

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

##### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan, dalam mengaplikasikan kebutuhan dasar manusia pada saat memperhatikan pelayanan keperawatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) dalam teori Hierarki kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dikenal dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

##### **a. Kebutuhan fisiologis (*Physiological Needs*)**

Kebutuhan paling dasar pada setiap orang adalah kebutuhan fisiologis yakni kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya secara fisik. Kebutuhan-kebutuhan itu seperti kebutuhan akan makanan, minuman, tempat berteduh, tidur dan oksigen (sandang, pangan, papan).

##### **b. Kebutuhan akan rasa aman (*Safety/Security Needs*)**

Kebutuhan akan rasa aman ini diantaranya adalah rasa aman fisik, stabilitas, ketergantungan, perlindungan dan kebebasan dari daya-daya mengancam seperti kriminalitas, perang, terorisme, penyakit, takut, cemas, bahaya, kerusakan dan bencana alam. Serta kebutuhan secara psikis yang mengancam kondisi kejiwaan seperti tidak diejek, tidak direndahkan, tidak stres, dan lain sebagainya.

##### **c. Kebutuhan akan rasa memiliki dan kasih Sayang (*Social Needs*)**

Kebutuhan akan cinta, kasih sayang dan rasa memiliki di milik. Bentuk akan pemenuhan kebutuhan ini seperti bersahabat, keinginan memiliki pasangan dan keturunan, kebutuhan untuk dekat pada keluarga dan kebutuhan antarpribadi seperti kebutuhan untuk memberi dan menerima cinta.

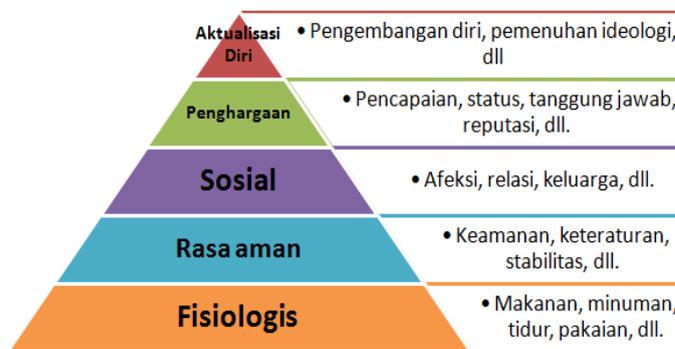
##### **d. Kebutuhan akan penghargaan (*Esteem Needs*)**

Kebutuhan penghargaan yaitu kebutuhan yang lebih rendah dan lebih tinggi.

Kebutuhan yang rendah adalah kebutuhan untuk menghormati orang lain, kebutuhan akan status, ketenaran, kemuliaan, pengakuan, perhatian, reputasi, apresiasi, martabat, bahkan dominasi.

**e. Kebutuhan akan aktualisasi diri (*Self-actualization Needs*)**

Aktualisasi diri yaitu kebutuhan untuk membuktikan dan menunjukkan dirinya kepada orang lain. Kebutuhan aktualisasi diri adalah kebutuhan yang tidak melibatkan keseimbangan, tetapi melibatkan keinginan yang terus menerus untuk memenuhi potensi. Maslow menuliskan kebutuhan ini sebagai hasrat untuk semakin menjadi diri sepenuh kemampuannya sendiri, menjadi apa saja menurut kemampuannya.



**Gambar 2.1**  
**Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow**  
**Sumber: Haswita & Sulistyowati R, 2017**

## 2. Konsep Kebutuhan Cairan

### a. Pengertian Kebutuhan Cairan

Kebutuhan cairan merupakan suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespon terhadap stresor fisiologi dan lingkungan. Keseimbangan cairan adalah hal penting bagi kesehatan tubuh. Dengan kemampuannya yang besar untuk menyesuaikan diri, tubuh mempertahankan keseimbangan, biasanya dengan proses-proses fisiologis yang terintegrasi yang mengakibatkan adanya lingkungan sel yang relatif konstan tapi dinamis. Kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan cairan inilah yang dinamakan dengan homeostasis (Mubarak , Indrawati & Susanto, 2015)

## b. Volume dan Distribusi Cairan Tubuh

### a. Volume Cairan Tubuh

TBW (total body water) atau total jumlah volume cairan pada pria adalah 60% dari berat badan sedangkan 50% dari berat badan pada wanita. Selain jenis kelamin, usia juga berpengaruh pada TBW.

Tabel 2.1 Volume Cairan Tubuh

Jenis Kelamin dan Usia	TBW dari BB (%)
Jenis kelamin :	
Laki-laki	60
Wanita	50
Usia :	
Bayi baru lahir	70-80
1-12 tahun	64
Pubertas - 39 tahun pria	60
Pubertas – 39 tahun wanita	52
40-60 tahun pria	55
40-60 tahun wanita	47
>60 tahun pria	52

**Sumber : Meyheny, 2000 dalam Tarwoto (2015)**

### b. Distribusi Cairan Tubuh

Cairan tubuh didistribusikan melalui dua kompartemen, yaitu pada intraseluler dan ekstraseluler. Cairan intraseluler (CIS) sebesar 40% dari BB, sedangkan cairan ekstraseluler adalah 20% dari BB, cairan ekstraseluler (CES) terdiri dari atas cairan intravaskular (plasma) 5%, cairan interstisial (cairan di sekitar tubuh seperti limfe) 10 sampai 15% dan cairan transeluler (seperti cairan serebrospinal, sinovial, cairan dalam peritoneum, cairan dalam rongga mata, dan lain lain) sebesar 1 sampai 3%

## 1. Fungsi Cairan

Fungsi cairan di dalam tubuh antara lain adalah:

