

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diare

1. Definisi

Diare berasal dari bahasa Yunani yaitu *diarheo* (melalui aliran) yang secara harfiah berarti mengalir melalui. Diare merupakan suatu kondisi dimana individu mengalami buang air besar dengan frekuensi sebanyak 3 atau lebih perhari dengan konsistensi tinja dalam bentuk cair. Penyakit diare disebabkan oleh berbagai bakteri, virus, dan parasit. Infeksi dapat menyebar melalui makanan ataupun air minum yang terkontaminasi selain itu juga dapat dari orang ke orang sebagai akibat buruknya kebersihan diri (*personal hygiene*) dan lingkungan (sanitasi).

Diare adalah penyakit yang sering menyerang bayi dan balita. Mereka rentan terkena diare karena proses pencernaannya belum berkembang secara optimal. Diare adalah penyakit gangguan pencernaan dengan perubahan pola buang air besar, seperti buang air besar lebih sering dan bentuknya cair. (Budi & Dwi, 2010)

2. Etiologi

a. Faktor eksternal

Eksternal yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak, infeksi parenteral meliputi (Ariani, 2016):

1) Penyebab Virus

Virus yang biasa terjadi pada system gastroenteritis pada bayi adalah *rotavirus*, *kalivirus*, *adenovirus enteric*, dan *astrovirus*. Rotavirus yang merupakan penyebab diare yang paling sering, rotavirus menginvasi epitel usus kecil bagian atas pada kasus yang berat dapat meluas ke seluruh usus kecil dan kolon, menyebabkan kerusakan villosa, defisiensi disakarida, dan peradangan lamina propria. Diare yang disebabkan oleh rotavirus menyebabkan muntah yang berlangsung selama 3-4 hari dan diare yang berlangsung selama 7-19 hari, lalu menyebabkan dehidrasi pada pasien.

2) Penyebab Bakteri

a) E.Coli

Esheria coli merupakan penyebab diare infeksi pada bayi. Berdasarkan antigen O maka *Esheria coli* dibagi menjadi beberapa

golongan (*sero grup*) dan berdasarkan antigen H dibagi menjadi serotip (*serotype*).

b) *Shigella*

Shigella adalah satu prototype dari organisme penyebab diare invasif yang menimbulkan tinja berdarah dan berlendir. Toksin *shigella* mempunyai khasiat yaitu nefrotoksik, sitotoksik (merangsang sekresi usus). Sintesa protein merupakan hal yang penting dalam kejadian kematian sel dan timbulnya lesi fokal yang destruktif dari usus.

c) *Campylobacter jejuni*

Campylobacter jejuni adalah penyebab umum diare pada beberapa binatang (seperti: ayam, kambing). Manusi mendapat infeksi melalui kontak langsung dengan binatang atau tinja dari makanan atau air yang terkontaminasi dan kadang-kadang melalui orang ke orang. Tanda dan gejala yang ditimbulkan dari *campylobacter jejuni* demam, dan rasa sakit diperut, diare kemungkinan cair, tetapi pada sepertiga kasus tinja disertai dengan adanya darah dan lender setelah satu atau dua hari dan biasanya mengandung polimorfonuklear sel darah putih.

b. Faktor malabsorpsi

Malabsorpsi karbohidrat (intoleransi laktosa) pada intoleransi laktosa terjadi defisiensi enzim lactase dalam *brush border* usus halus. Sehingga proses pemecahan laktosa menjadi glukosa terganggu dan akibatnya terjadi gangguan penyerapan makanan atau zat sehingga menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat dan akan mengakibatkan tekanan osmotik dalam rongga usus sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkan sehingga timbul diare yang menyebabkan malabsorpsi protein, gangguan pancreas (enzim pencernaan terganggu dan kelainan mukosa usus pada pemeriksaan Malabsorpsi asam empedu

Asam empedu yang tidak yang tidak diabsorpsi.

