

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Medis

1. Batasan/Definisi Diare dan Dehidrasi

a. Definisi Diare

- 1) Diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (> 3 kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan atau tanpa darah dan atau lendir (Suraatmaja, 2010; h. 2).
- 2) Diare adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa peningkatan volume, keenceran dan frekuensi dengan atau tanpa lendir darah, seperti lebih dari 3 kali/hari dan pada neonatus lebih dari 4 kali/hari (Aziz Alimul, 2008; h. 101).
- 3) Diare adalah keadaan buang air besar dengan frekuensi lebih dari 4 kali pada bayi dan 3 kali pada anak. Konsistensi feces encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Ngastiyah, 2005; h. 224).
- 4) Diare adalah suatu keadaan dengan peningkatan frekuensi, konsistensi, feses yang lebih cair, feses dengan kandungan air yang banyak, dan feses bisa disertai dengan darah atau lendir (Arif Muttaqin dan Kumala Sari, 2011; h. 459).

Maka dapat disimpulkan bahwa diare adalah pengeluaran tinja yang tidak seperti biasanya menjadi lebih sering dari biasanya dengan konsistensi encer dengan disertai ada tidaknya lendir.

b. Definisi Dehidrasi

- 1) Dehidrasi adalah keadaan kehilangan cairan yang dikeluarkan dari tubuh melebihi cairan yang masuk (FKUI, 2007).
- 2) Dehidrasi adalah suatu gangguan dalam keseimbangan air yang disebabkan output melebihi intake sehingga jumlah air pada tubuh berkurang (Arif Muttaqin dan Kumala Sari, 2011; h. 461).
- 3) Dehidras merupakan gangguan cairan tubuh yang sering dijumpai pada bayi serta anak-anak dan terjadi ketika haluaran total cairan melebihi asupan total tanpa menghiraukan penyebab yang mendasarinya (Donna L. Wong dkk, 2009; h. 992).

Maka dapat disimpulkan bahwa dehidrasi adalah kehilangan cairan tubuh yang berlebihan.

2. Klasifikasi Diare dan Dehidrasi

a. Klasifikasi Diare

Menurut pedoman MTBS (2008; h. 3), diare dapat dikelompokan atau diklasifikasikan menjadi :

- 1) Diare Akut, terbagi atas : diare dengan dehidrasi berat, diare dengan dehidrasi ringan/sedang, dan diare tanpa dehidrasi.

- 2) Diare Persisten bila diare berlangsung 14 hari atau lebih, terbagi atas diare persisten dengan dehidrasi dan diare persisten tanpa dehidrasi.
- 3) Disentri apabila diare berlangsung disertai dengan darah.

b. Klasifikasi Dehidrasi

Menurut Sudaryat Suraatmaja (2005; h. 7) dehidrasi dibagi menjadi dehidrasi ringan, sedang, dan berat.

- 1) Dehidrasi ringan apabila terjadi penurunan berat badan 2 ½ - 5%.
- 2) Dehidrasi sedang apabila terjadi penurunan 5 – 10%.
- 3) Dehidrasi berat apabila terjadi penurunan > 10%.

Menurut Ika (2007; h. 2), dehidrasi berdasarkan tonisitas plasma dapat dibagi menjadi dehidrasi hipotonik, isotonik, dan hipertonik.

- 1) Dehidrasi hipotonik (dehidrasi hiponatremia) yaitu bila kadar natrium dalam plasma kurang dari 130 mEq/l.
- 2) Dehidrasi isotonik (dehidrasi isonatremia) yaitu bila kadar natrium dalam plasma kurang dari 130-150 mEq/l.
- 3) Dehidrasi hipertonik (dehidrasi hipernatremia) yaitu bila kadar natrium dalam plasma lebih dari 150 mEq/l.

Tabel 2.1 Gejala-gejala dehidrasi Isotonik, hipotonik, dan hipertonik

Gejala	Hipotonik	Isotonik	Hipertonik
Rasa Haus	-	+	+
Berat Badan	Menurun sekali	Menurun	Menurun
Turgor Kulit	Menurun sekali	Menurun	Tidak Jelas
Kulit/selaput lendir	Basah	Kering	Kering sekali
Gejala SSP	Apatis	Koma	Irritabel, apatis, hiperrefleksi
Sirkulasi	Jelek sekali	Jelek	Relatif masih baik
Nadi	Sangat lemah	Cepat dan lemah	Cepat dan keras
Tekanan darah	Sangat rendah	Rendah	Rendah
Banyaknya kasus	20-30%	70%	10-20%

(Sumber : Suraatmaja, 2005; h. 13)

3. Etiologi/Faktor Predisposisi Diare dan Dehidrasi

a. Etiologi/Faktor Predisposisi Diare

Menurut Ngastiyah (2005; h. 224) faktor penyebab diare yaitu:

1) Faktor Infeksi

a) Infeksi Enteral yaitu infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak. Meliputi infeksi enteral yaitu sebagai berikut :

(1) Infeksi Bakteri : *Vibrio Escherichia Coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*, dan sebagainya.

(2) Infeksi Virus : *Enterovirus* (*virus ECHO*, *Coxsackie*, *Poliomyelitis*), *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Astrovirus*, dan lain-lain.

(3) Infeksi Parasit : *Cacing* (*Ascaris lamblia*, *Trihomonas hominis*), dan jamur.

b) Infeksi Parental ialah infeksi di luar alat pencernaan makanan seperti ; otitis media akut (OMA), tonsilitis / tonsilofaringitis, bronkopneumonia, ensefalitis, dan sebagainya. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun.

2) Faktor Malabsorpsi

a) Malabsorpsi karbohidrat : disakarida (intoleransi laktosa, maltosa dan sukrosa); monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering (intoleransi laktosa)

M. C Widjaja (2002; h. 5), menambahkan bahwa pada bayi kepekaan terhadap lactoglobulin dalam susu formula dapat menyebabkan diare. Gejalanya berupa diare berat, tinja berbau sangat asam, sakit di daerah perut. Jika terkena diare ini, pertumbuhan akan terganggu.

b) Malabsorpsi Lemak.

Ika (2007; h. 299) menambahkan bahwa di alam bentuk trigliserida asal lemak. Gangguan absorpsi lemak dapat terjadi pada keadaan :

- (1) Lipase tidak ada atau kurang
- (2) Conjugated bile salts tidak ada atau kurang
- (3) Mukosa usus halus (vili) atrofi atau rusak
- (4) Gangguan sistem limfe usus.

Keadaan ini akan menyebabkan diare dengan tinja berlemak (steatorea) dan malabsorpsi lemak.

c) Malabsorpsi Protein

- 3) Faktor Makanan : Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

dr. M. C. Widjaja (2002; h. 6) menambahkan faktor makanan lainnya yaitu terlalu banyak lemak, mentah (sayuran), dan kurang matang.

- 4) Faktor Psikologis : Rasa takut dan cemas (jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar).

Menurut Depkes RI 2007, Faktor perilaku yang dapat menyebabkan terjadinya diare, antara lain :

- a) Tidak memberi ASI secara penuh 4-6 bulan pertama pada kehidupan. Pada balita yang tidak diberi ASI resiko balita menderita diare lebih besar dari pada balita yang diberi ASI penuh, dan kemungkinan menderita dehidrasi berat lebih besar.
- b) Menggunakan Botol Susu
Penggunaan botol susu ini memudahkan pencemaran oleh kuman karena susah dibersihkan. Penggunaan botol yang tidak bersih atau sudah dipakai setelah berjam-jam dibiarkan dilingkungan yang panas sering menyebabkan infeksius yang parah karena botol dapat tercemar oleh kuman-kuman/bakteri penyebab diare.
- c) Menyimpan makanan masak pada suhu kamar, bila makanan disimpan beberapa jam pada suhu kamar, makanan akan tercemar kuman dan berkembang biak.
- d) Menggunakan air minum yang tercemar.
- e) Tidak mencuci tangan sesudah membuang tinja anak atau sebelum makan dan menyuapi anak.
- f) Tidak membuang tinja dengan benar, seringnya beranggapan bahwa tinja tidak berbahaya, padahal sesungguhnya mengandung virus atau bakteri dalam jumlah besar. Selain itu tinja binatang juga dapat menyebabkan infeksi pada manusia.

g) Faktor anak

(1) Diare sering terjadi pada anak terutama usia 6 bulan sampai 2 tahun atau pada bayi yang berusia di bawah 6 bulan yang minum susu sapi atau susu formula atau makanan bayi (Petrus Andrianto, 1994; h. 1).