- a. Mempertahankan panas tubuh dan pengaturan temperatur tubuh
- b. Transpor nutrisi ke sel
- c. Transpor hasil sisa metabolisme
- d. Transpor hormon
- e. Pelumas antar-organ
- f. Mempertahankan tekanan hidrostatik dalam sistem kardiovaskuler

## 2. Konsentrasi Cairan Tubuh

### a. Osmolaritas

Osmolaritas merupakan konsentrasi dari larutan atau partikel terlarut per liter larutan, diukur dalam bentuk miliosmol. Osmolaritas ditentukan dari jumlah partikel terlarut per kilogram air. Oleh karena itu, osmolaritas menciptakan tekanan osmotik sehingga mempengaruhi pergerakan dari cairan. Jika terjadi penurunan pada osmolaritas CES, maka akan terjadi pergerakan air dari CES ke CIS. Namun, jika terjadi penurunan pada osmolaritas CIS, maka pergerakan terjadi dari CIS ke CES. Partikel yang berperan dalam pergerakan adalah sodium atau natirum, urea, dan, glukosa.

### b. Tonisitas

Tonisitas merupakan osmolaritas yang menyebabkan pergerakan air dari kompartemen ke kompartemen yang lain. Istilah terkait dari tonisitas antara lain ialah:

- 1) Larutan Isotonik merupakan larutan yang mempunyai osmolaritas sama dengan plasma darah.
- 2) Larutan Hipertonik merupakan larutan yang mempunyai osmolaritas lebih besar dari plasma darah.

3) Larutan Hipotonik merupakan larutan yang mempunyai osmolaritas lebih kecil dari plasma darah.

### **3. Pergerakan Cairan Tubuh**

Mekanisme pergerakan cairan tubuh melalui tiga proses yaitu :

#### **a. Difusi**

Difusi merupakan proses dimana partikel yang terdapat di dalam cairan bergerak dari konsentrasi tinggi. Proses difusi air, elektrolit, dan zat-zat lainnya terjadi melalui membran kapiler yang permeabel. Kecepatan proses difusi bervariasi, bergantung dari faktor ukuran molekul, konsentrasi cairan, dan temperatur cairan.

#### **b. Osmosis**

Osmosis merupakan proses perpindah zat ke larutan lainnya melalui semipermeabel. Pada proses osmosis terjadi perpindah larutan dengan kepekatan rendah ke larutan yang kepekatanya lebih tinggi, sehingga larutan dengan konsentrasi yang lebih rendah volumenya akan berkurang sedangkan, larutan dengan konsentrasi lebih tinggi akan bertambah volumenya.

#### **c. Transpor aktif**

Proses perpindahan cairan tubuh dapat menggunakan mekanisme transpor aktif. Transpor aktif merupakan gerak zat yang akan berdifusi dan berosmosis.

### **4. Keseimbangan Cairan**

Keseimbangan cairan di dalam tubuh dihitung dari keseimbangan antara jumlah cairan yang masuk (intake) dan jumlah cairan yang keluar (output).

#### **a. Asupan cairan**

Pada orang dewasa asupan cairan normal adalah  $\pm 2500$  cc per hari. Asupan cairan dapat didapat langsung berupa cairan atau ditambah dari makanan lain. Pengaturan mekanisme keseimbangan cairan menggunakan mekanisme haus, hipotalamus berperan dalam mekanisme tersebut.

b. Pengeluaran cairan

Pengeluaran cairan normal pada orang dewasa adalah  $\pm 2300$  cc per hari. Jumlah air paling banyak keluar berasal dari ekskresi ginjal (berupa urine) sebanyak  $\pm 1500$  cc per hari pada orang dewasa. Pengeluaran cairan dapat pula dilakukan melalui kulit (berupa keringat) dan saluran pencernaan (berupa feses).

## **7. Faktor yang Mempengaruhi Keseimbangan Cairan dan Elektrolit**

a. Usia

Faktor usia berkaitan dengan luas dari permukaan tubuh, metabolisme yang diperlukan, dan berat badan. Semakin muda usia maka semakin banyak total dari cairan tubuh. Pergerakan cairan di dalam tubuh lebih mudah terjadi pada usia bayi dan lansia sehingga pada usia tersebut rawan terjadinya dehidrasi.

b. Temperatur lingkungan

Peningkatan suhu yang berlebihan pada lingkungan menyebabkan tubuh akan lebih mudah berkeringat sehingga pengeluaran cairan di dalam tubuh akan lebih banyak.

c. Diet

Ketika tubuh kekurangan nutrisi maka tubuh akan memecah cadangan energi, proses tersebut menyebabkan pergerakan cairan dari interstisial ke intraseluler. Dengan demikian, intake makanan yang kurang ada saat diet akan mempengaruhi cairan di dalam tubuh.

d. Stress

Stress dapat menyebabkan adanya peningkatan metabolisme tubuh, konsentrasi darah, dan glikolisis otot, mekanisme tersebut dapat menyebabkan retensi sodium dan air. Proses inilah yang dapat meningkatkan produksi ADH dan menurunkan produksi dari urine.

e. Sakit kronis

Gagal ginjal, gagal jantung, pasien sirosis hepatitis, dan penyakit paru-paru merupakan beberapa penyakit kronis yang dapat mempengaruhi keseimbangan

cairan. Pada pasien gagal ginjal akan terjadi produksi urine yang sedikit atau bahkan tidak ada produksi urine sehingga akan terjadi penumpukan cairan pada jaringan tubuh atau rongga tubuh yang dapat menimbulkan adanya edema. Pada pasien gagal jantung akan terjadi kegagalan ventrikel jantung dalam memompakan darah ke secara sempurna sehingga mengakibatkan adanya peningkatan aliran balik vena yang dapat berakibat terjadinya edema. Pada pasien sirosis hepatitis akan terjadi penurunan albumin yang berperan dalam menjaga tekanan onkotik yang akan mengakibatkan terjadinya edema dan asites. Sedangkan pada kegagalan fungsi paru pada penyakit paru-paru kronis akan berpengaruh dalam keseimbangan cairan dan elektrolit karena fungsi paru yang berperan dalam keseimbangan asam basa yaitu dalam pengeluaran karbondioksida (asam karbonik).