1) Faktor makanan dan minuman yang dikonsumsi

Makanan basi, keracunan, alergi terhadap makanan, kontak antara sumber dan host dapat terjadi melalui air, terutama air minum yang tidak

dimasak dapat juga mandi dan juga berkumur. Kontak kuman pada kotoran dapat ditularkan kepada orang lain apabila melekat pada tangan dan kemudian di masukan ke dalam mulut dipakai untuk memegang makanan. Kontaminasi alat makan dan dapur. Bakteri yang terdapat pada saluran pencernaan adalah etamoeba colli, salmonella, shigella, virus yaitu: eterovirus, rotavirus, serta parasite yaitu: cacing (ascaris, trichuris) dan jamur (candila albika)(Ariani, 2016).

2) Faktor terhadap laktosa (susu kaleng)

Tidak memberi ASI secara penuh selama 6 bulan pertama kehidupan, pada bayi yang tidak diberi ASI risiko untuk menderita diare lebih besar dari pada bayi yang diberi ASI penuh dan kemungkinan menderita dehidrasi berat juga lebih besar. Menggunakan borol susu akan memudahkan pencemaran oleh kuman sehingga menyebabkan diare. Dalam ASI mengandung antibody yang dapat melindungi anak terhadap berbagai penyebab diare seperti shigella dan *v. Cholera* (Ariani, 2016).

3. Faktor resiko diare

(Rini, 2017) Penelitiannya meyimpulkan bahwa anak yang pernah mengalami diare memiliki perilaku yang kurang baik dalam hygiene antarlain kebersihan makanan yang dimakan dan peralatan memasak dan dapur, kurangnya kebersihan makanan dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan masyarakat tentang hygiene makanan yang baik, anak-anak usia dibawah 5 tahun sangatlah rentan terkena penyakit karena banyaknya faktor penyebab dan resiko yang berkontribusi terhadap kejadian diare pada anak, terutama pada balita dimana daya tahan tubuhnya masih rentan untuk terkena penyakit infeksi seperti diare salah satunya adalah kebersihan makanan yang dikonsumsi kurang higienis (Nuzul, 2015) menyimpulkan dalam penelitiannya ada dua faktor yang dominan yang mempengaruhi terjadinya diare yaitu saran air bersih dan pembuangan tinja, kedua faktor ini akan berinteraksi bersamaan dengan perilaku manusia apabila faktor lingkungan tidak sehat karena tercemar kuman diare serta berkumulasi dengan perilaku manusia yang tidak sehat pula yaitu melalui makan dan minuman maka dapat menimbulkan kejadian penyakit diare. Adapun tingkat pengetahuan keluarga untuk melindungi dan mencegah balitanya dari penularan diare pengetahuan yang rendah ini menyebabkan masyarakat mempunyai paandangan tersendiri dan berbeda terhadap penyakit diare, pencegahan dan tindakan bila anak mengalami diare. Personal higiene atau

kebersihan diri adalah upaya dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis, kebiasaan tidak mencuci tangan dengan sabun sesudah buang air besar merupakan kebiasaan yang dapat membahayakan balita terutama ketika balita hendak makan.

4. Patofisiologi

Gastroenteritis akut (Diare) adalah masuknya Virus (*Rotavirus, Adenovirus enteritis*), bakteri atau toksin (*Salmonella, E. coli*), dan parasit (*Biardia, Lambia*). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel, memproduksi enterotoksin atau cytotoksin. Penyebab dimana merusak sel-sel, atau melekat pada dinding usus pada gastroenteritis akut. Penularan gastroenteritis bisa melalui fekal oral dari satu klien ke klien lainnya. Beberapa kasus ditemui penyebaran patogen dikarenakan makanan dan minuman yang terkontaminasi.

Erawati (2016) mengemukakan Peradangan pada gastrointestinal disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin dan atau memproduksi sitotoksin. Mekanisme ini menghasilkan sekresi cairan dan atau menurunkan absorpsi cairan sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit. Mekanisme dasar yang menyebabkan diare, meliputi hal-hal berikut :

- a. Gangguan osmotik, kondisi ini berhubungan dengan asupan makanan atau zat yang sukar diserap oleh mukosa intestinal dan akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus mengeluarkannya sehingga timbul diare.
- b. Gangguan sekresi, akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit oleh dinding usus ke dalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
- c. Gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik (kram abdominal/perut sakit dan mules) akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare, sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan akan menimbulkan diare.

