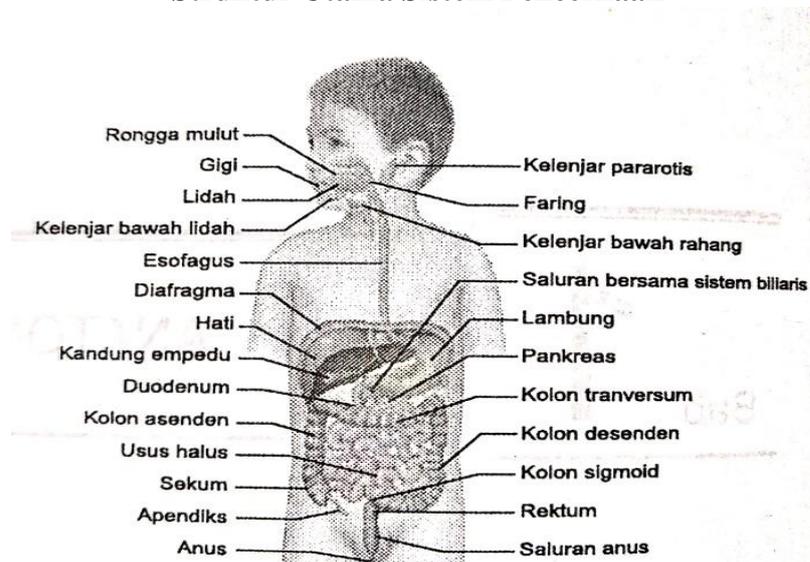
3. Diare Persisten

Diare persisten adalah diare yang pada mulanya akut, tetapi berlangsung lebih dari 14 hari. Diare jenis ini mengakibatkan kehilangan berat badan yang nyata, dengan volume feses dalam jumlah yang banyak sehingga klien beresiko mengalami dehidrasi. Diare persisten tidak disebabkan oleh penyebab mikroba tunggal, *E. coli enteroaggregative*, *Shigella*, dan *Cryptosporidium* mungkin berperan lebih besar dari penyebab lain (Sodikin, 2011).

2.1.3 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

2.1.3.1 Anatomi Sistem pencernaan

Gambar 2.1
Struktur Utama Sistem Pencernaan



Gambar 1-1 Struktur utama sistem pencernaan. Dari "Pediatrics Diagnostics Examination" oleh Greydanus, et al., 2008.

(Sodikin, 2011)

Sistem pencernaan merupakan pintu masuk yang dilalui oleh senyawa gizi, vitamin, mineral, dan cairan yang akan memasuki tubuh. Struktur

dinding saluran cerna secara umum tersusun atas empat lapisan, yaitu: lapisan mukosa, lapisan submukosa, tunika muskularis, dan lapisan serosa (*adventisia*). Lapisan mukosa tersusun atas epitel, lamina propria, dan muskularis mukosa. Lapisan propria sebagian besar terdiri atas jaringan ikat longgar yang mengandung serat kolagen dan elastin. Lamina propria juga mengandung berbagai tipe kelenjar, kelenjar limfe, dan kapiler. Muskularis mukosa merupakan lapisan otot yang paling dalam. Kontraksi muskularis mukosa menimbulkan lekukan dan tonjolan mukosa. Lapisan submukosa terdiri atas jaringan ikat longgar dengan serat kolagen dan elastin. Pada beberapa bagian terdapat kelenjar submukosa dan pembuluh darah yang lebih besar untuk dinding saluran pencernaan yang terdapat di dalamnya, selain itu lapisan ini terapat pleksus submukosa (*Meissner*). Tunika muskularis tersusun atas dua lapisan otot, sirkular di sebelah dalam dan longitudinal di sebelah luar. Diantara kedua lapisan ini terdapat pleksus meinterikus (*Auerbach*). Peran dari tunika muskularis adalah untuk koordinasi kontraksi otot-otot, mengaduk, dan mendorong makanan di dalam lumen (Sodikin, 2011).

1. Lambung

Lambung merupakan bagian saluran pencernaan yang menerima bahan makanan dari esofagus dan menyimpannya untuk sementara waktu. Kapasitas dari lambung pada orang dewasa adalah 1000 ml. Lambung berbentuk lebar dan merupakan bagian yang dapat berdilatasi dari saluran cerna. Bentuk lambung bervariasi bergantung

dari jumlah makanan di dalamnya, adanya gelombang peristaltik, tekanan dari orang lain, respirasi dan postur tubuh. Posisi dan bentuk lambung juga sangat bervariasi, biasanya memiliki bentuk ‘‘J’’, terletak kuadran kiri atas abdomen. Fungsi utama lambung adalah menyiapkan makanan untuk dicerna di usus, memecah makanan, penambahan cairan setengah cair, dan meneruskannya ke duodenum (Sodikin, 2011).

2. Usus Halus

Usus halus terbagi menjadi duodenum, jejunum, dan ileum. Duodenum merupakan bagian terpendek, sekitar 7,5-10 cm, dengan diameter 1-1,5 cm, panjang jejunum 2,4 m, panjang ileum sekitar 3,6m. Ileum masuk sisi kiri pada lubang ileosekal, celas oval yang terkontrol oleh sfinkter otot. Dinding usus halus terbagi menjadi empat lapisan, yaitu mukosa, submukosa, muscular dan serosa (*peritoneal*). Lapisan mukosa tersusu atas vili usus dan lipatan sirkular. Vili usus merupakan tonjolan yang mirip jari dan menonjol ke permukaan dalam usus. Vili tersusun atas lapisan epitel usus tempat proses absorpsi terjadi. Otot polos selalu kontraksi dan relaksasi secara ritmis selama proses pencernaan. Keadaan ini menyebabkan pemendekan dan pemanjangan atau gerakan melambai vili. Kerusakan yang terjadi pada vili mengganggu absorpsi dan merupakan salah satu penyebab sindrom malabsorpsi (Sodikin, 2011).

3. Usus Besar

Usus besar memiliki fungsi mensekresi mukus untuk mempermudah jalannya feses serta mengeluarkan fraksi zat yang tidak terserap seperti zat besi, kalsium dan fosfat yang ditelan. Fungsi lain dari usus besar adalah absorpsi air, garam dan glukosa. Feses akan merangsang terjadinya proses defekasi, keinginan melakukan defekasi timbul bila tekanan rectum meningkat sekitar 18 mmHg pada suatu keadaan dimana tekanan tersebut mencapai 55 mmHg, maka sfingter anal eksterna maupun interna berelaksasi dan isi rectum dikeluarkan (Sodikin, 2011).

Usus besar berjalan dari katup ileosaekal ke anus. Usus besar dibagi menjadi bagian sekum, kolon ascendens, kolon transversum, kolon descendens, dan kolon sigmoid. Panjang usus besar bervariasi, berkisar sekitar ± 180 cm. Sekum adalah kantong besar yang terletak pada fosa iliaka dekstra. Kolon ascendens, transversum dan descendens membentuk tiga sisi dan tampak menutupi usus kecil, sedangkan kolon sigmoid berlanjut menjadi rectum. Kolon sigmoid (*pelvikus*) mempunyai beberapa lengkungan di dalam pelvis dan berakhir pada sisi yang berlawanan dengan pertengahan sacrum tempatnya berhubungan dengan rectum. Rectum memiliki panjang sekitar 12 cm dan mendapat namanya karena berbentuk lurus atau hampir lurus. Rectum dimulai pada pertengahan sacrum dan berakhir pada kanalis analis (Sodikin, 2011).

4. Rectum dan Anus

Rectum memiliki panjang sekitar 12 cm dan normalnya kosong kecuali tepat sebelum dan saat defekasi (buang air besar). Di bawah rektum terdapat saluran anus, yang berukuran sekitar 4 cm. Pada dinding saluran anus terdapat dua pasang otot membentuk pipa pendek – sfingter anal internal dan eksternal. Saat defekasi, gelombang peristaltik dalam kolon mendorong tinja ke dalam rektum, yang kemudian memicu refleks defekasi. Kontraksi mendorong tinja, dan sfingter anal berelaksasi untuk memungkinkan tinja keluar dari tubuh melalui anus (Sodikin, 2011).