(2) Status gizi

Beratnya penyakit, lama dan resiko kematian karena diare meningkat pada anak-anak yang menderita gangguan gizi terutama pada penderita gizi buruk.

(3) Riwayat penyakit yg pernah diderita anak

(a) Riwayat Penyakit Campak. Anak harus diimunisasi terhadap campak secepat mungkin setelah usia 9 bulan. Diare dan disentri sering terjadi dan berakibat berat pada anak-anak yang sedang menderita campak dalam 4 minggu terakhir. Hal ini sebagai akibat dari penurunan kekebalan tubuh penderita.

(b) Riwayat penyakit yang sering terjadi pada anak berusia dibawah 2 tahun biasanya adalah batuk, panas, pilek, dan kejang yang terjadi sebelum, selama, dan sesudah diare. Informasi ini diperlukan untuk melihat tanda atau gejala infeksi lain yang menyebabkan diare seperti OMA (otitis media akut), tonsilitis, faringitis, bronko pneumonia, dan ensefalitis.

Pada OMA/peradangan akut telinga tengah terjadi oleh karena bakteri atau virus masuk melalui saluran eustachius yang menghubungkan telinga tengah dengan rongga hidung belakang dan tenggorokan bagian atas sehingga mencapai saluran pencernaan.

Menurut Ngastiyah (2005; h. 224), Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ialah :

a) Gangguan Osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

b) Gangguan Sekresi

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

c) Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare pula.

b. Etiologi/Faktor Predisposisi Dehidrasi

Menurut Donna L. Wong dkk (2009; h. 992) dehidrasi dapat terjadi karena sejumlah penyakit yang menyebabkan kehilangan cairan tak kasat mata (insensible water loss) lewat kulit dan traktus respiratorius, lewat peningkatan ekskresi renal dan lewat traktus gastrointestinal. Meskipun dehidrasi dapat terjadi karena kurangnya asupan oral (khususnya pada suhu lingkungan yang tinggi), keadaan ini lebih sering disebabkan oleh kehilangan cairan yang abnormal seperti terlihat pada muntah atau diare ketika asupan oralnya hanya mampu mengimbangi sebagian kehilanganyang abnormal tersebut.

4. Tanda dan Gejala Diare dan Dehidrasi

a. Tanda Gejala Diare

Menurut vivian Nanny (2010 ; h. 92), tanda dan gejala anak yang mengalami diare sebagai berikut :

- 1) Cengeng, rewel
- 2) Gelisah
- 3) Suhu meningkat
- 4) Nafsu makan menurun
- 5) Faces cair dan berlendir, kadang ada juga yang disertai dengan adanya darah, kelamaan faces ini akan berwarna hijau dan asam
- 6) Anus lecet, Sudaryat Suraatmaja (2005; h. 7) menambahkan : karena seringnya defikasi, anus dan sekitarnya menjadi lecet karena tinja makin lama menjadi makin asam akibat banyaknya asam laktat yang terjadi dari pemecahan laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus.

- 7) Dehidrasi, bila menjadi dehidrasi berat akan terjadi penurunan volume dan tekanan darah, nadi cepat dan kecil, peningkatan denyut jantung, penurunan kesadaran, dan diakhiri dengan syok.
- 8) Berat Badan Menurun.
- 9) Turgor kulit menurun.
- 10) Mata dan ubun-ubun cekung.
- 11) Selaput lendir dan mulut serta kulit menjadi kering.

Ngastiyah (2005; h. 225) menambahkan tanda dan gejala diare yaitu gejala muntah yang dapat timbul sebelum atau sesudah diare. Hal tersebut disebabkan karena lambung turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit.

b. Tanda dan Gejala Dehidrasi

Menurut Ika (2007; h. 279-299), Gejala dari dehidrasi yaitu rasa haus, berat badan turun. Kulit, bibir dan lidah kering, saliva menjadi kental. Turgor kulit dan tonus otot berkurang, mata dan ubun-ubun cekung, pembentukan urin berkurang, anak menjadi apatis, gelisah kadang-kadang disertai kejang. Akhirnya timbul gejala asidosis dan renjatan dengan nadi dan jantung yang berdenyut cepat dan lemah, tekanan darah menurun dan pernafasan kuusmaul atau pernafasan yang bersifat cepat teratur dan dalam. Ini adalah usaha tubuh untuk mempertahankan pH darah.

Suraatmaja (2005; h. 7) menambahkan penurunan berat

badan akibat dehidrasi dibagi menjadi :

- 1) Dehidrasi ringan apabila terjadi penurunan 2 ½ - 5%
- 2) Dehidrasi sedang apabila terjadi penurunan 5 – 10%
- 3) Dehidrasi berat apabila terjadi penurunan > 10%

Menurut Soetjningsih (2005; h. 20), untuk memperkirakan berat badan anak dapat digunakan rumus Behrman yaitu :

a) Umur 3-12 bulan : $\frac{\text{Umur (bulan) } + 9}{2}$

b) Umur 1-6 tahun : $\text{Umur (tahun) } \times 2 + 8$

Tabel 2.2 Penilaian Derajat Dehidrasi batasan WHO

Tanda dan gejala diare	Dehidrasi ringan	Dehidrasi sedang	Dehidrasi berat
Keadaan umum	Sakit, gelisah, haus	Gelisah, ngantuk, rewel	Ngantuk, lemas, dingin, berkeringat, pucat, dapat pingsan
Denyut nadi	Normal: kurang dari 120 kali/menit	Cepat dan lemah: 120-140	Cepat, halus, kadang tak teraba
Pernafasan	Dalam	Dalam tapi cepay	Dalam, cepat
Mulut dan Lidah	Basah	Kering	Sangat kering
Uzun-ubun	Normal	Cekung	Sangat cekung
Kelopak mata	Ada	Cekung	Sangat cekung
Air mata	Ada	Tidak ada	Sangat kering
Selaput lendir	Lembab	Kering	Sangat kering
Ekstremitas kulit/turgor	Jika dicubit, segera kembali normal	Untuk kembali normal lambat	Untuk kembali normal sangat lambat
Air seni	Normal	Berkurang, berwarna tua	Tidak kencing

Sumber : dr. widjaja h. 9-10

5. Patofisiologi Diare dan Dehidrasi

1) Patofisiologi Diare

Menurut Aziz Alimul (2006; h. 12) Proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan faktor diantaranya yaitu :

- a) Faktor infeksi, proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Selanjutnya terjadi penurunan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan sistem transpor aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat.
- b) Faktor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare.

Marry Courtney Moore (1997; h. 53), menambahkan bahwa makanan berlemak sering sekali memperparah diare dan memperlambat pengosongan saluran pencernaan, yang dapat meningkatkan muntah-muntah.

c) Faktor makanan, ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik, sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian mengakibatkan diare.

d) Faktor psikologi, dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya mempengaruhi proses penyerapan makanan yang dapat mengakibatkan diare.

2) Patofisiologi Dehidrasi

Menurut Donna L. Wong dkk (2009; h. 9930 Patofisiologi dehidrasi yaitu:

Dapat dipahami paling jelas dengan mengenali bahwa distribusi air diantara ruang ekstrasel dan intrasel bergantung pada transportasi aktif kalium ke dalam sel serta natrium ke luar sel lewat proses yang memerlukan energi. Natrium merupakan solut utama dalam cairan ekstrasel sehingga menjadi determinan primer yang menentukan volume cairan ekstrasel. Bila volume cairan ekstrasel berkurang pada keadaan dehidrasi akut, kandungan total natrium dalam tubuh hampir selalu akan turut berkurang pula tanpa bergantung pada hasil pengukuran natrium serum. Oleh karena itu, terapi penggantian volume cairan harus disertai dengan replasi natrium. Deplesi natrium pada diare terjadi lewat dua cara : keluar dari tubuh lewat feses dan masuk ke dalam kompartemen intrasel untuk mengganti kalium agar keseimbangan listrik dapat dipertahankan.