## **8. Masalah Keseimbangan Cairan**

### **1. Hipovolume atau Dehidrasi**

Hipovolume merupakan kekurangan cairan eksternal terjadi karena penurunan asupan cairan dan kelebihan pengeluaran cairan. Tubuh akan merespons kekurangan cairan dengan cara mengosongkan cairan vaskuler. Sebagai kompensasi akibat penurunan cairan interstisial, tubuh akan mengalirkan cairan keluar sel. Pengosongan cairan ini terjadi pada pasien diare dan muntah. Ada tiga macam dari kekurangan volume cairan, yaitu :

- a.) Dehidrasi isotonik, terjadi saat tubuh kehilangan sejumlah cairan dan elektrolit secara seimbang.
- b) Dehidrasi hipertonik, terjadi saat tubuh kehilangan lebih banyak air dari pada elektrolit.
- c) Dehidrasi hipotonik, terjadi saat tubuh kehilangan lebih banyak elektrolit dari pada air.

Kehilangan cairan ekstrasel secara berlebihan akan mengakibatkan volume ekstrasel berkurang (hipovolume) dan perubahan hematokrit. Pada keadaan seperti ini, tidak akan terjadi perpindahan cairan daerah intrasel ke permukaan, sebab osmolaritas sama. Jika terjadi kekurangan cairan ekstrasel dalam waktu yang lama, kadar urea, nitrogen, dan kreatinin meningkat dan menyebabkan perpindahan cairan

intrasel ke pembuluh darah. Hal ini dapat terjadi pada pasien yang mengalami gangguan hipotalamus, kelenjar gondok, ginjal, diare, muntah secara terus menerus, pemasangan drainase, dan lain-lain.

Macam-macam dehidrasi berdasarkan tingkat derajatnya yaitu :

a) Dehidrasi berat

Pada dehidrasi ringan pengeluaran/kehilangan cairan sebanyak 4 sampai 6 liter, serum natrium mencapai 159 sampai 166 mEq/liter, hipotensi, turgor kulit buruk, oliguria, nadi dan pernapasan meingkat, kehilangan cairan mencapai > 10% BB.

b) Dehidrasi sedang

Pada dehidrasi ringan kehilangan cairan 2 sampai 4 liter atau antara 5 sampai 10% BB, serum natrium mencapai 152 sampai 158 mEq/liter, mata cekung.

c) Dehidrasi ringan

Kehilangan cairan pada dehidrasi ringan yaitu sebanyak 5% BB atau 1,5 sampai 2 liter.

**Tabel 2.2 Kriteria Dehidrasi**

Gejala/ derajat dehidrasi	Diare tanpa dehidrasi	Diare dehidrasi Ringan/ Sedang	Diare dehidrasi Berat
	Bila terdapat dua tanda atau lebih	Bila terdapat dua tanda atau lebih	Bila terdapat dua tanda atau lebih
<b>Keadaan umum</b>	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai / tidak sadar
<b>Mata</b>	Tidak cekung	Cekung	Cekung
<b>Keinginan untuk minum</b>	Normal, tidak ada rasa haus	Ingin minum terus, ada rasa haus	Malas minum
<b>Turgor</b>	Kembali segera	Kembali lambat	Kembali sangat lambat

Sumber: Manejemen terpadu balita sakit (MTBS) 2022.

### 1. Hipervolume atau Overhidrasi

Terdapat dua manifestasi yang ditimbulkan akibat kelebihan cairan, yaitu hipervolume (peningkatan volume darah) dan edema (kelebihan cairan pada interstisial). Normalnya, cairan interstisial tidak terikat dengan air, tetapi elastis dan hanya terdapat di antara jaringan. Edema dapat dibagi menjadi beberapa jenis yaitu edema pitting atau edema perifer, edema nonpitting, dan edema anasarka. Edema pitting adalah edema yang berada di daerah perifer atau akan terbentukcekung setelah ditekan pada daerah yang bengkak. Hal ini disebabkan oleh perpindahan cairan ke jaringan melalui titik tekan. Cairan dalam jaringan yang edema tidak digerakkan ke permukaan lain dengan penekanan jari.

Edema nonpitting adalah edema yang tidak menunjukkan tanda kelebihan cairan ekstrasel, tetapi sering karena infeksi dan trauma yang menyebabkan membekunya cairan pada permukaan jaringan. Kelebihan cairan vaskuler meningkatkan hidrostatis cairan dan akan menekan cairan ke permukaan interstisial.

Edema anasarka merupakan edema yang terdapat di seluruh tubuh. Peningkatan tekanan hidrostatis yang sangat besar menekan sejumlah cairan hingga ke membran kapiler paru sehingga menyebabkan edema paru, dan dapat mengakibatkan kematian. Pada kelebihan ekstrasel, gejala yang sering ditimbulkan adalah edema perifer (edemapitting), asites, kelopak mata membengkak, suara napas ronki basah, penambahan berat badan secara tidak normal/sangat cepat, dan nilai hematokrit pada umumnya normal, akan tetapi menurun bila kelebihan cairan bersifat akut.

### **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan yang tepat untuk mencapai hasil akhir tersebut (Tampubolon, 2020).

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memampukan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan: Pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Salah satu manfaat dari penerapan asuhan keperawatan yang baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan.(Melliany, 2019).

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan bagian dari proses keperawatan yang dinamis dan terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar, diantaranya: pengumpulan data secara sistematis, memilih dan mengatur data yang akan dikaji, serta melakukan dokumentasi data dalam format yang dapat dibuka kembali (Melliany, 2019).