2.1.3.2 Fisiologi Pencernaan

Fisiologi saluran pencernaan terdiri atas rangkaian proses memakan (*ingesti*) dan sekresi getah pencernaan ke sistem pencernaan. Getah pencernaan membantu pencernaan atau digesti makanan, hasil pencernaan akan diserap ke dalam tubuh berupa zat gizi. Proses sekresi, digesti, dan absorpsi terjadi secara berkesinambungan pada saluran pencernaan, mulai dari atas yaitu mulut sampai ke rectum. Secara bertahap, massa hasil campuran makanan dan getah pencernaan (*bolus*) yang telah dicerna, didorong (digerakkan) ke arah anus (*motilitas*). Sisa massa yang tidak di absorpsi dikeluarkan melalui anus (*defekasi*) (Sodikin, 2011).

2.1.4 Etiologi

Menurut Ngastiyah (2014) etiologi diare terbagi menjadi:

1. Faktor infeksi
 - a. Infeksi enteral yaitu infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare. Meliputi infeksi enteral sebagai berikut:
 - 1) Infeksi bakteri: *Vibrio*, *Escherichia Coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Acromonas*, dan sebagainya.
 - 2) Infeksi virus: *Enterivirus* (*Virus Ecn*, *Coxsacme*, *Poliomyelitis*), *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Astrovirus*, dan lain-lain.
 - 3) Infeksi parasit: cacing (*Ascaris*, *Trichuris*, *Oxyuris*, *Strongyloide*), protozoa (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Tricomonas hominis*), jamur (*Candida*, *Albicans*).
 - b. Infeksi parental yaitu infeksi di luar alat pencernaan makanan seperti *Otitis Media Akut (OMA)*, *tonsillitis / tonsilofaringitis*, *bronkopneumonia ensefalitis* dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak yang berumur di bawah 2 tahun.
2. Faktor malabsorpsi
 - a. Malabsorpsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltosa, dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa).
 - b. Malabsorpsi lemak.

- c. Malabsorpsi protein.
- 3. Faktor makanan: makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan
- 4. Faktor psikologis: rasa takut dan cemas. Hal ini jarang terjadi, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar

2.1.5 Patofisiologi

Diare menyebabkan kehilangan banyak cairan dan elektrolit melalui feses. Patogenesis kebanyakan diare dapat berasal dari kelainan sekretorik, osmotik atau motilitas usus (Sodikin, 2011).

1. Gangguan Sekresi

Diare sekretorik sering disebabkan oleh zat-zat pemacu sekresi, seperti toksin kolera, yang terikat pada reseptor di epitel permukaan usus dan kemudian memacu akumulasi cAMP atau cGMP. Beberapa asam lemak intralumen dan garam empedu menyebabkan mukosa kolon menyekresi melalui mekanisme ini (Sodikin, 2011).

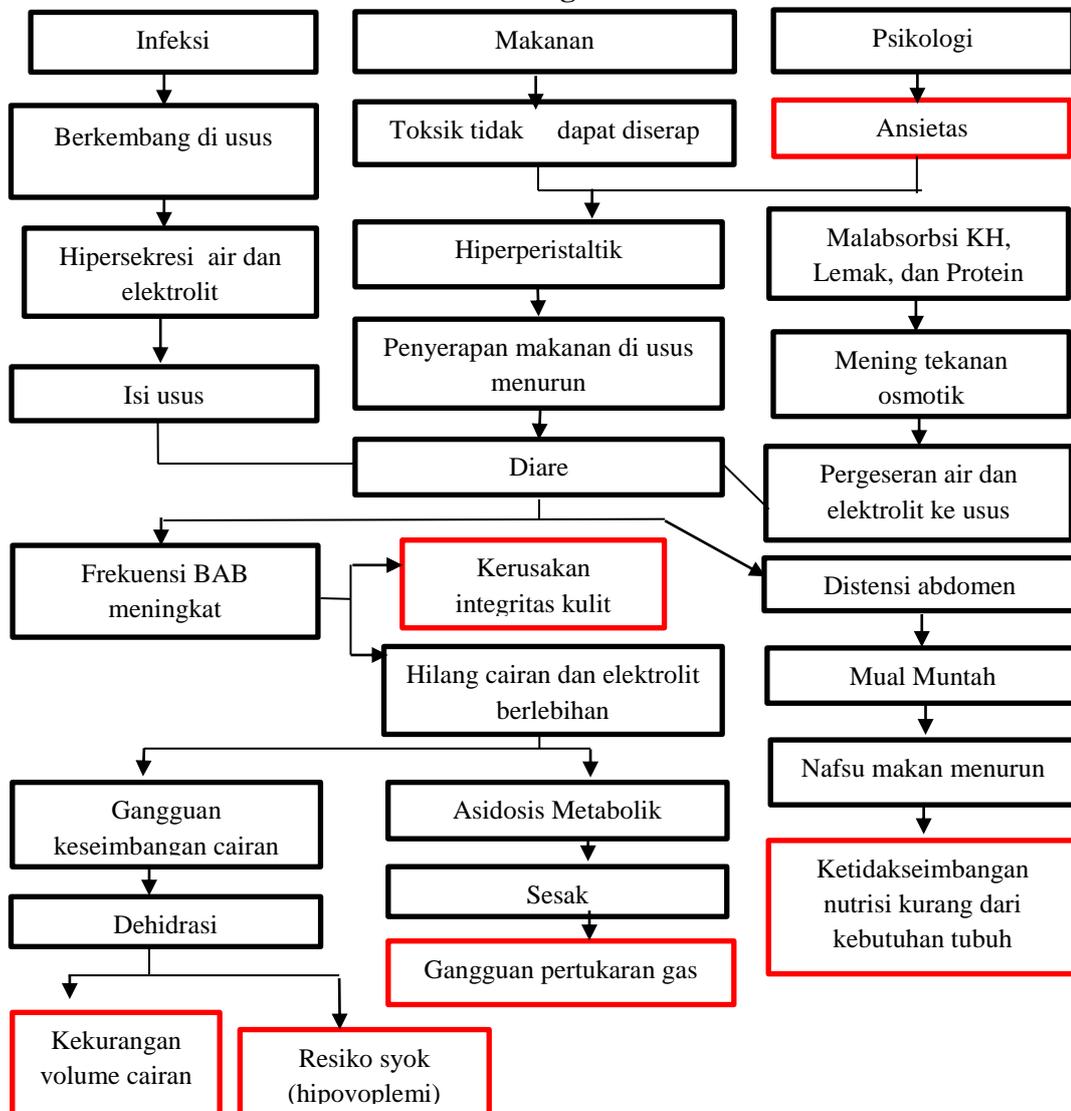
2. Gangguan Osmotik

Diare osmotik terjadi setelah mengonsumsi makanan cair yang sulit diserap. Akibatnya terdapat makanan atau zat yang tidak dapat diserap menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebih akan merangsang usus untuk mengeluarkan sehingga timbul diare (Sodikin, 2011).

3. Gangguan Motilitas Usus

Gangguan motilitas usus berhubungan dengan perpindahan cepat atau lambat, dan umumnya tidak berhubungan dengan jumlah diare yang banyak (Sodikin, 2011). Sementara itu, pada anak yang lebih besar dapat terjadi diare psikogenik yang sering kali mengindikasikan kebencian terhadap sekolah (Sodikin, 2011).

Bagan 2.1
Patofisiologi Diare



(Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Sodikin (2011), manifestasi klinis diare adalah sebagai berikut:

1. Bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada.
2. Feses makin cair, mungkin mengandung darah dan/atau lendir, dan feses berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
3. Anus dan sekitarnya menjadi lecet karena feses makin lama menjadi asam akibat banyaknya asam laktat dari pemecahan laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus.
4. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
5. Jika terjadi gejala dehidrasi karena mengalami banyak kehilangan cairan dan elektrolit, penderita mengalami berat badan turun, pada bayi ubun-ubun besar cekung, tonus otot dan turgor kulit menurun, dan selaput lendir mulut serta bibir terlihat kering.