Diare juga dapat terjadi akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung. Organisme masuk pada mukosa epitel, berkembang biak pada usus dan menempel pada mukosa usus serta

melepaskan enterotoksin yang dapat menstimulasi cairan dan elektrolit keluar dari sel mukosa. Infeksi virus ini menyebabkan destruksi pada mukosa sel dari vili usus halus yang dapat menyebabkan penurunan kapasitas absorpsi cairan dan elektrolit. Interaksi antara toksin dan epitel, usus menstimulasi enzim Adenilsiklase dalam membrane sel dan mengubah *cyclic* AMP yang menyebabkan peningkatan sekresi air dan elektrolit disebut dengan proses diare sekretorik. Pada proses invasi dan pengrusakan mukosa usus, organisme menyerang *enterocytes* (sel dalam epitelium) sehingga menyebabkan peradangan (timbul mual muntah) dan kerusakan pada mukosa usus. Pada pemeriksaan histologi, bakteri dapat menyebabkan ulserasi superfisial pada usus dan dapat berkembang biak di sel epitel. Sedangkan bila bakteri menembus dinding usus melalui plague peyeri di ileum maka akan diikuti dengan multiplikasi organisme intraselular dan organisme mencapai sirkulasi (Erawati, 2016).

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotik (makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare). Selain itu menimbulkan gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian terjadi diare. Gangguan motilitas usus yang mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik. Akibat dari diare itu sendiri adalah kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan asam basa (asidosis metabolik dan hypokalemia), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia dan gangguan sirkulasi.(Meira 2016).

Sebagai akibat diare baik akut maupun kronis akan menjadikan kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan terjadinya gangguan keseimbangan asam-basa (asidosis metabolik, hypokalemia dan sebagainya) lalu gangguan gizi sebagai akibat kelaparan (masukan makanan kurang, pengeluaran bertambah),hipoglikemia dan gangguan sirkulasi darah.

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dari *gastroenteritis* adalah sebagai berikut :

Bayi atau anak menjadi cengeng dan gelisah,suhu badan meningkat,nafsu makan berkurang atau tidak ada.Sering buang air besar dengan konsistensi feses makin cair,mungkin mengandung darah dan atau lendir,dan warna feses berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur empedu, keadaan anus dan area sekitarnya

sekitarnya lecet karena seringnya defekasi sementara tinja menjadi lebih asam akibatnya banyaknya asam laktat yang menyebabkan muntah sebelum dan sesudah diare yang ditandai dan di gejalai dengan dehidrasi, berat badan turun, ubun-ubun besar cekung pada bayi, tonus otot dan turgor kulit berkurang dan selaput lendir pada mulut dan bibir, terlihat kering.

Gejala klinis menyesuaikan dengan derajat atau banyaknya kehilangan cairan. Berdasarkan kehilangan berat badan, dehidrasi terbagi menjadi empat kategori yaitu tidak ada dehidrasi (bila terjadi penurunan berat badan 2,5%), dehidrasi ringan (bila terjadi penurunan berat badan 2,5- 5%), dehidrasi sedang (bila terjadi penurunan berat badan 5-10%), dan dehidrasi berat (bila terjadi penurunan berat badan 10%). Adanya gejala/tanda kearah disenteri dengan menanyakan apakah anak mengalami diare mengalami diare dibarengi dengan adanya darah. Yang berlangsung lebih dari 7-14 hari dan ditandai dengan gejala yang mengarah arah malnutrisi (maramus dan kwasiokor) (Anisa, Khodijah, Ikawati, & Rizki, 2017).