Menurut Dr. Soetjiningsih (1997; h. 65) menambahkan, ASI merupakan salah satu dari elemen GOBI-FFF yang dicanangkan oleh Unicef dalam upaya kelangsungan hidup anak, harus digalakkan pemakaiannya termasuk di Indonesia. Peranan ASI dalam pencegahan dan terapi diare akut pada anak, karena di dalam ASI terdapat berbagai komponen yang penting dan baik dalam pencegahan maupun dalam terapi diare akut. Sehingga pada anak yang minum ASI lebih jarang sakit diare dari pada anak yang minum susu formula. Di samping itu kalau anak yang minum ASI menderita diare, bila ASI diteruskan pada penatalaksanaan diare, maka diare akan cepat berhenti. Hal ini disebabkan karena komponen-komponen yang terkandung di dalam ASI.

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Suraatmaja (2010; h. 2), pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada pasien diare yaitu :

- a. Dilakukan pemeriksaan tinja yaitu untuk memeriksa makroskopik dan mikroskopik, biakan kuman, tes resistensi terhadap berbagai antibiotika, pH dan kadar gula jika diduga ada intoleransi laktosa.

Ilmu kesehatan Anak (2007; h. 286), menambahkan pemeriksaan yang laboratorium yang dilakukan pada pasien diare yaitu :

- b. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah, dengan menentukan pH (pH < 6, normal pH tinja 7-8) dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah menurut.

- c. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatin untuk mengetahui faal ginjal.
- d. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium, dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang)
- e. Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

7. Penatalaksanaan Medis

Menurut MTBS (2008; h. 9,16-17,20-2), langkah-langkah dalam pengobatan diare yang telah ditetapkan dalam bagian penilaian dan klasifikasi adalah :

a. Rencana Terapi A: Penanganan Diare di Rumah

Jelaskan pada Ibu tentang 4 aturan perawatan di Rumah:

1) Beri Cairan Tambahan (sebanyak anak mau)

Jelaskan kepada ibu :

- a) Beri ASI lebih sering dan lebih lama pada setiap kali pemberian.
- b) Jika anak memperoleh ASI Eksklusif, berikan oralit atau air matang sebagai tambahan.
- c) Jika anak tidak memperoleh ASI Eksklusif, berikan 1 atau lebih cairan berikut ini : Oralit, cairan makanan (kuah sayur, air tajin) atau air matang.

Anak harus diberi larutan oralit di rumah jika:

- a) Anak telah diobati dengan Rencana Terapi B atau C dalam kunjungan ini.
- b) Anak tidak dapat kembali ke klinik jika diarenya bertambah parah.

- 2) Ajari ibu cara mencampur dan memberikan oralit. Beri ibu 6 bungkus oralit (200 ml) untuk digunakan di rumah.
- 3) Tunjukkan Kepada Ibu Berapa Banyak Oralit / Cairan Lain yang harus diberikan setiap kali anak berak:
 - a) Sampai umur 1 tahun : 50 sampai 100 ml setiap kali berak.
 - b) Umur 1 sampai 5 tahun : 100 sampai 200 ml setiap kali berak.

Katakan kepada ibu :

- a) Agar meminumkan sedikit-sedikit tapi sering dari mangkuk/cangkir/gelas.
 - b) Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian lanjutkan lagi dengan lebih lambat.
 - c) Lanjutkan pemberian cairan tambahan sampai diare berhenti.
- 4) Beri tablet zinc selama 10 hari.

Dosis tablet zinc (1 tablet = 20 mg)

- (1) Umur 2 – 6 bulan : $\frac{1}{2}$ tablet
- (2) Umur \geq 6 bulan : 1 tablet

Cara pemberian tablet zinc :

- a) Larutkan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut dalam \pm 30 detik), segera berikan kepada anak.
- b) Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.

- c) Ingatkan ibu untuk memberikan tablet zinc setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti.
 - d) Bila anak menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infus, tetap berikan tablet zinc segera setelah anak bisa minum atau makan.
- 5) Lanjutkan pemberian makanan.
- a) Sampai umur 6 bulan.
 - (1) Berikan ASI sesuai keinginan anak paing sedikit 8 kali sehari, pagi, siang, walaupun malam.
 - (2) Jangan diberikan makanan atau minuman lain selain ASI.
 - b) Umur 6 sampai 9 bulan.
 - (1) Teruskan pemberian ASI
 - (2) Mulai memberi makanan pendamping ASI (MP-ASI) seperti bubur susu, pisang, pepaya lumat halus, air jeruk, air tomat saring.
 - (3) Secara bertahap sesuai pertambahan umur berikan bubur tim lumat ditambah kuning telur/ayam/ ikan/ tempe/ tahu/ daging sapi/wortel/ bayam/ kacang hijau/ santan/ minyak.
 - (4) Setiap hari berikan makan yaitu umur 6 bulan : 2 x 6 sdm peres, 7 bulan : 2 – 3 x 7 sdm peres, 8 bulan : 3 x 8 sdm peres.

c) Umur 9 – 12 bulan

- (1) Teruskan pemberian ASI
- (2) Berikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang lebih padat dan kasar seperti bubur nasi, nasi tim, nasi lembek.
- (3) Tambahkan telur/ ayam/ ikan/ tempe/ tahu/ daging sapi/ wortel/ bayam/ santan/ kacang hijau/ minyak.
- (4) Setiap hari (pagi, siang, malam) diberikan makanan sebagai berikut : umur 9 bln : 3 x 9 sdm peres, umur 10 bln : 3 x 10 sdm peres, 11 bln : 3 x 11 sdm peres
- (5) Beri makanan selingan 2 kali sehari diantara waktu makan (buah, biskuit, kue)

d) Umur 12 – 24

- (1) Teruskan pemberian ASI
- (2) Berikan makanan keluarga secara bertahap sesuai dengan kemampuan anak
- (3) Berikan 3 x sehari, sebanyak 1/3 porsi makan orang dewasa terdiri dari nasi, lauk pauk, sayur, buah.
- (4) Beri makanan selingan kaya gizi 2x sehari diantara waktu makan (biskuit, kue)
- (5) Perhatikan variasi makanan

e) Umur 24 bulan lebih

- (1) Berikan makanan keluarga 3x sehari, sebanyak 1/3 porsi makan orang dewasa yang terdiri dari nasi, lauk pauk, sayur, dan buah
- (2) Berikan makanan selingan kaya gizi 2x sehari

6) Kapan harus kembali

7) Pengobatan dengan antibiotik

Untuk semua klasifikasi yang membutuhkan antibiotik yang sesuai :

a) Antibiotik pilihan pertama : kotrimoksazol (trimetoprim + sulfametoksazol).

b) Antibiotik pilihan yang kedua : Amoksisilin

Tabel 2.3 Antibiotik yang sesuai.

Umur atau berat badan	Kotrimoksazol 2 kali sehari selama 3 hari untuk pneumonia 2 kali sehari selama 5 hari untuk infeksi telinga akut			Amoksisilin 2 kali sehari selama 3 hari untuk pneumonia 2 kali sehari selama 5 hari untuk infeksi telinga akut	
	Tab dewasa (80 mg tmp + 400 mg Smz)	Tab anak (20 mg tmp + 100 mg Smz)	Sirup per 5 ml (40 mg tmp + 200 mg smz)	Tablet (500 mg)	Sirup per 5 ml (125 mg)
2 bln - <4 bln (4 - <6kg)	$\frac{1}{4}$	1	2.5 ml ($\frac{1}{2}$ sendokmakan)	$\frac{1}{4}$	5 ml (1 sendoktakar)
4 bln - <12bln (6 - <10)	$\frac{1}{2}$	2	5 ml (1 sendoktakar)	$\frac{1}{2}$	10 ml (2 sendoktakar)
12 bln - <3 tahun (10 - <16 kg)	$\frac{3}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	7.5 ml ($1\frac{1}{2}$ sendoktakar)	2/3	12.5 ml (2 $\frac{1}{2}$ sendoktakar)
3 tahun - <5 tahun (16 - <19 kg)	1	3	10 ml (2 sendoktakar)	$\frac{3}{4}$	15 ml (sendoktakar)

(Sumber : MTBS, 2008; h 9).