2.1.7 Komplikasi

Menurut Wulandari & Erawati (2016) komplikasi yang terjadi dari kehilangan akibat diare adalah sebagai berikut:

1. Dehidrasi

Berdasarkan kehilangan berat badan, dehidrasi ada empat kategori, yaitu tidak ada dehidrasi (penurunan berat badan $<2\frac{1}{2}\%$), dehidrasi ringan (penurunan berat badan $2\frac{1}{2}\% - 5\%$), dehidrasi sedang (penurunan berat badan $5 - 10\%$), dan dehidrasi berat (penurunan $>10\%$)

(Wulandari & Erawati, 2016). Dan berdasarkan tonisitas darah, dehidrasi dapat dibagi atas tiga macam yaitu, dehidrasi hipotonik (kadar Na plasma <131 mEq/l), dehidrasi isotonic (kadar Na plasma 131-150 mEq/l), dan dehidrasi hipertonik (kadar Na plasma >150 mEq/l) (Sodikin, 2011).

2. Renjatan Hipovolemik

Pada dehidrasi berat, volume darah berkurang sehingga terjadi renjatan hipovolemik dengan gejala denyut jantung menjadi cepat, nadi cepat dan kecil, tekanan darah menurun, klien sangat lemah, kesadaran menurun (apatis, samnolen, kadang sampai soporokomateus) (Wulandari & Erawati, 2016).

3. Hipokalemia

Gejala hipokalemia yaitu meteorismus, hipotoni otot lemah, bradikardi, perubahan elektrokardiogram (Wulandari & Erawati, 2016).

4. Hipoglikemia (Wulandari & Erawati, 2016).

5. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan kekurangan *enzyme lactase* (Wulandari & Erawati, 2016).

6. Kejang, terjadi pada dehidrasi hipertonik (Wulandari & Erawati, 2016).

7. Malnutrisi energi protein (akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik) (Wulandari & Erawati, 2016).

2.1.8 Penatalaksanaan

Dasar pengobatan diare menurut menurut Wulandari & Erawati (2016) adalah sebagai berikut:

2.1.8.1 Pemberian Cairan

1. Jenis cairan

a. Cairan rehidrasi oral

- 1) Formula lengkap mengandung NaCl, NaHCO₃, KCl, dan glukosa. Kadar natrium 90 mEq/l untuk kolera dan diare akut pada anak di atas 6 bulan dengan dehidrasi ringan (untuk pencegahan dehidrasi). Kadar natrium 50 – 60 mEq/l untuk diare akut non kolera pada anak di bawah 6 bulan dengan dehidrasi ringan, sedang, atau tanpa dehidrasi. Formula lengkap biasa disebut oralit.
- 2) Formula tidak lengkap (sederhana) hanya mengandung NaCl dan sukrosa atau karbohidrat lain, misalnya larutan gula garam, larutan air tajin garam, larutan tepung beras garam, dan sebagainya untuk pengobatan pertama di rumah pada semua anak dengan diare akut baik sebelum ada dehidrasi maupun setelah ada dehidrasi.

b. Cairan parental

- 1) DG aa (1 bagian larutan Darrow + 1 bagian glukosa 5%)
- 2) RLg (1 bagian Ringer Laktat + 1 bagian glukosa 5%)
- 3) RL (Ringer Laktat)
- 4) DG 1:2 (1 bagian larutan Darrow + 2 bagian glukosa 5%)
- 5) RLg 1:3 (1 bagian Ringer Laktat + 3 bagian glukosa 5-10 %)

- 6) Cairan 4:1 (4 bagian glukosa 5 – 10 % + 1 bagian NaHCO₃ 1 $\frac{1}{2}$ % atau 4 bagian glukosa 5 – 10 % + 1 bagian NaCl 0,9%).

2. Jalan Pemberian Cairan

- a. Peroral untuk dehidrasi ringan, sedang, dan tanpa dehidrasi dan bila anak mau minum serta kesadaran baik.
- b. Intragastritik untuk dehidrasi ringan, sedang, dan tanpa dehidrasi, tetapi anak tidak mau minum atau kesadaran menurun.
- c. Intravena untuk dehidrasi sedang-berat.

2.1.8.2 Pengobatan Dietetik

Menurut Wulandari & Erawati (2016) untuk anak di bawah 1 tahun dan anak di atas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg jenis makanan:

1. Susu (ASI dan atau susu formula yang mengandung rendah laktosa dan asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM, Almiron, atau jenis lainnya).
2. Makanan setengah padat (bubur) atau makanan padat (nasi tim), bila anak tidak mau minum susu karena di rumah tidak terbiasa.
3. Susu khusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan misalnya susu yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh.

2.1.8.3 Obat – obatan

1. Obat anti sekresi: *Asetosil* dosis 25 mg/hari dengan dosis minum 30 mg. Klorpromazin dosis 0,5-1 mg/kg BB/hari (Wulandari & Erawati, 2016).
2. Obat spasmolitik dan lain-lain, umumnya obat spasmolitik seperti *papaverin ekstrak beladona, opium loperamid*, tidak digunakan untuk mengatasi diare akut lagi. Obat pengeras tinja seperti *kaolin, pectin, charcoal, tabonal*, tidak ada lagi manfaatnya untuk mengatasi diare sehingga tidak diberikan lagi (Wulandari & Erawati, 2016).
3. Antibiotik, umumnya antibiotik tidak diberikan karena tidak ada penyebab yang jelas. Bila penyebabnya kolera, maka diberikan tetrasiklin 25-50 mg/kg BB/hari. Antibiotik juga diberikan bila terdapat penyakit seperti: *OMA, faringitis, bronchitis, atau bronkopneumonia* (Wulandari & Erawati, 2016).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Hidayat, 2009).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2009).

Menurut Hidayat (2009) dalam mengumpulkan data melalui format pengumpulan, dapat dilakukan dengan cara:

1. Wawancara, yaitu melalui komunikasi untuk mendapatkan respons dari klien dengan tatap muka.
2. Observasi, dengan mengadakan pengamatan secara visual atau secara langsung kepada klien.
3. Konsultasi, dengan melakukan konsultasi kepada ahli atau spesialis bagian yang mengalami gangguan.
4. Pemeriksaan, dengan metode inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, serta pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

2.2.1.1 Identitas Klien/Biodata

Identitas klien atau biodata pada asuhan keperawatan meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua (Hidayat, 2009). Pada diare akut, sebagian besar adalah anak yang berumur di bawah dua tahun. Insiden paling tinggi terjadi pada umur 6-11 bulan karena pada masa ini mulai diberikan makanan pendamping. Kejadian diare akut pada anak laki-laki hampir sama dengan anak perempuan (Ambarwati & Nasution, 2015).

2.2.1.2 Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan pengembangan dari keluhan utama yang dikembangkan secara PQRST yaitu :

P : Paliatif/provokatif (penyebab yang memperberat dan mengurangi)

Q : Quantitas (dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya, dan berapa banyak)

R : *Region*/radiasi (lokasi dimana dan penyebarannya)

S : Skala (intensitasnya, pengaruh terhadap aktivitas)

T : *Time* (kapan keluhan tersebut muncul berapa lama dan bersifat tiba-tiba, sering, dan bertahap)

Buang Air Besar (BAB) lebih dari tiga kali sehari, BAB kurang dari empat kali dengan konsistensi cair (dehidrasi 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 diare berlangsung 14 hari atau lebih adalah diare persisten (Wulandari & Erawati, 2016).

2.2.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Menurut Wulandari & Erawati (2016) riwayat penyakit sekarang yang mungkin muncul adalah :

1. Mula-mula bayi/anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemungkinan timbul diare.
2. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau darah. Warna tinja berubah kehijauan karna bercampur dengan empedu.
3. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet, karna sering defekasi dan sifatnya asam.
4. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
5. Bila klien 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 6 jam (dehidrasi berat).