Mula- mula bayi dan anak menjadi cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Tinja cairan dan kemungkinan disertai lender atau darah. Warna tinja makin lama berubah menjadi kehijau- hijauan karena tercampur dengan empedu. Anus dan daerah dan sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi usus selama diare. Gejala munta dapat terjadi sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan oleh lambung yang turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam- basa dan elektrolit, maka gejala dehidrasi makin tampak. Berat badan menurun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun- ubun membesar menjadi cekung, selaput lender bibir dan mulut tampak kering (Ariani, 2016).

Tabel 2.1 tanda-tanda dehidrasi

Tanda Dehidrasi Ringan –Sedang	Tanda Dehidrasi Berat
Anak menjadi rewel	Anak tampak lemas, letargik, dan kesadaran mengalami penurunan
Kelompok mata akan terlihat cekung	Tampak kelopak mata sangat cekung dan mata kering
Saat menangis anak akan sedikit bahkan tidak anak mengeluarkan air mata	Saat menangis tidak mengeluarkan air mata
Mulut dan lidah kering	Mulut, lidah, dan bibir sangat kering

Anak merasa kehausan di tandai dengan anak akan rakus untuk minum	Anak akan malas/ tidak mau minum karena lemas
Saat dilakukan pengkajian turgor kulit ditemukan kembalinya turgor kulit lambat	Kembalinya turgor kulit sangat lambat dimana kembalinya >2 detik

6. Penatalaksanaan

(anggraini, 2010) Prinsip penatalaksanaan diare antara lain dengan fehidras nutrisi dan zat besi:

a. Rehidrasi

Penatalaksanaan diare pertama adalah penggantian cairan dan elektrolit apapun penyebab yang mendasari pengantian cairan yang didasarkan pada jumlah cairan yang hilang selama diare pada tatalaksanaan diare akan ditetapkan juga tingkat dehidrasi untuk menentukan jumlah cairan yang akan diberikan.

b. Nutrisi

Makanan pada saat anak diare tidak boleh diberhentikan selama diare, bahkan seharusnya harus ditingkatkan deng tujuan untuk menghindari dampak negatif diare terhadap status gizi anak untuk mendapatkan hasil yang maksimal selama pemberian makan pada balita, maka syarat pemberian makanan harus dipenuhi yaitu setelah rehidrasi 24jam pertama segera memberikan makanan secara oral, pemberian makanan dimulai dengan makanan yang mudah dicerna dan porsi kecil tetapi sering serta hindari makanan yang merangsang seperti asin dan pedas. Pada balita yang masih mengkonsumsi ASI harus diteruskan khususnya balita yang mengalami diare karena malabrobsi harus dihindari makanan makanan penyebab alergi.

c. Pemberian *zinc*

Zinc merupakan micronutrien penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, zinc akan hilang dalam jumlah besar selama diare. Menggantikan zinc yang hilang penting untuk membantu anak cepat sembuh dan sehat dibulan berikutnya. Suplemen zinc yang diberikan selama diare Kn mengurangi durasi dan tingkat keparahan dari diare dan menurunkan kejadian diare dalam 2-3 bulan berikutnya.

7. Komplikasi

Akibat kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak dapat terjadi berbagai macam komplikasi seperti (Marmi dan Rahardjo, 2012; Ariani, 2016) :

a. Dehidrasi (ringan, sedang, berat).

Diare berat yang disertai *neusea* dan muntah sehingga asupan oral berkurang dapat menyebabkan dehidrasi, terutama pada anak dan lanjut usia. Dehidrasi bermanifestasi sebagai rasa haus yang meningkat, berkurangnya jumlah buang air kecil dengan warna urine gelap, dan tidak mampu berkeringat. Rasa haus dan pengeluaran urine yang sedikit saat tubuh kekurangan cairan bertujuan untuk mengatur osmolaritas cairan ekstraseluler.