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilih, mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format (Tarwoto & Wartolah, 2015).

#### **a. Pengkajian Identitas Pasien**

Fokus pengkajian yang dilakukan pada klien dengan diare menurut Haryono adalah :

1. Identitas, meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnose medis.
2. Riwayat kesehatan saat ini Awal : Meringis, gelisah, suhu tubuh meningkat, anoreksia kemudian timbul diare.

Keluhan utama : feses semakin cair, muntah, bila kehilangan banyak air dan elektrolit terjadi gejala dehidrasi, berat badan menurun. Pada bayi ubun-ubun besar cekung, tonus dan turgor kulit kurang, selaput lendir mulut dan bibir kering, frekuensi BAB lebih dari 4 kali dengan konsistensi cair.

### 3. Riwayat kesehatan masa lalu

Apakah pernah menderita diare sebelumnya karena alergi makanan atau lainnya.

#### d. Kebutuhan dasar

1) Pola eliminasi : akan mengalami perubahan yaitu BAB lebih dari 4kali sehari, BAB sedikit atau jarang.

2) Pola nutrisi: diawali dengan mual, muntah, anoreksia, menyebabkan penurunan berat badan pasien.

3) Pola tidur dan istirahat akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.

4) Pola hygiene : kebiasaan mandi setiap harinya.

5) Aktivitas : akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen.

#### e. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan psikologis : keadaan umum tampak lemah, kesadaran composmentis sampai koma, suhu tubuh tinggi, nadi cepat dan lemah, pernapasan agak cepat.

2) Pemeriksaan sistematis:

a. Inspeksi : mata cekung, ubun-ubun besar, selaput lendir, mulut dan bibir kering, berat badan menurun, anus kemerahan.

b. Auskultasi : terdengarnya bising usus.

c. Perkusi : adanya distensi abdomen.

d. Palpasi : turgor kulit kurang elastis.

e. Pemeriksaan penunjang Pemeriksaan tinja, darah lengkap dan duodenum intubation yaitu untuk mengetahui penyebab secara kuantitatif dan kualitatif.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang ditangani oleh perawat. Alasan perumusan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pada klien dan melibatkan keluarga serta untuk menentukan arah atau rencana asuhan keperawatan selanjutnya.

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data. Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial (Baringbing, 2020).

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan respon fisik, sosio-kultural, psikologis, dan spiritual klien terhadap masalah kesehatannya yang bersifat individual, sehingga diperlukan kemampuan berpikir kritis dalam proses diagnostik. Penegakkan diagnosa keperawatan haruslah didukung sekelompok data dasar yang didapatkan oleh perawat saat melakukan pengkajian. Kelompok data ini disebut batasan karakteristik. Batasan karakteristik adalah indikator klinis yang merupakan tanda dan gejala objektif atau subjektif atau faktor risiko yang mendukung adanya kategori diagnostik. Indikator klinis yang akurat diperlukan untuk memvalidasi diagnosa keperawatan yang ditegakkan. Keakuratan indikator klinis ditentukan dengan kemunculan batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan (etiologi) dari suatu diagnosa keperawatan (Gloria, 2020).

Menurut (DPP PPNI, 2016) diagnosis keperawatan pada masalah cairan adalah :

- a. Berat badan lebih, adalah akumulasi lemak berlebih atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin
- b. Defisit nutrisi, adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme
- c. Diare, adalah pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk
- d. Disfungsi motilitas gastrointestinal, adalah peningkatan, penurunan, tidak efektif atau kurangnya aktivitas peristaltic gastrointestinal

- e. Hipervolemia, adalah peningkatan volume cairan intravascular, interstisial, dan/atau intraselular
- f. Hipovolemia, adalah penurunan volume cairan intravascular, interstisial, dan/atau intraselular
- g. Ikterik neonates, adalah kulit dan membran mukosa neonates menguning setelah 24 jam kelahiran akibat bilirubin tidak terkonjugasi masuk kedalam sirkulasi
- h. Kesiapan peningkatan keseimbangan cairan, adalah kesiapan peningkatan keseimbangan cairan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pola ekuilibrium antara volume cairan dan komposisi kimia cairan tubuh yang cukup untuk memenuhi kebutuhan fisik dan dapat ditingkatkan
- i. Kesiapan peningkatan nutrisi, adalah kondisi seseorang yang telah siap untuk mengatur pola nutrisi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic dan dapat ditingkatkan
- j. Ketidakstabilan kadar glukosa darah, adalah variasi kadar glukosa darah naik/ turun dari rentan normal
- k. Menyusui efektif, adalah pemberian ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.
- l. Menyusui tidak efektif, adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui.
- m. Obesitas, adalah akumulasi lemak berlebih yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin, serta melampaui kondisi berat badan lebih (overweight)
- n. Risiko Berat badan lebih, adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami akumulasi lemak berlebih atau abnormal yang tidak sesuai dengan usia dan jenis kelamin.
- o. Risiko defisit nutrisi, adalah berisiko mengalami asupan nutrisi tidak

cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

- p. Risiko disfungsi motilitas gastrointestinal sebagai berisiko mengalami peningkatan, penurunan, tidak efektifnya aktivitas peristaltik gastrointestinal.
- q. Risiko hipovolemia, adalah berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraseluler.
- r. Risiko ikterik neonates, adalah berisiko mengalami kulit dan membran mukosa neonatus menguning setelah 24 jam kelahiran akibat bilirubin tidak terkonjugasi masuk ke dalam sirkulasi.
- s. Risiko ketidakseimbangan cairan berisiko mengalami penurunan, peningkatan, atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstitial, atau intraseluler.
- t. Risiko ketidakseimbangan elektrolit, adalah berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit.
- u. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa, adalah risiko terhadap variasi kadar glukosa darah naik atau turun dari rentang normal.
- v. Risiko syok, adalah berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

Dari berbagai diagnosis keperawatan di atas, terdapat satu fokus diagnosis keperawatan pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan cairan dengan diare .