2.2.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut Wulandari & Erawati (2016) riwayat kesehatan dahulu meliputi:

1. Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (*antibiotic*) karena faktor ini merupakan salah satu kemungkinan penyebab diare.
2. Riwayat penyakit yang sering terjadi pada anak berusia di bawah 2 tahun biasanya adalah batuk, panas, pilek, dan kejang yang terjadi sebelum, selama, atau setelah diare. Informasi ini diperlukan untuk melihat tanda dan gejala infeksi lain yang menyebabkan diare seperti OMS, tonsillitis, faringitis, bronkopneumonia, dan ensefalitis.

2.2.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada pengumpulan data tentang riwayat keluarga bagaimana riwayat kesehatan atau keperaawatan yang ada dimiliki pada salah satu anggota keluarga, apakah ada yang menderita penyakit seperti yang dialami klien, atau mempunyai penyakit degeneratif lainnya (Hidayat, 2009).

2.2.1.6 Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

1. Prenatal

Mengidentifikasi riwayat kehamilan, pelaksanaan antenatal care, pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid), konsumsi multivitamin dan zat besi, keluhan saat kehamilan (Panduan PKK STIKes Bhakti Kencana, 2018).

2. Intranatal

Mengidentifikasi riwayat kelahiran, lahir matur atau prematur, tempat pertolongan persalinan, proses kelahiran, APGAR *Score*, berat badan dan tinggi badan saat lahir (Panduan PKK STIKes Bhakti Kencana, 2018).

3. Postnatal

Kesehatan ibu dan bayi setelah melahirkan, berat badan dan tinggi badan saat dilahirkan, adanya riwayat BBLR yang kurang dari 2500 gram, apakah colostrum keluar segera, apakah bayi sudah mendapatkan imunisasi (Panduan PKK STIKes Bhakti Kencana, 2018).

2.2.1.7 Riwayat Nutrisi

Riwayat pemberian makanan sebelum sakit diare menurut Wulandari & Erawati (2016) meliputi:

1. Pemberian ASI penuh pada anak umur 4 – 6 bulan sangat mempengaruhi resiko diare dan infeksi yang serius. Pada usia 12 – 24 bulan, anak tidak lagi membutuhkan ASI terlalu banyak. Paling tidak hanya sekitar 100 – 150 ml/hari, pemberian diberikan antara 3-5 kali. Penyebabnya karena makanan yang diberikan sudah berbentuk padat dibandingkan satu tahun sebelumnya (Lucky, 2018).
2. Pemberian susu formula, apakah menggunakan air masak, diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah terjadi pencemaran.
3. Perasaan haus. Anak diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa), pada dehidrasi ringan/sedang anak merasa haus, ingin minum banyak, sedangkan pada dehidrasi berat anak malas minum atau tidak bisa minum.

2.2.1.8 Pola Aktivitas

Menurut Bararah & Jauhar (2013) pola aktivitas pada klien diare yaitu:

1. Pola nutrisi: diawali dengan mual, muntah, anoreksia, menyebabkan penurunan berat badan klien.
2. Pola eliminasi: akan mengalami perubahan BAB lebih dari 4 kali sehari, BAK sedikit atau jarang.

Tabel 2.1
Standar Volume Urine Normal

Usia	Volume Urine (ml/kg BB/hari)
Bayi Lahir	10 – 90
Bayi	80 – 90
Anak – anak	50
Remaja	40
Dewasa	30

(Sumber: Dewi, 2018)

Pengeluaran air melalui feses berkisar antara 100 – 200 mL per hari, yang diatur melalui mekanisme reabsorpsi di dalam mukosa usus besar (kolon). Pengeluaran cairan bukan hanya melalui urine dan feses, tetapi ada kehilangan cairan yang tidak disadari melalui kulit dan pernafasan yaitu IWL (*Inersible Water Loss*). Besarnya IWL pada setiap individu bervariasi, dipengaruhi oleh suhu lingkungan, tingkat metabolisme, dan usia (Dewi, 2018).

Tabel 2.2
Besar IWL Menurut Usia

Usia	Besar IWL ml/kg BB/hari
Bayi Lahir	30
Bayi	50 – 60
Anak-anak	50
Remaja	40
Dewasa	30

(Dewi, 2018)

3. Pola bermain dan aktivitas akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen.
4. Pola istirahat dan tidur akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang menimbulkan rasa tidak nyaman.
5. *Personal hygiene*, kaji tentang kebiasaan melakukan *personal hygiene*.

2.2.1.9 Riwayat Tumbuh Kembang *Toddler*

1. Pertumbuhan

Untuk menentukan pertumbuhan fisik anak, perlu dilakukan pengukuran antropometri. Pengukuran antropometri yang dilakukan dalam pemeriksaan pertumbuhan adalah berat badan, panjang badan, dan lingkaran kepala. Sedangkan lingkaran lengan dan lingkaran dada digunakan bila dicurigai adanya gangguan pada anak (Wulandari & Erawati, 2016).

a. Perkiraan Berat Badan dan Tinggi Badan

Rata-rata penambahan berat badan adalah 1,8 sampai 2,7 kg per tahun. Berat rata-rata pada usia 2 tahun adalah 12 kg. Penambahan tinggi badan yang biasa adalah bertambah 7,5 cm/tahun dan terutama terjadi pada perpanjangan tungkai dan bukan batang tubuh. Tinggi badan rata-rata usia 2 tahun adalah 86,6 cm (Wulandari & Erawati, 2016).

Tabel 2.3
Standar Berat Badan Menurut Umur (BB/U)
Anak Laki-laki 18 – 24 Bulan

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3D	-2D	-1D	Median	1D	2D	3D
18	7,8	8,8	9,8	10,9	12,5	13,7	15,3
19	8,0	8,9	10,0	11,1	12,7	13,9	15,6
20	8,1	9,1	10,1	11,3	12,9	14,2	15,9
21	8,2	9,2	10,3	11,5	13,2	14,5	16,2
22	8,4	9,4	10,5	11,8	13,4	14,7	16,5
23	8,5	9,5	10,7	12,0	13,6	15,0	16,8
24	8,6	9,7	10,8	12,2	13,9	15,3	17,1

(Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan RI 1995/MENKES/SK/XII/2010)

Tabel 2.4
Standar Panjang Badan Menurut Umur (PB/U)
Anak Laki-laki 18 – 24 Bulan

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3D	-2D	-1D	Median	1D	2D	3D
18	74,2	76,9	79,6	82,3	84,0	87,7	90,4
19	75,0	77,7	80,5	83,2	85,0	88,8	91,5
20	75,8	78,6	81,4	84,2	86,0	89,8	92,6
21	76,5	79,4	82,3	85,1	87,0	90,9	93,7
22	77,2	80,2	83,1	86,0	89,0	91,9	94,9
23	78,0	81,0	83,9	86,9	89,9	92,9	95,9
24	78,7	81,7	84,8	87,8	90,0	93,9	97,0

(Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan RI 1995/MENKES/SK/XII/2010)

Tabel 2.5
Standar Berat Badan Menurut Umur (BB/U)
Anak Perempuan 18 – 24 Bulan

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3D	-2D	-1D	Median	1D	2D	3D
18	7,2	8,1	9,1	10,2	11,6	13,2	15,1
19	7,3	8,2	9,2	10,4	11,8	13,5	15,4
20	7,5	8,4	9,4	10,6	12,1	13,7	15,7
21	7,6	8,6	9,6	10,9	12,3	14,0	16,0
22	7,8	8,7	9,8	11,1	12,5	14,3	16,4
23	7,9	8,9	10,0	11,3	12,8	14,6	16,7
24	8,1	9,0	10,2	11,5	13,0	14,8	17,0

(Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan RI 1995/MENKES/SK/XII/2010)