b. Syok hipovolemik

Hipovolemik adalah keadaan berkurangnya volume darah yang bersirkulasi dalam tubuh. Keadaan ini darurat dimana jumlah darah dan cairan yang hilang membuat jantung tidak mampu memompa darah dalam jumlah yang cukup. Kehilangan cairan pada syok hipovolemik bisa disebabkan oleh terbakar, diare, muntah-muntah, dan kekurangan asupan makanan.

c. Feses berdarah

Selain protozoa, feses berdarah juga disebabkan oleh bakteri genus *Shigella*. Empat spesies *Shigella* adalah *S.disenteriae*, *S.bodii*, *S.fleknerii*, dan *S.sonnei* menyebabkan disentri yaitu tinja cair yang mengandung darah. Bakteri ini mendiami kolon dengan cara menginvasi lalu bereplikasi di dalamnya.

d. Demam

e. Hipokalemia (dengan gejala ,eterorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardia perubahan pada elektrokardiogram).

f. Hipoglikemia

g. Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktosa karena kerusakan vili mukosa usus halus.

h. Kejang, terutama pada dehidrasi hipotonik.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep asuhan keperawatan keluarga dengan anak diare devisit volume cairan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus menerus dengan menggunakan alat pengkajian. Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya, 2009).

Pengkajian keperawatan dalam keluarga memiliki dua tahapan. Pengkajian tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga. Pengkajian tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Namun dalam pelaksanaannya, kedua tahapan ini dilakukan secara bersamaan. Berikut ini penjelasan mengenai masing-masing tahap pengkajian.

Variabel data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup:

- a. Data umum atau identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.
- b. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga terdiri dari nama, hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, dan penggunaan alat bantu atau protesa serta status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit atau alergi.
- c. Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan (saat ini sedang sakit) meliputi nama individu yang sakit, diagnosis medis, rujukan dokter atau rumah sakit, keadaan umum, sirkulasi, cairan, perkemihan, pernafasan, muskuloskeletal, neuron sensorik, keadaan turgor kulit, istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri sehari-hari, dan data penunjang medis individu yang sakit (lab, radiologi, EKG, USG),
- d. Fokus pengkajian diare dan dehidrasi dengan fokus pengkajian berupa tekan dalam batasan normal , menjaga keseimbangan intake input dan output dalam 24 jam pertama, turgor kulit, kelembaban membran mukosa, bola mata tidak cekung, tidak ada tanda-tanda dehidrasi dan tidak terjadi kram otot. (SURIADI & RITA, 2010)

- e. Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah dan lain-lain,
- f. Struktur keluarga ; struktur keluarga mencakup struktur peran, nilai, komunikasi, kekuatan. Komponen struktur keluarga ini akan menjawab pertanyaan tentang siapa anggota kkeluarga, bagaimana hubungan diantara anggota keluarga.
- g. Riwayat dan perkembangan keluarga. Variable perkembangan keluarga ini akan menjawab tahap perkembangan keluarga, tugas perkembangan keluarga.
- h. Fungsi keluarga. Fungsi keluarga terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif. Aspek instrumental fungsi keluarga adalah aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, tidur, pemeliharaan kesehatan. Aspek aspresif fungsi keluarga adalah fungsi emosi, komunikasi, pemecahan masalah, keyakinan dan lain-lain. Pengkajian variable fungsi keluarga mencakup kemampuan keluarga dalam melakukan tugas kesehatan keluarga, meliputi kemampuan mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan mengenai tindakan keperawatan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memelihara lingkungan rumah yang sehat dan menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan di masyarakat.

2. Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah suatu keputusan tentang respon keluarga yang dimana miliki ketentangan suatu masalah kesehatan actual ataupun potensial, sebagai dasar seleksi dari intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan dari perawatan (Harnilawati, 2013)