#### 1. Hipovolemia

Definisi :

Hipovolemia penurunan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraseluler.

Tanda dan Gejala Mayor :

Data Subjektif:

(tidak tersedia)

Data Objektif :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Nadi teraba lemah
- 3) Tekanan darah menurun
- 4) Tekanan nadi menyempit
- 5) Turgor kulit menurun
- 6) Membran mukosa kering
- 7) Volume urin menurun
- 8) Hematokrit meningkat

Tanda dan Gejala Minor

Data Subjektif :

- 1) Merasa lemah
- 2) Mengeluh haus

Data Objektif

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

### **3. Intervensi keperawatan**

Perencanaan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (Hasibuan, 2020). Perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan

diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul.

**Tabel 2.3 Standar Intervensi Keperawatan**

No	Masalah Keperawatan	Intervensi Keperawatan Utama	Intervensi Keperawatan Pendukung
	Hipovolemia	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)</li> <li>- Monitor intake dan output cairan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hitung kebutuhan cairan</li> <li>- Berikan posisi modified Trendelenburg</li> <li>- Berikan asupan cairan oral</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>- Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL)</li> <li>- Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</li> <li>- Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)</li> <li>- Kolaborasi pemberian produk darah</li> </ul> <p>Manajemen Syok Hipovolemik</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi,</li> </ul>	<p>Dukungan kepatuhan program pengobatan</p> <p>Manajemen elektrolit</p> <p>Manajemen syok</p> <p>Pemantauan cairan</p> <p>Pemantauan elektrolit</p> <p>Pemantauan tanda vital</p> <p>Pemantauan neurologis</p> <p>Terapi intravena</p>

		<p>frekuensi napas, TD, MAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)</li> <li>- Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)</li> <li>- Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil</li> <li>- Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS (deformity/deformitas, open wound/luka terbuka, tenderness/nyeri tekan, swelling/bengkak)</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan jalan napas paten</li> <li>- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt; 94%</li> <li>- Siapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu</li> <li>- Berikan posisi syok (modified trendelenberg)</li> <li>- Pasang jalur IV berukuran besar (mis: nomor 14 atau 16)</li> <li>- Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin</li> <li>- Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1 – 2 L pada dewasa</li> <li>- Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 mL/kgBB pada anak</li> <li>- Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</li> </ul>	
--	--	---	--

Sumber: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018).

## 2. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data sebelum dan sesudah pelaksanaan kegiatan. Implementasi yang komprehensif merupakan pengeluaran dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan dapat terealisasi dengan baik apabila berdasarkan hakikat masalah, jenis tindakan atau pelaksanaan bisa dikerjakan oleh perawat itu sendiri, kolaborasi sesama tim atau kesehatan lain dan rujukan dari profesi lain.

### 3. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibutuhkan pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan. Macam-macam evaluasi keperawatan antara lain :

#### a. Evaluasi proses (formatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

#### b. Evaluasi hasil (sumatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan. (Budiono & Budi Pertami, 2016)

**Tabel 2.4 Kriteria Hasil Status Cairan**

#### Status Cairan

L. 03028

#### Definisi

Kondisi volume cairan intravaskuler, interstisiel ,dan/atau intraseluler

Ekspektasi                      Membaik

#### Kriteria Hasil

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Kekuatan Nadi	1	2	3	4	5
Turgor Kulit	1	2	3	4	5
Ouput Urine	1	2	3	4	5
Pengisian Vena	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Ortopnea	1	2	3	4	5
Dispnea	1	2	3	4	5
PND	1	2	3	4	5
Berat Badan	1	2	3	4	5
Distensi Vena	1	2	3	4	5

Jugularis					
Suara Napas Tambahan	1	2	3	4	5
Perasaan Lemah	1	2	3	4	5
Keluhan Haus	1	2	3	4	5
Konsentrasi Urine	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membak
Frekuensi Nadi	1	2	3	4	5
Tekanan Darah	1	2	3	4	5
Tekanan Nadi	1	2	3	4	5
Membran Mukosa	1	2	3	4	5
JVP	1	2	3	4	5
Kadar Hb	1	2	3	4	5
Kadar Ht	1	2	3	4	5
Berat Badan	1	2	3	4	5
Oliguria	1	3	3	4	5
Intake Cairan	1	2	3	4	5
Suhu Tubuh	1	2	3	4	5

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Pengertian Diare

Nursalam (2008), mengatakan diare pada dasarnya adalah frekuensi buang air besar yang lebih sering dari biasanya dengan konsistensi yang lebih encer. Diare merupakan gangguan buang air besar atau BAB ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja cair, dapat disertai dengan darah atau lender (Riskesdas, 2013). WHO (2009), mengatakan diare adalah suatu keadaan buang air besar (BAB) dengan konsistensi lembek hingga cair dan frekuensi lebih dari tiga kali sehari. Diare akut berlangsung selama 3 sampai 7 hari, sedangkan diare persisten terjadi selama kurang lebih 14 hari.

#### a. Klasifikasi Diare

Menurut (Nursalam, 2008), diare dapat dikelompokkan menjadi:

- 1) Diare akut, yaitu diare yang terjadi mendadak dan berlangsung paling lama 3 sampai 5 hari.
- 2) Diare berkepanjangan bila diare berlangsung lebih dari 7 hari.
- 3) Diare kronik bila diare berlangsung lebih dari 14 hari. Diare

kronik bukan suatu kesatuan penyakit melainkan suatu sindrom yang penyebab, patogenesisnya multikompleks. Mengingat banyaknya kemungkinan penyakit yang dapat mengakibatkan diare kronik dan banyak pemeriksaan yang harus dikerjakan maka dibuat tinjauan pustaka ini untuk dapat melakukan pemeriksaan lebih terarah.