Tabel 2.6
Standar Panjang Badan Menurut Umur (PB/U)
Anak Perempuan 18 – 24 Bulan

Umur (Bulan)	Berat Badan (Kg)						
	-3D	-2D	-1D	Median	1D	2D	3D
18	72,0	74,9	77,8	80,7	83,6	86,5	89,4
19	72,8	75,8	78,8	81,7	84,7	87,6	90,6
20	73,7	76,7	79,7	82,7	85,7	88,7	91,7
21	74,5	77,5	80,6	83,7	86,7	89,8	92,9
22	75,2	78,4	81,5	84,6	87,7	90,8	94,0
23	76,0	79,2	82,3	85,5	88,7	91,9	95,0
24	76,7	80,0	83,2	86,4	89,6	92,9	96,1

(Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan RI 1995/MENKES/SK/XII/2010)

Anak yang menderita diare dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan sebagai berikut:

Tabel 2.7
Derajat Dehidrasi Berdasarkan Kehilangan Berat Badan

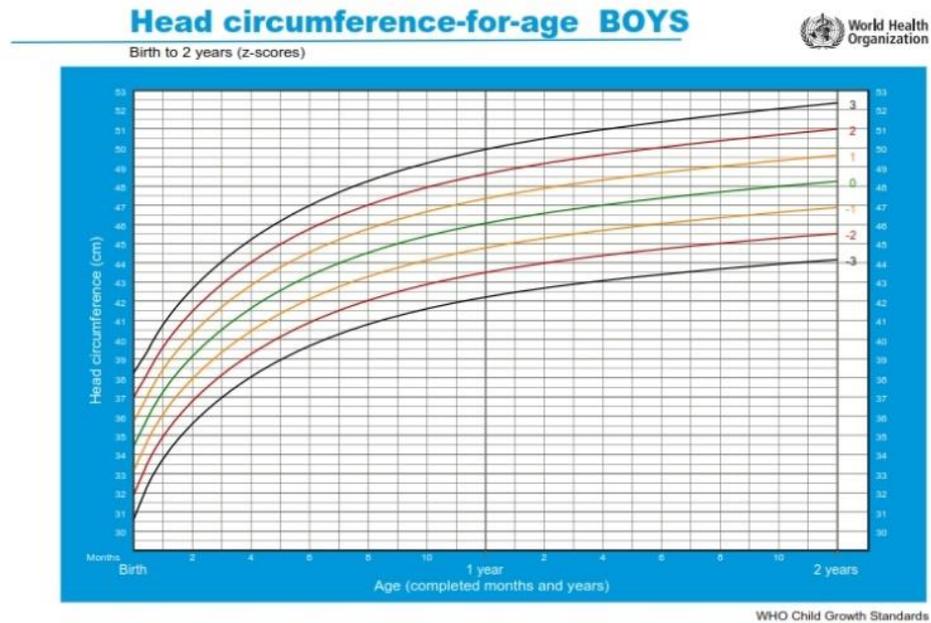
Tingkat Dehidrasi	Kehilangan Berat Badan (%)	
	Bayi	Anak Besar
Dehidrasi ringan	5% (50 ml/kg)	3% (30 ml/kg)
Dehidrasi sedang	5-10% (50-100 ml/kg)	6% (60 ml/kg)
Dehidrasi berat	10-15% (100-150 ml/kg)	9% (90 ml/kg)

(Sumber : Wulandarai & Erawati, 2016)

b. Lingkar Kepala

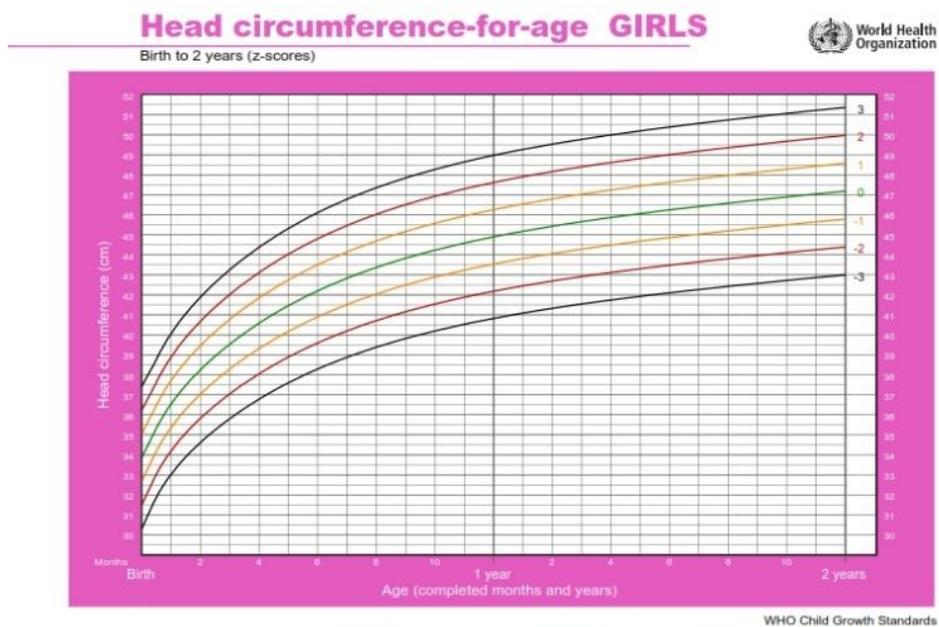
Kecepatan pertumbuhan lingkar kepala melambat pada akhir masa bayi, dan lingkar kepala biasanya sama dengan lingkar dada pada usia 1 sampai 2 tahun. Total pertumbuhan lingkar kepala pada umumnya selama tahun kedua adalah 2,5 cm. Kemudian kecepatan pertumbuhan melambat sampai usia 5 tahun, pertumbuhan tinggi badan kurang dari 1,25 per tahun. Fontanela anterior menutup antara usia 12 sampai 18 bulan (Wulandari & Erawati, 2016).

Gambar 2.2
Lingkar Kepala Anak Laki-laki 0 – 2 Tahun



(Sumber: Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2015)

Gambar 2.3
Lingkar Kepala Anak Perempuan 0 – 2 Tahun

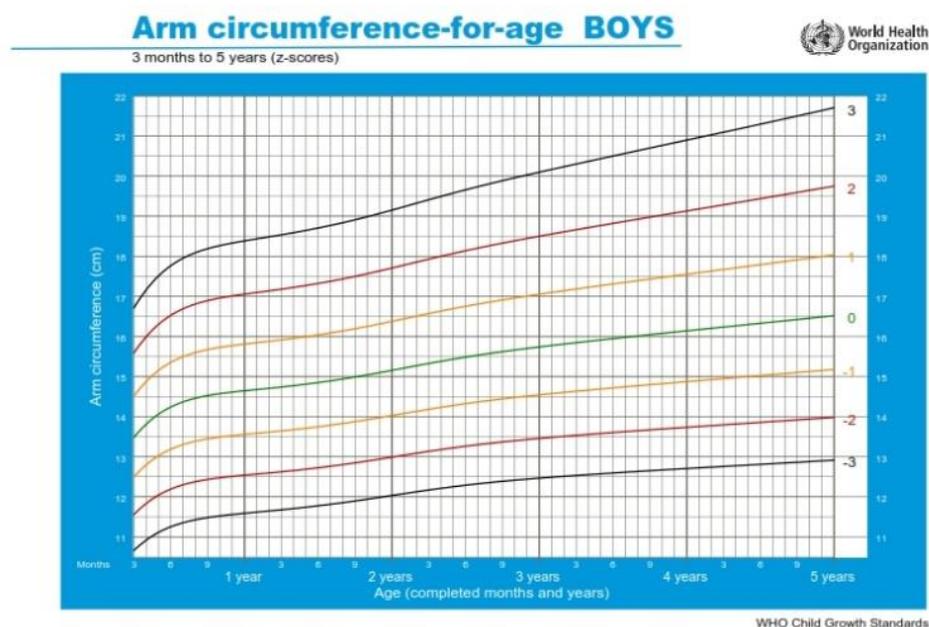


(Sumber: Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2015)