- b. Rencana Terapi B : Penanganan dehidrasi Ringan/Sedang dengan oralit

Berikan oralit di klinik sesuai yang dianjurkan selama periode 3 jam.

Tabel 2.4 Pemberian oralit

Umur	≤ 4 bulan	4 - <2 tahun	1 - < 2 tahun	2 - < 5 tahun
Berat	< 6 kg	6 – 10 kg	10 – 12 kg	12 – 19 kg
Jumlah	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

- a) Tentukan jumlah oralit untuk 3 jam pertama.

Jumlah oralit yang diperlukan = berat badan (dalam Kg) X 75 ml. Digunakan UMUR hanya bila berat badan anak tidak diketahui.

- (1) Jika anak menginginkan, boleh diberikan lebih banyak dari pedoman diatas.
- (2) Untuk anak berumur kurang dari 6 bulan yang tidak menyusu, berikan juga 100 - 200 ml air matang selama periode ini.

- b) Tunjukkan cara meberikan larutan oralit.

- (1) Minumkan sedikit-sedikit tapi sering dari cangkir/ mangkuk/ gelas.
- (2) Jika anak muntah, tunggu 10 menit. Kemudian berikan lagi lebih lambat.
- (3) Lanjutkan ASI selama anak mau

- c) Berikan tablet zinc selama 10 hari

- d) Setelah 3 jam:

- (1) Ulangi penilaian dan klasifikasikan kembali derajat dehidrasinya.

- (2) Pilih rencana terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.
 - (3) Mulailah memberi makan anak.
- e) Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan selesai :
- (1) Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit di rumah.
 - (2) Tunjukkan berapa banyak oralit yang harus diberikan di rumah untuk menyelesaikan 3 jam pengobatan.
 - (3) Beri oralit yang cukup untuk rehidrasi dengan menambahkan 6 bungkus lagi sesuai yang di anjurkan dalam Rencana Terapi A.
 - (4) Jelaskan 4 aturan perawatan diare di rumah:
 - (a) Beri cairan tambahan.
 - (b) Lanjutkan pemberian tablet zinc sampai 10 hari.
 - (c) Lanjutkan pemberian makan.
 - (d) Kapan harus kembali.

c. Rencana Terapi C : Penanganan Dehidrasi Berat dengan Cepat

- 1) Beri cairan intravena secepatnya. Jika anak bisa minum, beri oralit melalui mulut sementara infus dipersiapkan. Beri 100 ml/kg cairan Ringer Laktat (atau jika tak tersedia, gunakan cairan NaCl) yang dibagi sebagai berikut :

Tabel 2.5 Jumlah pemberian cairan infus berdasarkan usia atau berat badan.

UMUR	Pemberian pertama 30 ml/kg selama:	Permbertianberikut 70 ml/kg selama :
Bayi (dibawah umur 12 bulan)	1 jam	5 jam
Anak (12 bulansampai 5 tahun)	30 menit	2 ½ jam

(Sumber : MTBS, 2008; h. 17)

- 2) Ulangi sekali lagi jika denyut nadi sangat lemah atau tidak teraba.
- 3) Periksa kembali anak setiap 15 – 30 menit. Jika nadi belum, beri alasan tetesan lebih cepat.
- 4) Beri oralit (kira-kira 5 ml/kg/jam) segera setelah anak mau minum : biasanya sesudah 3-4 jam (bayi) atau 1-2 jam (anak) dan beri juga tablet Zinc.
- 5) Periksa kembali bayi sesudah 6 jam atau anak sesudah 3 jam. Klasifikasikan Dehidrasi dan pilih Rencana Terapi yang sesuai untuk melanjutkan pengobatan.
- 6) Jika terdapat pemberian cairan intravena terdekat (dalam 30 menit) maka rujuk segera untuk pengobatan intravena dan jika anak bisa minum, bekali ibu larutan oralit dan tunjukkan cara meminumkan pada anaknya sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan.
- 7) Jika tidak terdapat, maka mulailah melakukan rehidrasi dengan oralit melalui pipa nasogastrik atau mulut dengan memberi 20 ml/kg/jam selama 6 jam (total 120 ml/kg). Periksa kembali anak setiap 1-2 jam, jika anak muntah terus atau perut makin kembung, beri cairan lebih lambat. Namun jika setelah 3 jam keadaan hidrasi tidak membaik, rujuk anak untuk pengobatan intravena. Sesudah 6 jam, periksa kembali anak. Klasifikasikan dehidrasi, kemudian tentukan Rencana Terapi yang sesuai A, B, atau C) untuk

melanjutkan pengobatan. (Catatan : jika mungkin, amati anak sekurang-kurangnya 6 jam setelah rehidrasi untuk meyakinkan ibu bahwa ibu dapat mempertahankan hidrasi dengan pemberian larutan oralit per oral).

8) Jika anak tidak bisa minum maka rujuk segera untuk pengobatan intravena.

d. Adapun program LINTAS DIARE yaitu:

1) Rehidrasi menggunakan Oralit osmolalitas rendah

Untuk mencegah terjadinya dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah tangga dengan memberikan oralit osmolaritas rendah, dan bila tidak tersedia berikan cairan rumah tangga seperti air tajin, kuah sayur, air matang. Oralit saat ini yang beredar di pasaran sudah oralit yang baru dengan osmolaritas yang rendah, yang dapat mengurangi rasa mual dan muntah. Oralit merupakan cairan yang terbaik bagi penderita diare untuk mengganti cairan yang hilang. Bila penderita tidak bisa minum harus segera di bawa ke sarana kesehatan untuk mendapat pertolongan cairan melalui infus. Pemberian oralit didasarkan pada derajat dehidrasi (Kemenkes RI, 2011).

2) Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut

Menurut MTBS (2008), Cara pemberian tablet zinc :

a) Larutkan tablet dengan sedikit air atau ASI dalam sendok teh (tablet akan larut dalam \pm 30 detik), segera berikan kepada anak.

b) Apabila anak muntah sekitar setengah jam setelah pemberian tablet zinc, ulangi pemberian dengan cara memberikan potongan lebih kecil dilarutkan beberapa kali hingga satu dosis penuh.

c) Ingatkan ibu untuk memberikan tablet zinc setiap hari selama 10 hari penuh, meskipun diare sudah berhenti.

Bila anak menderita dehidrasi berat dan memerlukan cairan infus, tetap berikan tablet zinc segera setelah anak bisa minum atau makan.

Dosis tablet zinc (1 tablet = 20 mg)

(3) Umur 2 – 6 bulan : ½ tablet

(4) Umur ≥ 6 bulan : 1 tablet

3) Teruskan pemberian ASI dan Makanan

Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Anak yang masih minum ASI harus lebih sering di beri ASI. Anak yang minum susu formula juga diberikan lebih sering dari biasanya. Anak usia 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang telah mendapatkan makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna dan diberikan sedikit lebih sedikit dan lebih sering. Setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan (Kemenkes RI, 2011).

4) Antibiotik Selektif

Antibiotika tidak boleh digunakan secara rutin karena kecilnya kejadian diare pada balita yang disebabkan oleh bakteri. Antibiotika hanya bermanfaat pada penderita diare dengan darah (sebagian besar karena shigellosis), suspek kolera (Kemenkes RI, 2011).

5) Nasihat kepada orang tua/pengasuh

Menurut Kemenkes RI (2011), ibu atau pengasuh yang berhubungan erat dengan balita harus diberi nasehat tentang:

- a) Cara memberikan cairan dan obat di rumah.
- b) Kapan harus membawa kembali balita ke petugas kesehatan bila :
 - (1) Diare lebih sering
 - (2) Muntah berulang
 - (3) Sangat haus
 - (4) Makan/minum sedikit
 - (5) Timbul demam
 - (6) Tinja berdarah
 - (7) Tidak membaik dalam 3 hari.

Menurut Ngastiyah (2005; h. 227) , menambahkan penatalaksanaan medis, dan dasar pengobatannya adalah :

- 1) Pemberian cairan. Cara memberikan cairan dalam terapi rehidrasi :
 - 1) Belum ada dehidrasi : per oral sebanyak anak mau minum (ad libitum) atau 1 gelas tiap defekasi.