## **b. Anatomi Fisiologi Sistem**

### **1) Respon Tubuh**

#### a) Sistem integument

Anak yang mengalami diare dengan dehidrasi turgor kulit biasanya kembali sangat lambat. Karena tidak adekuatnya kebutuhan cairan dan elektrolit pada jaringan tubuh anak sehingga kelembapan kulit pun menjadi berkurang.

#### b) Sistem Respirasi

Kehilangan air dan elektrolit pada anak diare mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa yang menyebabkan pH turun karena akumulasi asam nonvolatile. Terjadilah hiperventilasi yang akan menurunkan pCO<sub>2</sub> menyebabkan pernapasan jadi cepat, dan dalam (pernapasan kusmaul).

#### c) Sistem Pencernaan

Anak yang diare biasanya mengalami gangguan pada nutrisi, yang disebabkan oleh kerusakan mukosa usus dimana usus tidak dapat menyerap makanan. Anak akan tampak lesu, malas makan, dan letargi. Nutrisi yang tidak dapat diserap mengakibatkan anak bisa mengalami gangguan gizi yang bisa menyebabkan terjadinya penurunan berat badan dan menurunnya daya tahan tubuh sehingga proses penyembuhan akan lama.

#### d) Sistem Muskuloskeletal

Kekurangan kadar natrium dan kalium plasma pada anak yang diare dapat menyebabkan nyeri otot, kelemahan otot, kram dan detak jantung sangat lambat..

#### e) Sistem Sirkulasi

Dari daire dapat terjadi gangguan pada system sirkulasi darah menyebabkan

darah melemah, tekanan darah rendah, kulit pucat, akral dingin yang mengakibatkan terjadinya syok hipovolemik.

f) Sistem Otak

Syok hipovolemik dapat menyebabkan aliran darah dan oksigen berkurang. Hal ini bisa menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran dan bila tidak segera ditolong dapat mengakibatkan kematian.

g) Sistem Eliminasi

Warna tinja anak yang mengalami diare makin lama berubah kehijauan karena bercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya akan lecet karena sering defekasi dan tinja makin asam sebagai akibat makin banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus selama diare.

**c. Penyebab**

Ngastiyah (2005), mengatakan diare dapat disebabkan oleh berbagai infeksi, selain penyebab lain seperti malabsorpsi. Diare sebenarnya merupakan salah satu gejala dari penyakit pada system gastrointestinal atau penyakit lain diluar saluran pencernaan. Tetapi sekarang lebih dikenal dengan “penyakit diare”, karena dengan sebutan penyakit diare akan mempercepat tindakan penanggulangannya.

Menurut Wong (2008), penyebab infeksius dari diare akut yaitu :

**1) Agens virus**

a) Rotavirus, masa inkubasi 1 sampai 3 hari. Anak akan mengalami demam ( $38^{\circ}\text{C}$  atau lebih tinggi), nausea atau Vomitus, abdomen, disertai infeksi saluran pernafasan atas dan diare dapat berlangsung lebih dari 1 minggu. Biasanya terjadi pada bayi usia 6 sampai 12 bulan, sedangkan pada anak terjadi di usia lebih dari 3 tahun.

b) Mikroorganisme, masa inkubasi 1 sampai 3 hari. Anak akan demam, nafsu makan terganggu, malaise. Sumber infeksi bisa didapat dari air minum, air ditempat rekreasi (air kolam renang, dll). Dapat menjangkit segala usian dan dapat sembuh sendiri dalam waktu 2 sampai 3 hari.

## 2) Agen bakteri

a) *Escherichia coli*, masa inkubasinya bervariasi tergantung pada strainnya. Biasanya anak akan mengalami distensi abdomen, demam, vomitus, BAB berupa cairan berwarna hijau dengan darah atau mucus bersifat menyembur. Dapat ditularkan antar individu, disebabkan karena daging yang kurang matang, pemberian ASI tidak eksklusif.

b) Kelompok salmonella, masa inkubasi 6 sampai 72 jam untuk gastroenteritis. Gejalanya bervariasi, anak bisa mengalami mual atau vomitus, nyeri abdomen, demam, BAB kadang berdarah dan ada lendir, peristaltic hiperaktif, nyeri tekan ringan pada abdomen, sakit kepala, kejang. Dapat disebabkan oleh makanan dan minuman yang sudah terkontaminasi oleh binatang seperti kucing, burung dan lainnya.

### d. Patofisiologi

Hidayat (2008), mengatakan proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan factor diantaranya :

#### 1) Factor infeksi

##### a) Virus

Penyebab tersering diare pada anak adalah disebabkan infeksi rotavirus. Setelah terpapar dengan agen tertentu, virus akan masuk ke dalam tubuh bersama dengan makanan dan minuman yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian melekat sel-sel mukosa usus, akibatnya sel mukosa usus menjadi rusak yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Sel-sel mukosa yang rusak akan digantikan oleh sel enterosit baru yang berbentuk kuboid atau sel epitel gepeng yang belum matang sehingga fungsi sel-sel ini masih belum bagus. Hal ini menyebabkan vili-vili usus halus mengalami atrofi dan tidak dapat menyerap cairan dan makanan dengan baik. Selanjutnya, terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorbs cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri virus akan menyebabkan system transport aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi.