c. Lingkar Lengan dan Dada

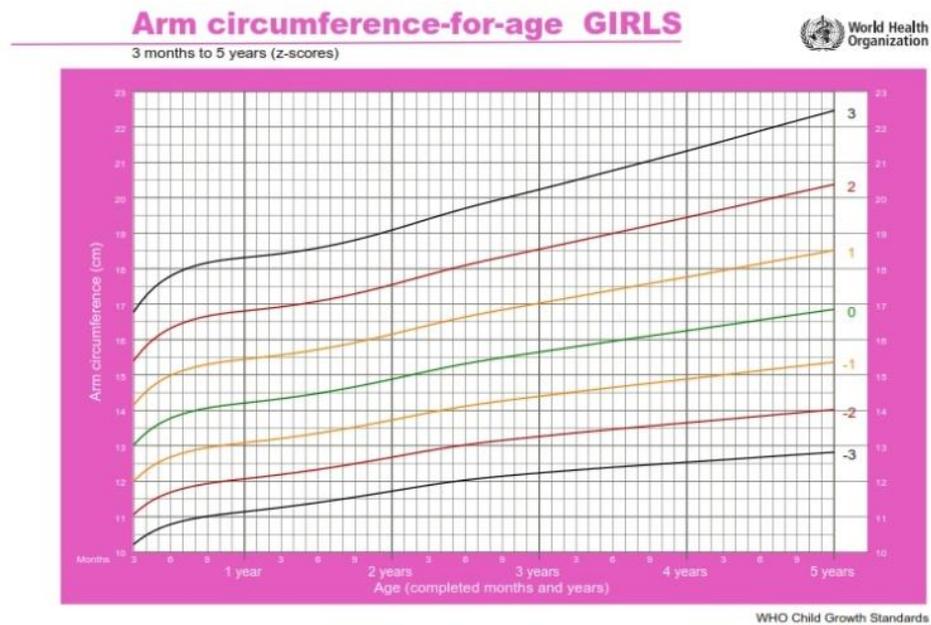
Sedangkan lingkar lengan dan lingkar dada digunakan bila dicurigai adanya gangguan pada anak. Lingkar dada terus meningkat ukurannya dan melebihi lingkar kepala selama masa *toddler*. Bentuknya juga berubah karena diameter transversal, atau lateral melebihi diameter antero-posterior. Setelah tahun kedua lingkar dada melebihi ukuran perut, yang selain untuk pertumbuhan ekstremitas bawah, memberi kesan anak menjadi lebih tinggi dan langsing (Wulandari & Erawati, 2016).

Gambar 2.4
Lingkar Lengan Atas Anak Laki-laki 3 Bulan – 5 Tahun



(Sumber: Ikatan Dokter Indonesia, 2015)

Gambar 2.5
Lingkar Lengan Atas Anak Perempuan 3 Bulan – 5 Tahun



(Sumber: Ikatan Dokter Indonesia, 2015)

2. Perkembangan

DDST merupakan metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak dan bukan merupakan tes diagnostik atau tes IQ. DDST dapat digunakan bagi anak usia 0-6 tahun. Menilai perkembangan anak dapat menggunakan DDST II (*Denver Development Screening Test II*). Menurut Wulandari dan Erawati (2016) aspek pengkajian mencakup : personal sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar.

2.2.1.10 Riwayat Imunisasi

Tabel 2.8
Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar

No	Usia	Imunisasi yang diberikan
1	0 Bulan	Hepatitis B 0
2	1 Bulan	BCG, Polio 1
3	2 Bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2
4	3 Bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3
5	4 Bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4
6	9 Bulan	Campak

(Sumber: Wulandari & Erawati, 2016)

Riwayat Imunisasi terutama campak, karena diare lebih sering terjadi atau berakibat berat badan pada anak dengan campak atau yang baru menderita campak dalam 4 minggu terakhir, sebagai akibat dari penurunan kekebalan pada klien (Ambarwati & Nasution, 2015).

2.2.1.11 Pemeriksaan fisik

1. Kesadaran

Table 2.9
Penilaian Skala Glaslow Pada Anak

Tanda	Skala Koma Gloslow	Skala Koma Gloslow Modifikasi Pada Anak	Nilai
Buka Mata	Spontan	Spontan	4
	Terhadap perintah	Terhadap suara	3
	Terhadap rangsangan nyeri	Terhadap rangsangan nyeri	2
	Tidak ada	Tidak ada	1
Respon Verbal	Terorientasi	Sesuai usia, terorientasi, ikuti objek, senyuman sosial	5
	Bingung	Menangis tetapi dapat dibujuk, rewel dan menangis keras	4
	Kata – kata yang tidak tepat	Tangisan tak berujuk, tak tanggap lingkungan, gelisah	3
	Suara tidak dimengerti	Agitasi	2
	Tidak ada	Tidak ada	1
Respon Motorik	Mengikuti perintah	Mengikuti perintah, gerakan spontan	6
	Melokalisir nyeri	Melokalisir nyeri	5
	Menghindari nyeri	Menghindari nyeri	4
	Fleksi abnormal terhadap nyeri	Fleksi abnormal terhadap nyeri	3
	Ekstensi abnormal terhadap nyeri	Ekstensi abnormal terhadap nyeri	2
	Tidak ada	Tidak ada	1
Nilai			15

(Sumber: Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2015)

2. Keadaan umum

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

(Wulandari & Erawati, 2016)

3. Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan tanda – tanda vital berupa nadi, pernapasan, dan suhu.

Tabel 2.10
Nadi Normal

Umur	Frekuensi
0 - 3 Bulan	85-200 x/menit
3 Bulan - 2 Tahun	100-190 x/menit
2 – 10 Tahun	60-140 x/menit

(Sumber: Loretta, 2012)

Tabel 2.11
Respirasi Normal

Umur	Frekuensi
Neonatus	30 – 60 x/menit
1 bulan – 1 Tahun	30 – 60 x/menit
1 – 2 ahun	25 – 50 x/menit
3 – 5 Tahun	20 – 30 x/menit
5 – 9 Tahun	15 – 30 x/menit
> 10 Tahun	15 – 30 x/menit

(Sumber: Ngastiyah, 2014)

Tabel 2.12
Suhu Normal

Umur	Suhu
Bayi	36,1 – 37,7° C
Anak	36,3 – 37,7° C
Dewasa	36,5 – 37,5° C

(Sumber: HonestDocs, 2019)

4. Kepala

Anak di bawah dua tahun yang mengalami dehidrasi, ubun-ubunnya biasanya cekung (Wulandari & Erawati, 2016).

5. Mata

Anak yang diare tanpa dehidrasi, bentuk kelopak mata normal. Bila dehidrasi ringan/sedang, kelopak mata cekung. Sedangkan dehidrasi berat, kelopak mata sangat cekung (Wulandari & Erawati, 2016).

6. Telinga

Pada bagian telinga dapat dinilai pada daun telinga, lubang telinga, mastoid, dan ketajaman pendengaran (Hidayat, 2009).

7. Hidung

Pemeriksaan kebersihan, sekresi, dan pernafasan cuping hidung (Hidayat, 2009).

8. Mulut dan Lidah

- Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi)
- Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan)
- Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)

(Wulandari & Erawati, 2016)

9. Leher

Inspeksi bentuk leher klien, kaji adanya nyeri tekan menelan, pergerakan leher, palpasi terhadap adanya nyeri, ada atau tidaknya pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening dan terhadap adanya masa/pembengkakan (Hidayat, 2009).

10. Dada

Amati kesimetrisan dada terhadap retraksi atau tarikan dinding dada kedalam, amati jenis pernapasan, amati gerakan pernapasan dan

lama inspirasi serta ekspirasi, lakukan perkusi diatas sela iga, bergerak secara simetris atau tidak dan lakukan auskultasi lapang paru, amati apakah ada nyeri disekitar dada (Hidayat, 2009).

11. Abdomen

Abdomen kemungkinan distensi, kram, bising usus meningkat. Bising usus anak dikatakan normal 10 – 30 detik sekali (Wulandari & Erawati, 2016).

12. Punggung dan Bokong

Kaji bentuk tulang belakang (scoliosis, lordosis atau kifosis), dan kaji keadaan bokong akan adanya memar (Hidayat, 2009).