2) Dehidrasi ringan

1 jam pertama : 25-50 ml/ kg BB per oral/
intragastrik

Selanjutnya : 125 ml/ kg BB/ hari ad libitum.

3) Dehidrasi sedang

1 jam pertama : 50-100 ml/ kg BB per oral/
intragastrik (sonde)

Selanjutnya : 125 ml/ kg BB/ hari ada libitum

4) Dehidrasi berat

(1) Untuk anak umur 1 bulan – 2 tahun berat badan
3-10 kg

(a) 1 jam pertama : 40 ml/ kg BB/ jam = 10 tetes/
kg/ menit (set infus berukuran 1 ml = 15 tetes)
atau 13 tetes/ kg BB/ menit (set infus 1 ml =
20 tetes)

(b) 7 jam berikutnya: 12 ml/ kg BB/ jam = 13
tetes/ kg BB/ menit (set infus 1 ml = 15 tetes)
atau 4 tetes/ kg BB/ menit (set infus 1 ml = 20
tetes)

(c) 16 jam berikutnya : 125 ml/ kg BB/ oralit per
oral atau intragastri. Bila anak tidak mau
minu, teruskan DG aa intravena 2 tetes/ kg
BB/ menit (set infus 1 ml = 15 tetes atau 3
tetes/ kg BB/ menit (set infus 1 ml = 20 tetes)

(2) Untuk anak lebih dari 2-5 tahun dengan berat badan 10-15 kg :

(a) 1 jam pertama : 30 ml/ kg BB/ jam atau 8 tetes/ kg BB/ menit (1 ml = 15 tetes) atau 10 tetes/ kg BB/ menit (1 ml = 20 tetes)

(b) 7 jam berikutnya : 10 ml/ kg BB/ jam atau 3 tetes/ kg BB/ menit (1 ml = 15 tetes) atau 4 tetes/ kg BB/ menit (1 ml = 20 tetes)

(c) 16 jam berikutnya : 125 ml/ kg BB oralit per oral atau intragastrik. Bila anak tidak mau minum dapat diteruskan dengan DG aa intravena 2 tetes/ kg BB/ menit (1 ml = 15 tetes) atau 3 tetes/ kg BB/ menit (1 ml = 20 tetes)

(3) Untuk anak lebih dari 5-10 tahun dengan berat badan 15-25 kg

(a) 1 jam pertama : 20 ml/kg BB/jam atau 5 tetes/kg BB/menit (1 ml = 15 tetes) atau 7 tetes/kg BB/menit (1 ml = 20 tetes)

(b) 7 jam berikutnya : 10 ml/kg BB/jam atau 2.5 tetes/kg BB/menit (1 ml = 15 tetes) atau 3 tetes/kg BB/menit (1 ml = 20 tetes)

16 jam berikutnya : 105 ml/kg BB oralit per oral atau bila anak tidak mau minum dapat diberikan intravena 1 tetes/kg BB/menit (1 ml = 15 tetes) atau 1.5 tetes/kg BB/menit (set 1 ml = 20 tetes). Dietetik (cara pemberian makanan)

5) Untuk anak dibawah 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 laktosa rendah dan asam lemak tidak jenuh, misalnya LLM, Almiron).
- (2) Makanan setengah padat (bubur) atau makanan padat (nasi tim), bila anak tidak mau minum susu karena di rumah tidak biasa diberi makanan padat.
- (3) Susu khusus yang disesuaikan dengan kelainan yang ditemukan misalnya susu yang tidak mengandung laktosa atau asam lemak yang berantai sedang atau tidak jenuh, sesuai dengan kelainan yang ditemukan. ■

Dengan cara :

Hari 1 : Setelah rehidrasi segera diberikan makanan peroral.

Bila diberi ASI atau susu formula tetapi diare masih sering hendaknya diberikan oralit atau air tawar selang seling dengan ASI, misalnya: 2 kali ASI/susu formula rendah laktosa, 1 kali oralit. Air tawar

atau 1 kali ASI susu formula rendah laktosa. 1 kali oralit.

Hari ke 2 – 4 : ASI/susu formula rendah laktosa penuh.

Hari ke 5 : Anak diperbolehkan untuk pulang dengan tetap diberikan ASI/susu formula sesuai dengan kelainan yang ditemukan (dari hasil pemeriksaan laboratorium). Bila tidak ada kelainan dapat diberikan susu biasa.

2 Obat-obatan

Prinsip pengobatan diare adalah untuk menggantikan cairan yang hilang melalui tinja, dengan atau tanpa muntah, dengan cairan yang mengandung elektrolit dan glikosa atau karbohidrat lain (gula, air tajin, tepung beras dan sebagainya)

e. Penatalaksanaan anus lecet

Menurut Aziz Alimul (2008; h. 104), Cara mencegah terjadinya anus lecet yaitu dengan cara menjaga kebersihan atau higiene pada daerah bokong, melakukan penggantian popok dengan sering, membersihkan daerah rektum dan perinum dengan air bersih dan sabun setiap selesai BAB, memberikan salep pelumas bila telah terjadi lecet.

8. Komplikasi

Menurut Suraatmaja (2005; h. 5-7), sebagai akibat diare baik akut maupun kronik, dapat terjadi berbagai macam komplikasi seperti :

a. Kehilangan air (dehidrasi)

Dehidrasi dapat terjadi karena kehilangan air (output) lebih banyak dari pada pemasukan air (input), merupakan penyebab terjadinya kematian pada diare.

b. Gangguan keseimbangan asam-basa (metabolik asidosis)

Metabolik asidosis ini dapat terjadi karena :

- 1) Kehilangan Na-bikarbonat bersama tinja
- 2) Adanya ketosis kelaparan. Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga benda keton tertimbun dalam tubuh.
- 3) Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (terjadi oliguria/anuria)
- 4) Pemindahan ion Na dari cairan ekstraseluler kedalam cairan intraseluler

c. Hipoglikemia

Hipoglikemia terjadi pada 2-3 % dari anak-anak yang menderita diare. Hipoglikemia ini sering terjadi pada anak yang sebelumnya sudah menderita KKP. Hal ini terjadi karena adanya gangguan penyimpanan/persediaan glikogen dalam hati dan adanya gangguan absorpsi glukosa. Gejala hipoglikemia akan muncul jika kadar glukosa darah menurun sampai 40 mg% pada bayi dan 50 mg% pada anak-anak. Hal tersebut dapat berupa lemah, apatis, peka rangsang, tremor, berkeringat, pucat, syok, kejang sampai koma.

d. Gangguan Gizi

Sewaktu anak menderita diare, sering terjadi gangguan gizi dengan akibat terjadinya penurunan berat badan dalam waktu yang singkat.

Hal ini disebabkan oleh :

- 1) Makanan sering dihentikan oleh orang tua karena takut diare dan/atau muntahnya akan bertambah hebat. Orang tua sering hanya memberikan air teh saja (teh diit)
- 2) Walaupun susu diteruskan, sering diberikan dengan pengenceran dan susu yang encer ini diberikan terlalu lama.
- 3) Makanan yang diberikan sering tidak dicerna dan diabsorpsi dengan baik dengan adanya hiperperistaltik.

e. Gangguan sirkulasi

Sebagai akibat diare dengan/disertai muntah, dapat terjadi gangguan sirkulasi darah berupa renjatan (syok) hipovolemik. Akibatnya perfusi jaringan berkurang dan terjadi hipoksian asidosis bertambah hebat, dapat meningkatkan perdarahan dalam otak, kesadaran menurun (soporokomatus) dan bila tidak segera ditolong penderita dapat meninggal.

IKA (2007; h. 287) menambahkan bahwa komplikasi yang dapat terjadi yaitu :

- 1) Hipokalemia (dengan gejala berupa meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardia, perubahan pada elektrokardiogram)
- 2) Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktase karena kerusakan vili mukosa usus halus.
- 3) Kejang, terutama pada dehidrasi hipertonik.
- 4) Malnutrisi energi protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan.

- f. Malnutrisi energi protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan.