Diagnosa keperawatan sudah ditetapkan berdasarkan hasil pengkajian. Dalam lingkup asuhan keperawatan individu, metode pengkajian dillakukan baik melalui anamnesis, pemeriksaan, observasi pada respon klien, dan hasil pemeriksaan penunjang. Pada pengkajian keluarga yang dilakukan melalui wawancara terhadap anggota keluarga, pemeriksaan dan dengan observasi lingkungan sekitar rumah. Pengkajian komunitas dilakukan melalui survey, wawancara, diskusi kelompok terfokus, observasi lingkungan sekitar komunitas, dan studi dokumen. Data dari hasil pengkajian di telaah melalui proses analisis dan sistensis sebagai dasar mengindentifikasi diagnosa keperawatan. Diagnosis keperawatan merupakan suatu pertimbangan klinis atau rasional dari perawat yang dimana berfokus pada respon

manusia terhadap suatu kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan terhadap suatu respon dari individu, keluarga, kelompok, ataupun komunitas.

Diagnosa keperawatan adalah suatu keputusan dimana pada klinis mengenai individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu adanya proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya. Didalam diagnosa keperawatan juga menganalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahapan perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, dan coping keluarga yang bersifat baik dari aktual maupun resiko dan sejahtera dimana perawat memiliki sebuah kewenangan dan bertanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya pada keluarga tersebut. (Riasamini, 2017)

Riasamini, (2017) dan Ridha, (2017) memaparkan diagnosa keperawatan yang bisa terjadi pada diare adalah diare, defisit volume cairan, resiko kerusakan integritas kulit, ansietas, ketidak seimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh.

3. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan klien yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnosis keperawatan. Perencanaan disusun dengan penekanan pada partisipasi klien, keluarga dan koordinasi dengan tim kesehatan lain. Perencanaan mencakup penentuan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan. Tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

a. Menetapkan Prioritas Masalah

Menetapkan prioritas masalah/diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari Maglaya (2009).

Tabel 2.2. Skoring Pengkajian

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah		
	Skala ;Wellness	3	
	Aktual	3	
	Resiko	2	1
	Potensial	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		

skala ; mudah	2	
Sebagian	1	2
Tidak dapat	0	
3. Potensi masalah untuk dicegah		
Skala ; Tinggi	3	
Cukup	2	1
4. Rendah	1	
Menonjolnya masalah		
Skala; Segera	2	
Tidak perlu	1	1
Tidak dirasakan	0	

Cara skoring

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot.
3. Jumlahkan skor untuk semua kriteria

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

4. Intervensi

Tabel 2.3. Intervensi

Diagnosa keperawatan	Status kesehatan	Mengenal masalah	Intervensi
Kode	Diagnosa	Kode	Hasil
00013	Diare	1608 0601	Keluarga mampu mengenal masalah tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku sehat : 1. Kontrol gejala diare 2. Keseimbangan cairan
		0602	Keluarga mampu memutuskan untuk merawat meningkatkan atau memperbaiki kesehatan : 1. Hidrasi
		1621	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : 1. Perilaku patuh : diet yang sehat
		1623	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan : 1. Perilaku patuh : pengobatan yang disarankan
		1808 1802	Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk memperbaiki kesehatan : 1. Pengetahuan : pengobatan 2. Pengetahuan : diet

yang disarankan

00027	Kekurangan Volume Cairan	0602 0601	Keluarga mampu mengenal masalah tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku sehat : 1. Dehidrasi 2. Keseimbangan cairan	4120 0460	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Keluarga mampu mengenal masalah tentang : 1. Manajemen cairan 2. Manajemen diare
		2107	Keluarga mampu memutuskan untuk merawat meningkatkan atau memperbaiki kesehatan : 1. Keperahan mual muntah	2380	Keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga: 1. Manajemen pengobatan
		1015	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : 1. Fungsi gastrioneltal	1260	Keluarga mampu memodikasi lingkungan : 1. Manajemen berat badan
		0802	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan : 1. Monitor tanda- tanda vital	6540	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan : 1. Kontrol infeksi
Diagnosa keperawatan	Status kesehatan	Hasil	Mengenal masalah	Intervensi	
Kode	Diagnosa	Kode	Kode	Kode	
		1014	Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk memperbaiki kesehatan : 1. Nafsu makan	1100 1050	Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk memperbaiki kesehatan : 1. Manajemen nutrisi 2. Pemberian makan
00047	Resiko Kerusakan Integritas Kulit	1101	Keluarga mampu mengenal masalah tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku sehat : 1. Integritas jaringan : kulit dan membram mukosa	4120	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Keluarga mampu mengenal masalah tentang : 1. Manajemen cairan atau elektrolit
		1006 0603	Keluarga mampu memutuskan untuk merawat meningkatkan atau memperbaiki kesehatan : 1. Berat badan : massa tubuh 2. Keperahan cairan yang berlebihan		Keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga: 1.
		0601	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : 1. Keseimbangan cairan	1100	Keluarga mampu memodikasi lingkungan : 1. Manajemen nutrisi
		2301	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan : 1. Respon pengobatan	2380	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan: 1. Manajemen pengobatan