### b) Bakteri

Bakteri pada keadaan tertentu menjadi invasif dan menyerbuke dalam mukosa, terjadi perbanyakan diri sambil membentuk toksin. Enterotoksin ini dapat diresorpsi ke dalam darah dan menimbulkan gejala hebat seperti demam tinggi, nyeri kepala, dan kejang-kejang. Selain itu, mukosa usus, yang telah dirusak mengakibatkan mencret berdarah berlendir. Penyebab utama pembentukan enterotoksin ialah bakteri *Shigella* sp, *E.colli* diare ini bersifat self-limiting dalam waktu kurang lebih lima hari tanpa pengobatan, setelah sel-sel yang rusak diganti dengan sel-sel mukosa yang baru.

## 2)Factor malabsorbsi

### a) Gangguan Osmotik

Cairan dan makanan yang tidak dapat diserap akan terkumpul di usus halus dan akan meningkatkan tekanan osmotik usus akibatnya akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat. Gangguan osmotik meningkatkan menyebabkan terjadinya pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus. Hal ini menyebabkan terjadinya hiperperistaltik usus. Cairan dan makanan yang tidak diserap tadi akan didorong keluar melalui anus dan terjadilah diare (Nursalam, 2008).

### b) Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit kedalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus (Nursalam, 2008).

### c) Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan atau berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Gejala dari dehidrasi yang tampak yaitu berat badan turun, turgor kembali sangat lambat, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, mucosa bibir kering. Dehidrasi merupakan keadaan yang paling berbahaya karena dapat menyebabkan hypovolemia, kolaps kardiovaskuler dan kematian bila tidak diobati dengan tepat. Untuk mengetahui keadaan dehidrasi dapat dilakukan penilaian sebagai berikut:

### 1) Test Diagnostik

#### a) Pemeriksaan tinja

- (1) Markoskopik dan mikrosko
- (2) kadar gula tinja
- (3) Biakan dan resistensi feces (color )

b) Analisa gas dada apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (pernafasan kusmaoul)

c) Pemeriksaan kadar ureum kreatif untuk mengetahui faal ginjal

d) Pemeriksaa elektrolit terutama kadar Na,K,Kalsium dan fosfat

### e. Penanganan/penatalaksanaan

#### 1) Pembenaan cairan

Pembenaan cairan pada pasien diare dengan memperhatikan derajatdehidrasinya dengan keadaan umum.

#### 2) Dietetik

Pembenaan makanan dan minum khusus pada klien dengan tujuan penyembuhan dan menjaga kesehatan. Adapun hal yang perludiperhatikan adalah:

- a) Memberikan cairan
- b) Memberikan bahan makanan yang mengandung kalori protein,vitamin,mineral dan makanan yang bersih.
- c) Obat-obatan
- d) Obat anti sekresi
- e) Obat anti sparmolitik
- f) Anti biotic

### **f. Komplikasi**

Menurut (Nursalam, 2008), komplikasi yang dapat terjadi dari diare akut maupun kronis, Yaitu:

1) kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) kondisi ini dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (Asidosis metabolic), Karena:

a) kehilangan natrium bicarbonate bersama tinja.

b) walaupun susu diteruskan, sering diberikan dengan pencernaan dalam waktu yang terlalu lama.

c) makanan diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsidengan baik karena adanya hiperperstaltik.

2) Gangguan sirkulasi sebagai akibat diare dengan atau tanpa disertai muntah, maka dapat terjadi gangguan sirkulasi darah berupa renjatan natau syok hipovolemik. Akibat perfusi jaringan berkurang dan terjadinya hipoksia, asidosis bertambah berta sehingga dapat mengakibatkan perdarahan di dalam otak, kesadaran menurun, dan bila tida segera ditolong maka penderita meninggal.

### **g. Penatalaksanaan**

1) Pentalaksanaan Medis

a) Dehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan. Empat hal penting perlu diperhatikan:

(1) Jenis cairan

(2) Oral : Pedialyte atau oralit, Ricelyte

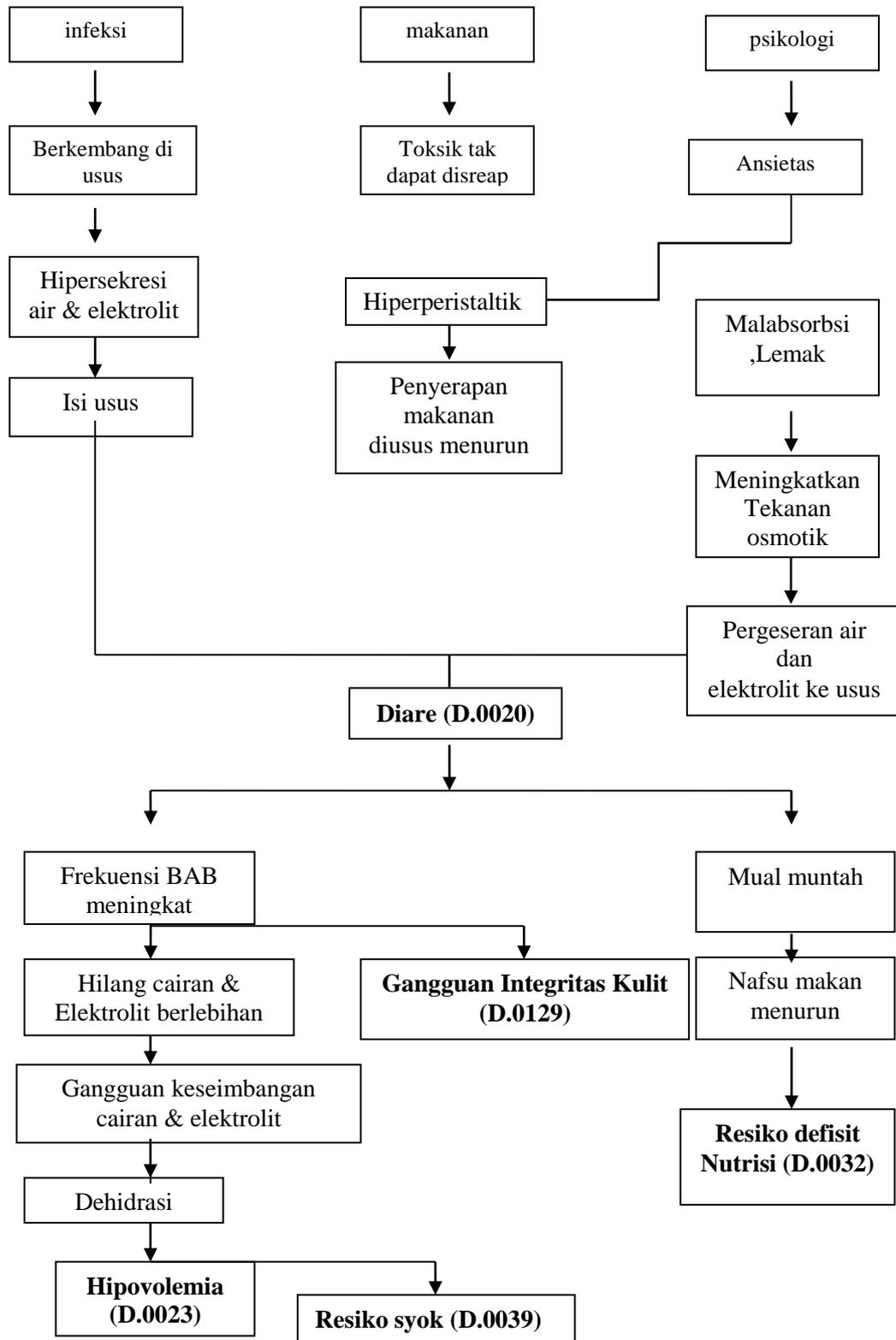
(3) Parenteral : NaCl, Isotonic, infuse

(4) Jumlah cairan

Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan cairan yang dikeluarkan.

## Bagan 2.1 Pathway Diare

Sumber : Nurarif &amp; Kusuma (2016) ; PPNI (2017)



**Tabel 2.4**  
**Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan**

No	Judul	Peneliti	Tahun Terbit	Hasil
1.	Asuhan Keperawatan pada Anak Diare dengan Dehidrasi Ringan sampai Sedang	Aprina Alifasari: Jurnal of Nursing STIKES Muhammadiyah Klaten	2019	Pengkajian dan studi dokumentasi dari kedua kasus mengalami diare 5 kali sehari, turgor kulit kembali lebih dari 2 detik dan mata cowong yang merupakan manifestasi klinis Diare dengan Dehidrasi Ringan - Sedang. Masalah keperawatan pada kedua pasien adalah diare berhubungan dengan inflamasi usus. Evaluasi dari masalah keperawatan diare sampai hari ketiga observasi sudah teratasi. Manfaat: Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan khususnya ilmu kesehatan anak yang berkaitan dengan diare dengan dehidrasi ringan-sedang.
2.	Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Pasien Diare di Ruang Alamanda RSUD Sleman Yogyakarta	Poltekkes kemenkes Yogyakarta, 2023	2019	Hasil penelitian didapatkan data bahwa klien mengeluh diare disertai mual dan muntah dan didapatkan prioritas masalah dengan diare berhubungan dengan inflamasi gastroenteritis. Kesimpulan setelah klien diberikan tindakan non farmakologis dengan penerapan pemberian madu selama tiga hari didapatkan hasil adanya penurunan frekuensi BAB, sehingga masalah teratasi pada perawatan hari ketiga dan klien diperbolehkan pulang

3.	Asuhan Keperawatan Pada Anak Diare setelah diberikan Kebutuhan Cairan di Rumah Sakit Kliwates Jember	Prasetyo Adi Prabowo, Lantin Sulistyorini, Peni Perdani Juliningrum	2020	<p>Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan balance cairan pada anak diare setelah diberikan pemenuhan kebutuhan cairan di rumah sakit. Penelitian dilakukan di rumah sakit Kliwates Jember.. Data penelitian diambil selama tiga hari selama anak dirawat di rumah sakit. Hasil dari penelitian ini didapatkan anak mengalami kenaikan cairan dan kelebihan cairan. Kesimpulan dari penelitian ini adalah anak mengalami peningkatan cairan setelah diberikan rehidrasi. Rehidrasi cairan pada anak diare yang mengalami dehidrasi dapat membantu mengurangi kehilangan cairan dan membantu keseimbangan cairan dalam tubuh anak.</p>
4.	Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Cairan pada anak yang mengalami Diare	Srinalesti Mahanani, <i>Pelita Medika</i> , 2020	2020	<p>Diare akut karena infeksi dapat disertai muntah-muntah, demam, tetanus, hematoschezia, nyeri perut dan atau kejang perut. Seseorang yang kekurangan cairan akan merasa haus, berat badan berkurang, ubun-ubun dan mata cekung, membrane mukosa kering, tulang pipi tampak lebih menonjol, turgor kulit jelas (elastisitas kulit menurun) Peran perawat dalam menyelesaikan masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien anak dengan diare yang mengalami kurang volume cairan yaitu dengan pemberian rehidrasi oral (LRO)</p>

5.	Asuhan Keperawatan Pada Anak tentang Diare terhadap Tindakan Pemberian Cairan Pada Anak Diare	Nur Laily Mazidatur Rahmah	2023	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ibu balita masih memiliki pengetahuan yang sedang tentang diare, sikap yang negatif tentang diare dan tindakan tidak memberikan cairan rehidrasi pada balita diare. Saran yang dapat diberikan peneliti adalah Puskesmas dan Dinas Kesehatan dapat saling bekerja sama dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan ibu balita tentang diare dalam hal memberikan informasi tentang diare serta dapat memberikan pelatihan tata cara membuat cairan rehidrasi secara tepat.
----	---	----------------------------	------	--