Suraatmaja (2005; h. 12-13) menambahkan komplikasi yang terjadi akibat dari dehidrasi yaitu :

1) Hipernatremia

Sering terjadi pada bayi baru lahir sampai umur 1 tahun (khususnya bayi berumur < 6 bulan). Biasanya terjadi pada diare yang disertai muntah dengan intake cairan/makanan kurang, atau cairan yang diminum mengandung terlalu banyak Na. Pada bayi juga dapat terjadi jika setelah diare sembuh diberi oralit dalam jumlah berlebihan.

2) Hiponatremia

Dapat terjadi pada penderita diare yang minum cairan yang sedikit/tidak mengandung Na. Penderita gizi buruk mempunyai kecenderungan mengalami hiponatremia.

9. Tugas Perkembangan Bayi 0 bulan - 1 tahun

Menurut pedoman pelaksanaan SDIDTK Kemenkesh (2010;

h. 16-23), tugas perkembangan berdasarkan umur yaitu :

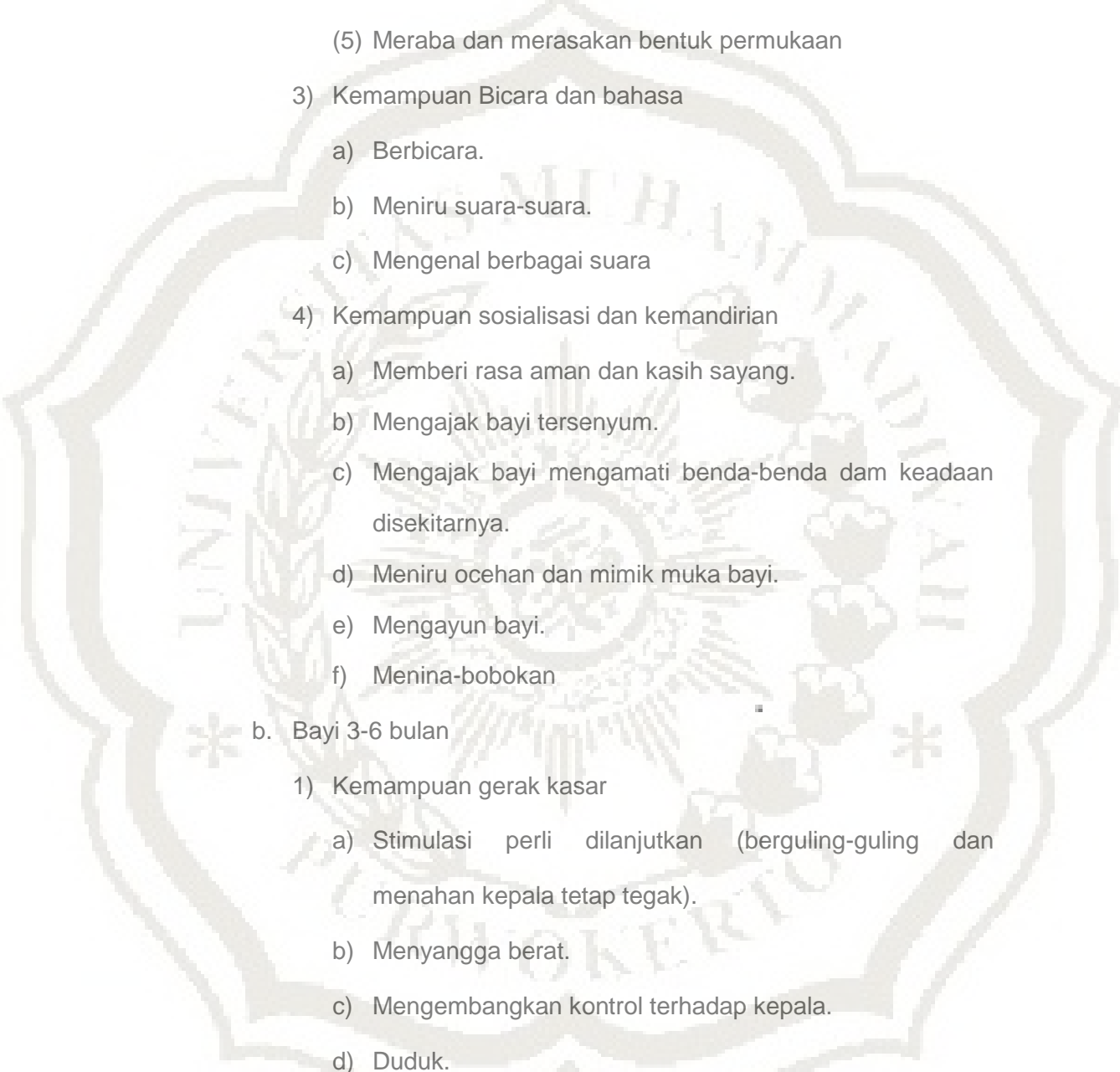
a. Bayi 0-3 bulan


1) Kemampuan Gerak Kasar

- a) Mengangkat kepala
- b) Berguling-guling
- c) Menahan kepala tetap tegak

2) Kemampuan Gerak Halus

- (1) Melihat, meraih dan menendang mainan gantung.
- (2) Memperhatikan benda gerak.

- 
- (3) Melihat benda-benda kecil.
 - (4) Memegang benda.
 - (5) Meraba dan merasakan bentuk permukaan
- 3) Kemampuan Bicara dan bahasa
- a) Berbicara.
 - b) Meniru suara-suara.
 - c) Mengenal berbagai suara
- 4) Kemampuan sosialisasi dan kemandirian
- a) Memberi rasa aman dan kasih sayang.
 - b) Mengajak bayi tersenyum.
 - c) Mengajak bayi mengamati benda-benda dan keadaan disekitarnya.
 - d) Meniru ocehan dan mimik muka bayi.
 - e) Mengayun bayi.
 - f) Menina-bobokan
- b. Bayi 3-6 bulan
- 1) Kemampuan gerak kasar
- a) Stimulasi perlu dilanjutkan (berguling-guling dan menahan kepala tetap tegak).
 - b) Menyangga berat.
 - c) Mengembangkan kontrol terhadap kepala.
 - d) Duduk.
- 2) Kemampuan gerak halus
- (1) Stimulasi yang perlu dilanjutkan yaitu melihat, meraih dan menendang mainan gantung, memperhatikan benda bergerak, melihat benda-benda kecil. meraba dan merasakan berbagai bentuk permukaan.

- 
- (2) Memegang benda dengan kuat.
 - (3) Memegang benda dengan kedua tangan.
 - (4) Makan sendiri.
 - (5) Mengambil benda-benda kecil
- 3) Kemampuan bicara dan bahasa
 - (1) Stimulasi yang perlu dilanjutkan yaitu berbicara, meniru suara-suara, mengenali berbagai suara.
 - (2) Mencari sumber suara.
 - (3) Meniru kata-kata
 - 4) Kemampuan bersosialisasi dan kemandirian
 - (1) Stimulasi yang perlu dilanjutkan yaitu memberi rasa aman dan kasih sayang, mengajak bayi tersenyum, mengamati, mengayun, menina-bobokan.
 - (2) Bermain "ciluk-ba".
 - (3) Melihat dirinya dikaca.
 - (4) Berusaha meraih mainan
- c. Bayi umur 6-9 bulan
- 1) Kemampuan gerak kasar
 - a) Stimulasi yang perlu dilanjutkan yaitu menyangga berat, merangkak, menarik ke posisi berdiri, berjalan berpegangan, berjalan dengan bantuan.
 - b) Merangkak.
 - c) Menarik ke posisi berdiri
 - d) Berjalan berpegangan
 - e) Berjalan dengan bantuan

2) Kemampuan gerak halus

- a) Stimulasi yang perlu dilanjutkan yaitu memegang benda dengan kuat, memegang benda dengan kedua tangannya, mengambil benda-benda kecil.
- b) Memasukan benda ke dalam wadah.
- c) Bermain “genderang”.
- d) Memegang alat tulis dan mencoret-coret.
- e) Bermain mainan yang mengapung di air
- f) Membuat bunyi-bunyian.
- g) Menyembunyikan dan mencari mainan.

3) Kemampuan bicara dan bahasa

- a) Stimulasi yang perlu dilanjutkan yaitu berbicara, mengenali berbagai suara, mencari sumber suara, menirukan kata-kata.
- b) Menyebutkan nama gambar-gambar di buku/majalah.
- c) Menunjuk dan menyebutkan nama gambar-gambar.

4) Kemampuan bersosialisasi dan kemandirian

- a) Stimulasi yang perlu dilanjutkan yaitu memberi rasa aman dan kasih sayang, mengajak bayi tersenyum, mengayun, menina-bobokkan, bermain “ciluk-ba”, melihat di kaca.
- b) Permainan “bersosialisasi”

B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

1. Teori asuhan kebidanan Varney

Penatalaksanaan kebidanan adalah proses pemecahan masalah klinis, membuat suatu keputusan, dan memberi perawatan, yang berakar pada tingkatan perawatan kebidanan. Proses ini digunakan sebagai metode untuk mengorganisasi akan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan ketrampilan dalam rangkaian yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 2007; h. 26).

Penatalaksanaan kebidanan terdiri dari 7 langkah varney yang berurutan dimulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap dan telah diaplikasi dalam semua situasi (Varney, 2007; h. 26).

Langkah-langkah tersebut sebagai berikut :

Langkah 1 : Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, meninjau catatan terbaru dan sebelumnya, dan meninjau data pemeriksaan laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi (Varney, 2007; h. 27).

Langkah 2 : Interpretasi data

Dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang dikumpulkan, data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan (Varney, 2007; h. 27).

Langkah 3 : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ini, identifikasi diagnosa atau masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi (Varney, 2007; h. 27).

Langkah 4 : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera

Langkah yang mengidentifikasi perlunya tindakan segera atau ditangani bersama anggota kesehatan lain sesuai kondisi pasien.

Langkah 5 : Menyusun rencana asuhan kebidanan

Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota lainnya (Varney, 2007; h. 27).

Langkah 6 : Pelaksanaan asuhan kebidanan

Pada langkah ini rencana asuhan yang menyeluruh dan langkah ini mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman oleh tenaga kesehatan kepada klien (Varney, 2007; h. 28).

Langkah 7 : evaluasi

Langkah ini merupakan keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan mengenai pemenuhan kebutuhan yang benar-benar terpenuhi. Klien maupun keluarga dapat mengetahui masalah dan diagnosanya (Varney, 2007; h. 28).

2. Penerapan Asuhan Kebidanan

a. Langkah 1 : Pengumpulan data dasar

1) Data Subjektif

a) Identitas pasien

(1) Nama

Identitas ini diperlukan untuk memastikan bahwa yang diperiksa benar-benar anak yang dimaksud yaitu yang menderita diare dan dehidrasi, dan tidak keliru dengan anak lain (Matondang, Iskandar, Sudigdo, 2009; h. 4).

(2) Umur

Diare sering terjadi pada anak terutama usia 6 bulan sampai 2 tahun atau pada bayi yang berusia di bawah 6 bulan yang minum susu sapi atau susu formula atau makanan bayi (Petrus Andrianto, 1994; h. 1).

(3) Nama Orang Tua

Nama ayah, ibu, atau wali pasien harus dituliskan dengan jelas agar tidak keliru dengan orang lain, mengingat banyak sekali nama yang sama. Bila ada title yang bersangkutan harus disertakan (Matondang, Iskandar, Sudigdo, 2009; h. 6)

b) Keluhan utama

Yaitu keadaan buang air besar dengan frekuensi lebih dari 4 kali pada bayi dan 3 kali pada anak. Konsistensi feces encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Ngastiyah, 2005; h. 224).

c) Riwayat kesehatan

(1) Riwayat kesehatan Dahulu

Merupakan data yang perlu diketahui untuk memperoleh gambaran keadaan kesehatan yang pernah diderita oleh balita (Matondang, 2009; h. 15).

(2) Riwayat kesehatan sekarang (bayi)

Merupakan data tentang balita mengenai pertumbuhan dan perkembangannya serta keluhan yang sedang diderita anak bahwa keadaan buang air besar dengan frekuensi lebih dari 4 kali pada bayi dan 3 kali pada anak, konsistensi feces encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Latief, 2009; h. 14).

(3) Riwayat kesehatan keluarga

Merupakan data yang perlu diketahui untuk memperoleh gambaran keadaan kesehatan keluarga pasien (Matondang, 2009; h. 15).

d) Riwayat imunisasi

Perlu dikaji karena untuk mengetahui bahwa diare sering timbul menyertai campak sehingga pemberian imunisasi campak juga dapat mencegah diare oleh karena itu beri anak imunisasi campak segera setelah berumur 9 bulan (Depkes RI, 2006).

e) Pola kebutuhan sehari-hari

(1) Pola nutrisi

Perlu dikaji untuk mengetahui Makanan/minuman yang dapat menyebabkan diare. Seperti makanan basi, beracun, atau bayi yang alergi terhadap makanan dapat menyebabkan bayi terkena diare (Ngastiyah. 2005; h.)

Air minum yang tidak dimasak juga dapat menyebabkan diare. Bila sedang berjangkit penyakit diare selain air harus bersih air juga perlu dimasak matang (Ngastiyah. 2005; h.233)

(2) Pola eliminasi

Pola eliminasi pada diare.pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Perubahan yang terjadi berupa peningkatan volume, keenceran dan frekuensi dengan atau tanpa lendir darah, seperti lebih dari 3 kali/hari dan pada neonatus lebih dari 4 kali/hari(Aziz Alimul, 2008; h. 101).

(3) Pola aktifitas

Dikaji untuk mengetahui pola aktivitas yang sudah dilakukan oleh balita sesuai dengan umur. Pada balita dengan diare tanpa dehidrasi atau dehidrasi ringan akan baik dan sadar, namun pada balita dengan diare dan dehidrasi sedang anak akan rewel, gelisah, sedangkan pada dehidrasi berat akan ngantuk, lemas, dingin, berkeringat. Pucat dan dapat pingsan (dr. M. C. Widjaja, 2002; h.9). Serta untuk mengetahui tugas perkembangan anak sesuai dengan umurnya (Kemenkesh, 2010; h.16).

(4) Pola Kebiasaan Ibu

Dikaji untuk mengetahui kebiasaan dan perilaku ibu terhadap anak. Misalnya kebiasaan ibu tidak mencuci tangan sesudah membuang tinja anak atau sebelum makan dan menyuapi anak (Depkes RI, 2007).

(5) Personal hygiene

Perlu dikaji karena untuk mengetahui bagaimana personal hygiene yang dapat menyebabkan bayi diare. Biasanya dikarenakan ibu tidak mencuci tangan sesudah BAB dan sesudah membuang tinja anak atau sebelum makan dan menyuapi anak (Depkes RI, 2007).

(6) Data Psikososial

Dikaji untuk mengetahui faktor psikologis pada balita diare seperti rasa takut, cemas, dan tegang karena dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya mempengaruhi proses penyerapan makanan yang dapat menyebabkan diare (Ngastiyah, 2005; h. 224).

f) Data Pengetahuan orang tua

Perlu dikaji karena kurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakit juga dapat menyebabkan diare.

Hal yang dapat memicu kejadian diare misalnya tidak memberikan ASI pada 4-6 bulan pertama pada kehidupan, menyimpan makanan masak pada suhu kamar, penggunaan botol yang tidak bersih atau sudah dipakai selama berjam-jam di lingkungan panas (Depkes, 2007). Dan makanan sering dihentikan oleh orang tua karena takut diare dan atau muntahnya akan bertambah hebat sehingga orang tua hanya memberikan air teh saja (Suraatmaja, 2005; h. 6).

2) Data Objektif

1) Keadaan umum

Memperhatikan dan menilai keadaan pasien. Keadaan anak yang menderita diare biasanya ditandai oleh anak menjadi cengeng, rewel, gelisah (Vivian Nanny. 2010; h. 92).

2) Tingkat kesadaran

Memperhatikan kesadaran pasien, kesadaran pasien dapat dinilai bila pasien tidak tidur (Matondang, 2009; h. 24).

3) Pengukuran Tanda Vital

Pengukuran tanda-tanda vital dan tanda-tanda dehidrasi. Pemantauan dilakukan untuk mengetahui perkembangan balita (Matondang, Iskandar, dan Sudigdo, 2009; h. 26-27).

4) Berat Badan

Dikaji untuk mengetahui penurunan berat badan yang dialami oleh balita selama menderita diare. Sewaktu anak menderita diare, sering terjadi gangguan gizi sehingga terjadi penurunan berat badan. Namun, jika telah terjadi dehidrasi maka penurunan berat badannya :

- a) Dehidrasi ringan apabila terjadi penurunan berat badan $2\frac{1}{2}$ - 5%.
- b) Dehidrasi sedang apabila terjadi penurunan 5 – 10%.
- c) Dehidrasi berat apabila terjadi penurunan > 10% dari berat badan (Suraatmaja, 2005; h. 7).

5) Pemeriksaan fisik

- a) Kepala, dikaji untuk melihat adakah kelainan pada kepala. Pada anak yang diare tanpa dehidrasi atau dehidrasi ringan yaitu ubun-ubun normal, pada dehidrasi sedang ubun-ubun cekung, dan pada dehidrasi berat ubun-ubun sangat cekung (dr. M. C. Widjaja, 2002; h. 9)

b) Mata, dikaji untuk melihat adanya tanda diare dan dehidrasi. Anak yang mengalami diare dehidrasi ringan kelopak matanya normal dan ada air mata, apabila mengalami dehidrasi sedang kelopak matanya cekung dan tidak ada air mata, sedangkan pada dehidrasi berat kelopak matanya sangat cekung serta air mata kering (dr. M. C. Widjaja, 2002; h. 9).

c) Mulut dan lidah, dikaji untuk mengetahui gejala diare dengan dehidrasi. Anak yang mengalami dehidrasi ringan atau tanpa dehidrasi mulut dan lidah akan basah, pada dehidrasi sedang mulut dan lidah kering, sedangkan pada dehidrasi berat mulut dan lidah akan sangat kering (dr. M. C. Widjaja, 2002; h. 9).

d) Abdomen

Dikaji untuk mengetahui bentuk, kembung/tidak, turgor kulit kembali dengan segera/tidak, serta kelainan lain yang terdapat pada abdomen. Pada balita dengan diare tanpa dehidrasi atau dehidrasi ringan jika dicubit turgor kulit segera kembali normal, pada dehidrasi sedang turgor kulit untuk kembali lambat, sedangkan pada dehidrasi berat jika dicubit untuk kembali normal sangat lambat (Dr. M. C. Widjaja, 2002; h.9).

e) Anus

Perlu dikaji untuk mengetahui penyebab dari lecet pada anus dikarenakan seringnya defikasi, anus dan sekitarnya menjadi lecet karena tinja makin lama menjadi makin asam akibat banyaknya asam laktat yang terjadi dari pemecahan laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus (Sudaryat Suraatmaja, 2005; h. 7).

6) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Laboratorium penting artinya dalam menegakkan diagnosis kausal yang tepat sehingga kita dapat memberikan obat yang tepat pula (Suraatmaja, 2005; h. 9).

Menurut Suraatmaja (2005; h. 2), pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada pasien diare yaitu :

a) Dilakukan pemeriksaan tinja yaitu untuk memeriksa makroskopik dan mikroskopik, biakan kuman, tes resistensi terhadap berbagai antibiotika, pH dan kadar gula jika diduga ada intoleransi laktosa.

Ilmu kesehatan Anak (2007; h. 286), menambahkan pemeriksaan yang laboratorium yang dilakukan pada pasien diare yaitu :

b) Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah, dengan menentukan pH ($\text{pH} < 6$, normal pH tinja 7-8) dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah menurut.

- c) Pemeriksaan kadar ureum dan kreatin untuk mengetahui faal ginjal.
- d) Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium, dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang)
- e) Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

Langkah 2 : Interpretasi data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang sesuai dengan data-data yang dikumpulkan. Data-data tersebut dapat ditemukan suatu masalah atau diagnosa yang spesifik.

Diagnosa kebidanan :

Bayi umur 0-24 bulan, dengan diare dan dehidrasi sedang/ ringan.

Langkah 3 : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Diagnosa potensial adalah langkah untuk mengidentifikasikan diagnosa atau masalah potensial berdasarkan pada rangkaian masalah dan diagnosa tertentu.

Diare dan Dehidrasi

Langkah 4 : Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan segera

Pada langkah ini, untuk menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera yaitu dengan berkolaborasi dengan dokter spesialis anak.

Langkah 5 : Menyusun rencana asuhan kebidanan

Rencana asuhan kebidanan yang dilakukan adalah:

- (1) Rehidrasi menggunakan Oralit osmolalitas rendah
- (2) Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut .
- (3) Teruskan pemberian ASI dan Makanan.
- (4) Antibiotik Selektif.
- (5) Nasihat kepada orang tua/pengasuh

Langkah 6 : Pelaksanaan asuhan kebidanan

Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat yaitu :

Langkah 7 : Evaluasi

Mengevaluasi adalah dilakukan apabila suatu rencana telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah di buat.

C. Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Kewenangan Bidan dan Perlindungan Hukum Bagi Bidan menurut permenkes RI No. 1464/Menkes/X/2010 :

Pasal 11

1. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
2. Bidan dalam memberikan pelayanan kesejahteraan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk :
 - a. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi inisiasi menyusui dini, injeksi vit K 1,

perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat/

- b. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
- c. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.

Pada ayat (2) : Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud berwenang untuk :

- d. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
- e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan pra sekolah
- f. Pemberian konseling dan penyuluhan
- g. Pemberian surat keterangan kelahiran
- h. Pemberian surat keterangan kematian.

Pasal 13

1. Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 10, pasal 11 dan pasal 12, bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan, meliputi :
 - a. Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit
 - b. Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan dibawah supervise dokter
 - c. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan
 - d. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan

2. Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 10, pasal 11, pasal 12, bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan, meliputi :

- a. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah
- b. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas
- c. Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya
- d. Pencegahan dan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui Informasi dan Edukasi
- e. Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program pemerintah

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/Menkes/Sk/III/2007 tentang Asuhan Pada Bayi Balita yaitu :
Pengetahuan Dasar :

1. Keadaan kesehatan bayi dan anak di Indonesia, meliputi : angka kematian, penyebab kesakitan dan kematian.
2. Peran dan tanggung jawab orang tua dalam pemeliharaan bayi dan anak.
3. Pertumbuhan dan perkembangan bayidan anak normal serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
4. Kebutuhan fisik dan psikososial anak.
5. Prinsip dan standar nutrisi pada bayi dan anak. Prinsip-prinsip komunikasi pada bayi dan anak.
6. Prinsip keselamatan untuk bayi dan anak.
7. Upaya pencegahan penyakit pada bayi dan anak misalnya pemberian imunisasi.

8. Masalah-masalah yang lazim terjadi pada bayi normal seperti : gumoh/regurgitasi, diaper rash dll serta penatalaksanaannya.
9. Penyakit-penyakit yang sering terjadi pada bayi dan anak.
10. Penyimpangan tumbuh kembang bayi dan anak serta penatalaksanaannya.
11. Bahaya-bahaya yang sering terjadi pada bayi dan anak di dalam dan luar rumah serta upaya pencegahannya.
12. Kegawatdaruratan pada bayi dan anak serta penatalaksanaannya.

Ketrampilan Dasar :

1. Melaksanakan pemantauan dan menstimulasi tumbuh kembang bayi dan anak.
2. Melaksanakan penyuluhan pada orang tua tentang pencegahan bahaya-bahaya pada bayi dan anak sesuai dengan usia.
3. Melaksanakan pemberian imunisasi pada bayi dan anak.
4. Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan pada bayi dan anak yang terfokus pada gejala.
5. Melaksanakan pemeriksaan fisik yang terfokus.
6. Mengidentifikasi penyakit berdasarkan data dan pemeriksaan fisik.
7. Melakukan pengobatan sesuai kewenangan, kolaborasi atau merujuk dengan cepat dan tepat sesuai dengan keadaan bayi dan anak.
8. Menjelaskan kepada orang tua tentang tindakan yang dilakukan.
9. Melakukan pemeriksaan secara berkala pada bayi dan anak sesuai dengan standar yang berlaku.
10. Melaksanakan penyuluhan pada orang tua tentang pemeliharaan bayi
11. Tepat sesuai keadaan bayi dan anak yang mengalami cidera dari kecelakaan.
12. Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.