13. Genetalia dan Anus

Kaji kebersihan sekitar anus dan genetalia, inspeksi ukuran penis, inspeksi adanya tanda-tanda pembengkakan, amati ukuran skrotum pada laki-laki, periksa anus terhadap tanda-tanda fisura, hemoroid dan polip. Pada anus dilihat adakah iritasi pada kulitnya (Wulandari & Erawati, 2016).

14. Ektremitas Atas dan Bawah

Untuk mengetahui elastisitas kulit. 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 (Wulandari & Erawati, 2016).

2.2.1.12 Pemeriksaan Psikologi

1. Data Psikologi Klien

Mengidentifikasi kondisi psikologis anak dalam menghadapi kondisi sakit (Panduan PKK STIKes Bhakti Kencana, 2018).

2. Data Psikologi Keluarga

Mengidentifikasi kondisi psikologis keluarga dalam menghadapi kondisi sakit anak (Panduan PKK STIKes Bhakti Kencana, 2018).

3. Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan saat sakit (Panduan PKK STIKes Bhakti Kencana, 2018).

4. Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah (Panduan PKK STIKes Bhakti Kencana, 2018).

5. Data Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana/darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah (Wulandari & Erawati, 2016). Hospitalisasi akan menjadi stressor bagi anak itu sendiri maupun keluarga, kecemasan meningkat jika orang tua tidak mengetahui prosedur dan pengobatan anak (Bararah & Jauhar, 2013).

Menurut Wulandari dan Erawati (2016) sebagian besar *stress* yang terjadi pada bayi usia pertengahan sampai anak periode pra sekolah khususnya anak yang berumur 6 – 30 bulan adalah cemas karena perpisahan. Balita belum berkomunikasi dengan menggunakan bahasa yang memadai dan memiliki pengertian yang terbatas terhadap realita. Respon perilaku anak akibat perpisahan di bagi menjadi 3 tahap, yaitu:

a. Tahap Protes (*Phase of Protest*)

Pada tahap ini dimanifestasikan dengan menagis kuat, menjerit dan memanggil ibunya atau menggunakan tingkah laku agresif seperti menendang, menggigit, memukul, mencubit dan mencoba membuat orang tuanya tetap tinggal dan menolak perhatian orang lain (Wulandari & Erawati, 2016).

b. Tahap Putus Asa (*Phase of Despair*)

Pada tahap ini, anak tampak tegang, tangisnya berkurang, tidak aktif, kurang berminta untuk bermain, tidak ada nafsu makan, menarik diri, tidak mau berkomunikasi, sedih, apatis dan regresi (misalnya : mengompol atau mengisap jari) (Wulandari & Erawati, 2016).

c. Tahap Menolak (*Phase of Denial*)

Pada tahap ini, secara samar-samar anak menerima perpisahan mulai tertarik dengan apa yang ada di sekitarnya dan membina hubungan dangkal dengan orang lain. Anak mulai

kelihatan gembira. Tahap ini biasanya terjadi setelah perpisahan yang lama dengan orang tua (Wulandari & Erawati, 2016).

2.2.1.13 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wulandari & Erawati (2016) terdiri atas:

1. Pemeriksaan Tinja
 - a. Makroskopis dan mikroskopis.
 - b. pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet *clinitest*, bila diduga terdapat intoleransi gula.
 - c. Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.
2. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah, dengan menggunakan pH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah menurut astrup (suatu pemeriksaan analisa gas darah yang dilakukan melalui darah arteri) bila memungkinkan.
3. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
4. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium, dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang).
5. Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jenis jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

2.2.1.14 Analisa Data

Analisa data merupakan kegiatan terakhir dari tahap pengkajian setelah dilakukan validasi data dengan mengidentifikasi pola atau masalah yang mengalami gangguan yang ada dimulai dari pengkajian pola fungsi kesehatan (Hidayat, 2009).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Hidayat, 2009). Menurut Nurarif & Kusuma (2015) diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada klien diare adalah:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar-kapiler.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering.
5. Resiko syok (hipovolemia) berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit.
6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

2.2.3 Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan

Langkah dalam tahap perencanaan ini dilaksanakan setelah menentukan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dengan menentukan rencana tindakan yang akan dilaksanakan dalam mengatasi masalah klien. Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan. Dan kriteria hasil merupakan standar evaluasi yang merupakan gambaran tentang factor-faktor yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai (Hidayat, 2009).

Intervensi menurut Nurarif & Kusuma (2015) dan rasional menurut Doenges (2018) adalah sebagai berikut:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar-kapiler.

Tabel 2.13
Intervensi dan Rasional Diagnosa 1

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x Jam diharapkan masalah gangguan pertukaran gas klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :	1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	1) Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernapasan
1) Mendemonstrasikan peningkatan dan oksigenisasi yang adekuat	2) Lakukan fisioterapi dada jika perlu	2) Mengeluarkan sekret pada jalan napas
2) Memelihara paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernapasan	3) Keluarkan sekret dengan batuk atau suction	3) Membersihkan jalan napas dan memfasilitasi penghantaran oksigen
3) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu	4) Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan	4) Perubahan bunyi napas menunjukkan obstruksi sekunder
	5) Monitor rata-rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi	5) Mengetahui status pernapasan
	6) Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostals	6) Indikasi dasar adanya saluran pernapasan

-
- bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
- 4) Tanda-tanda vital dalam rentang normal
-

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Tabel 2.14
Intervensi dan Rasional Diagnosa 2

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x ... Jam diharapkan masalah kekurangan volume cairan klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :	1) Observasi tanda-tanda vital	1) Untuk mengetahui keadaan tubuh secara dini
1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB	2) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat	1) Hipotensi (termasuk postural), takhikardia, demam dapat menunjukkan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan
2) Tekanan darah, nadi, dan suhu tubuh dalam batas normal	3) Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, turgor kulit), jika diperlukan, monitor vital sign	2) Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan
3) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan	4) Berikan Cairan IV kristaloid atau koloid sesuai kebutuhan	3) Untuk mengetahui keadaan dehidrasi
	5) Pelihara IV line	4) Untuk mengganti cairan yang hilang dan mempertahankan volume sirkulasi serta tekanan osmotik
	6) Dorong masukan oral	5) Untuk merawat pemberian cairan infus dan tetesan infus
	7) Berikan penggantian nasogatrik sesuai output	6) Mengetahui pemasukan nutrisi pada pasien
	8) Kaji Berat badan	7) Memenuhi status cairan dan nutrisi pasien dapat meningkatkan proses penyembuhan
		8) Indikator cairan dan status nutrisi

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan.

Tabel 2.15
Intervensi dan Rasional Diagnosa 3

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan klien dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan 6) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	1) Kaji adanya alergi makanan	1) Mengetahui faktor penyebab ketidakseimbangan nutrisi
	2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien	2) Memperbaiki status nutrisi klien
	3) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi	3) Memungkinkan saluran usus untuk mematkan kembali proses pencernaan, protein perlu untuk menyembuhkan integrits jaringan.
	4) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	4) Mengetahui pemasukan dan pengeluaran nutrisi klien
	5) Berikan suplemen elektrolit sesuai kebutuhan atau yang sudah diresepkan	5) Disaat diare elektrolit tubuh banyak terbuang, sehingga membutuhkan asupan dari luar.
	6) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	6) Mengetahui pentingnya nutrisi bagi proses penyembuhan
	7) Kaji kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	7) Mengetahui keinginan klien terhadap nutrisi
	8) Berat badan klien dalam batas normal	8) Memberikan rasa control
	9) Monitor adanya penurunan BB	9) Mengetahui perubahan BB
	10) Monitor jumlah dan tipe aktivitas yang bisa dilakukan	10) Melibatkan klien dalam pemilihan menu
	11) Monitor turgor kulit	11) Mengetahui pemenuhan nutrisi
	12) Monitor mual dan muntah	12) Mengetahui jumlah nutrisi yang masuk dan keluar
	13) Monitor pucat, kemerahan, kekeringan jaringan konjungtiva	13) Mengetahui kekurangan kebutuhan nutrisi klien
	14) Monitor kalori dan intake nutrisi	14) Mengetahui status nutrisi klien

4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering.

Tabel 2.16
Intervensi dan Rasional Diagnosa 4

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x... jam diharapkan masalah kerusakkn integritas kulit klien dapat teratasi dengan kriteria hasil:l	1) Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2) Hindari kerutan pada tempat tidur 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4) Mobilisasi klien (ubah posisi klien) setiap dua jam sekali	1) Mencegah iritasi dan tekanan dari baju 2) Kerutan di tempat di tempat tidur dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit 3) Area yang lembab dan terkontaminasi merupakan media untuk pertumbuhan organisme patogenik 4) Meningkatkan sirkulasi dan perfusi kulit dengan mencegah tekanan lama pada jaringan
1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)	5) Monitor kulit akan adanya kemerahan	5) Area ini meningkat risikonya untuk kerusakan dan memerlukan pengobatan lebih intensif.
2) Tidak ada luka/lesi pada kulit	6) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan	6) Agar kerusakan tidak meluas
3) Perfusi jaringan baik	7) Memandikan klien dengan sabun dan air hangat	7) Agar klien merasa nyaman
4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang		
5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami		

5. Resiko syok (hipovolemia) berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit.

Tabel 2.17
Intervensi dan Rasional Diagnosa 5

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan masalah resiko syok hipovolemia klien dapat teratasi dengan Kriteria hasil :	1) Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer dan capilari refil	1) Mengetahui aliran darah yang mengalir pada tubuh
1) Nadi dalam batas yang diharapkan	2) Monitor suhu dan pernafasan	2) Hipotensi (termasuk postural), takhikardia, demam dapat menunjukkan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan
2) Irama jantung dalam batas yang diharapkan	3) Monitor input dan output	3) Mengetahui pemasukan dan pengeluaran
3) Frekuensi nafas jantung dalam batas yang diharapkan	4) Monitor tanda awal syok	4) Untuk mencegah dan mengantisipasi komplikasi
4) Natrium serum dalam batas normal	5) Monitor inadekuat oksigenasi jaringan	5) Mengatahui kelancaran sirkulasi
5) Kalium serum dalam batas normal	6) Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas	6) Untuk menghindari syok
6) Klorida serum dalam batas normal	7) Monitor tekanan nadi	7) Hipotensi (termasuk postural), takhikardia, demam dapat menunjukkan respon terhadap dan /atau efek kehilangan cairan
7) Kalsium serum dalam batas normal	8) Monitor status cairan, input output	8) Mengetahui kebutuhan status cairan
8) PH darah serum dalam batas normal	9) Monitor fungsi neurologis	9) Mengetahui keadaan neurologis
9) Mata cekung tidak ditemukan	10) Monitor fungsi renal	10) Mengetahui fungsi renal
10) Demam tidak ditemukan	11) Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO ₂ peningkatan PaO ₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan)	11) Untuk mencegah komplikasi
11) TD dalam batas normal		
12) Ht dalam batas normal		

6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

Tabel 2.18
Intervensi dan Rasional Diagnosa 6

Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan suhan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan masalah ansietas klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gunakan pendekatan yang menenangkan 2) Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 3) Pahami prespektif klien terhadap situasi stres 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk menciptakan hubungan saling percaya 2) Dapat mengurangi rasa cemas 3) Pahami perasaan klien sehingga klien dapat terbuka dan dapat mendiskusikan
1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas	<ol style="list-style-type: none"> 4) Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, prognosis 5) Dorong keluarga untuk menemani anak 	<ol style="list-style-type: none"> 4) Dapat mengurangi rasa cemas klien akan penyakitnya 5) Dukungan keluarga dapat memperkuat mekanisme koping klien sehingga tingkat ansietasnya berkurang
2) Mengidentifikasi , mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas	<ol style="list-style-type: none"> 6) Dengarkan dengan penuh perhatian 	<ol style="list-style-type: none"> 6) Klien dapat mengungkapkan penyebab kecemasannya sehingga perawat dapat menentukan tingkat kecemasan klien dan menentukan intervensi untuk klien selanjutnya
3) Vital sign dalam batas normal		
4) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	<ol style="list-style-type: none"> 7) Identifikasi tingkat kecemasan 	<ol style="list-style-type: none"> 7) Mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan klien

2.2.4 Implementasi

Implementasi langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan (Hidayat, 2009).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencanan keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi formatif menyatakan evaluasi yang dilakukan

pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status klien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan (Hidayat, 2009).

1. Tujuan Tercapai

Tujuan ini dikatakan tercapai apabila klien telah menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan (Hidayat, 2009).

2. Tujuan Tercapai Sebagian

Tujuan ini dikatakan tercapai sebagian apabila tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sehingga masih perlu dicari berbagai masalah atau penyebabnya (Hidayat, 2009).

3. Tujuan Tidak Tercapai

Dikatakan tidak tercapai apabila tidak menunjukkan adanya perubahan ke arah kemajuan sebagaimana kriteria yang diharapkan (Hidayat, 2009).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP atau SOAPIE atau SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat, yang dimaksud SOAPIER yaitu : Subjektif Data, Objektif Data, Analisa atau *Assesment, Planing, Implementasi, Evaluasi, Re-Asseement*

1. Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

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

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

4. *Planning*

Perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan 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. *Reassessment*

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

2.2.6 Masalah Keperawatan Kekurangan Volume Cairan

Kekurangan volume cairan adalah penurunan cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseluler. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan kadar natrium (Nurarif & Kusuma, 2015). Bahaya besar bagi anak-anak diare adalah dehidrasi, atau kehilangan cairan terlalu banyak cairan dari tubuh. Hal ini akan bertambah bahaya jika disertai muntah-muntah (Setiyaningrum, 2017).

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia cairan merupakan komponen yang penting karena status hidrasi yang cukup bermanfaat untuk pertumbuhan dan perkembangan. Kebutuhan cairan berbeda berdasarkan usia, jenis kelamin, massa otot, dan lemak tubuh. Diperkirakan, bayi usia 0 – 6 bulan memerlukan cairan 700 mL/hari, bayi 7 – 12 bulan memerlukan cairan 800 mL/hari, anak 1 – 3 tahun memerlukan 1300 mL/hari; anak 4 – 8 tahun memerlukan 1700 mL/hari, anak 9 – 13 tahun memerlukan 2400 mL/hari pada laki – laki dan 2100 mL/hari pada perempuan, anak 14 – 18 tahun memerlukan 3300 mL/hari (laki – laki) dan 2300 mL/hari untuk perempuan (Yolanda, Natharina, 2016).

Tabel 2.19
Kebutuhan Cairan Pada Anak

Berat Badan	Kebutuhan Air/Hari
1 - 10 kg	100 ml/kgBB
11 - 20kg	1000 ml + 50 ml /kgBB di atas BB 10 kg
>20 kg	1500 ml + 20 ml /kg di atas BB 20 kg

(Sumber: Dewi, 2018)

Gangguan volume cairan dan elektrolit merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia fisiologis yang harus dipenuhi, apabila penderita telah banyak mengalami kehilangan air dan elektrolit, maka terjadilah gejala dehidrasi. Terutama diare pada anak perlu mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat sehingga tidak mempengaruhi tumbuh kembang anak (Sodikin, 2011).

Salah satu intervensi yang dianjurkan oleh WHO (*World Health Organization*) adalah rehidrasi intravena cepat, menggunakan cairan volume 70 – 100 ml/kg lebih dari 3 – 6 jam dengan larutan isotonik misalnya natrium klorida, ringer laktat, atau ringer asetat (Iro, Sell, Brown, & Maitland, 2018).

Tabel 2.20
Pemberian Infus Rehidrasi

Umur	Jumlah pemberian, 30 ml/kgBB, selama	Pemberian berikutnya, 70 ml/kgBB, selama
Bayi (< 12 bulan)	1 jam pertama	5 jam berikutnya
Anak (12 bulan- 5 tahun)	30 menit pertama	2,5 jam berikutnya