		0305 1004	Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk memperbaiki kesehatan : 1. Perawatan diri : kebersihan 2. Status nutrisi	2000	Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk memperbaiki kesehatan : 1. Monitor elektrolit
00146	Anesietas	1300	Keluarga mampu mengenal masalah tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku sehat: Mengenal : status kesehatan	5820 5350	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Keluarga mampu mengenal masalah tentang : 1. Pengurangan kecemasan 2. Pengurangan stress relokasi
		1606	Keluarga mampu memutuskan untuk merawat meningkatkan atau memperbaiki kesehatan : 1. Berpartisipasi dalam keputusan perawatan kesehatan	7500	Keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga: 1. Dukungan pengambilan keputusan
		2008	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : Status kenyamanan	5230	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : Peningkatan koping
Diagnosa keperawatan	Status kesehatan	Mengenal masalah	Hasil	Kode	Intervensi
Kode	Diagnosa	Kode			
		2514	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan : Pemulihan kecemasan	7910	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan : Fasilitas konsultasi
		1402	Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk memperbaiki kesehatan : 1. Kontrol kecemasan	6480	Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk memperbaiki kesehatan : 1. Mnajemen lingkungan
00002	Ketidak seimbangan nutrisi : Kurang dari Kebutuhan tubuh	1004	Keluarga mampu mengenal masalah tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku sehat: 1. Status nutrisi	1100	Setelah dilakukan intervensi keperawatan Keluarga mampu mengenal masalah tentang : 1. Manajemen nutrisi
		1014	Keluarga mampu memutuskan untuk merawat meningkatkan atau memperbaiki kesehatan : 1. Nafsu makan	1450	Keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga: 1. Manajemen mual
		1628	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : 1. Perilaku mempertahankan berat badan	1240	Keluarga mampu memodifikasi lingkungan : 1. Membantu mempertahankan berat badan

1622	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan :	5246 5614	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan :
1603	1. Perilaku kepatuhan : anjuran Diet 2. Perilaku mencari yayasan kesehatan (yankes)		1. Konseling nutrisi 2. Pendidikan : anjuran diet
1618	Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk memperbaiki kesehatan : 1. Mengontrol mual, muntah	1450	Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk memperbaiki kesehatan : 1. Manajemen mual

5. Implementasi

Implementasi keperawatan keluarga yang ditujukan pada keluarga meliputi ;

- a. Meningkatkan kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- b. Membantu keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat untuk individu dengan cara mengidentifikasi konsekuensi jika tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah, mengawasi keluarga melakukan perawatan.
- d. Membantu keluarga dengan cara bagaimana membuat lingkungan dengan sehat, dengan cara menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga, melakukan perubahan lingkungan keluarga dengan seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara mengenalkan fasilitas yang ada di lingkungan keluarga, membantu keluarga menggunakan fasilitas yang ada.

6. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, penilaian dan evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. Bila tidak atau belum berhasil, perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satukali kunjungan keluarga, untuk itu dilakukan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga dan klien. Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan. Perawatan bertanggung jawab untuk mengevaluasi status dan kemajuan klien dan keluarga terhadap pencapaian hasil dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan evaluasi meliputi mengkaji status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan