

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diare

2.1.1 Definisi Diare

Diare adalah kondisi yang ditandai dengan meningkatnya frekuensi buang air besar (BAB) menjadi 3 kali atau lebih dalam sehari dengan tekstur tinja yang lebih cair. Kondisi ini dapat dialami siapa saja, termasuk anak-anak. Diare pada anak termasuk kondisi yang umum terjadi. Sebagian besar diare pada anak disebabkan oleh infeksi virus, tetapi bisa juga karena infeksi bakteri atau parasit. Selain karena infeksi, diare pada anak juga bisa disebabkan oleh alergi, keracunan makanan, penyakit usus, gangguan penyerapan makanan seperti intoleransi laktosa, dan efek samping obat. (Bella, 2022)

2.1.2 Klasifikasi Diare

Berdasarkan waktunya, diare di bagi menjadi (Anggraini & Kumala, 2022) :

1. Diare Akut

Diare akut sering juga didefinisikan sebagai gastroenteritis, yaitu diare yang muncul cepat yang dapat disertai dengan beberapa gejala seperti mual, muntah, demam, dan nyeri abdomen yang berlangsung selama kurang dari 14 hari. Sekitar 80% disebabkan oleh virus sedangkan infeksi akibat bakteri lebih sering bermanifestasi sebagai diare berdarah.

2. Diare Kronik

Keluarnya tinja air dan elektrolit yang hebat. Dengan frekuensi buang air besar yang terus meningkat, konsistensi tinja semakin lembek, atau volume tinja yang semakin bertambah dalam rentang waktu yang lebih dari 14 hari.

3. Diare Persisten

Diare persisten adalah diare yang mula-mula bersifat akut, namun berlangsung lebih dari 14 hari. Dapat dimulai sebagai diare cair akut atau disentri. Diare persisten sering disebabkan oleh beberapa bakteri/ parasit yang masuk dalam tubuh seorang anak.

2.1.3 Etiologi

Penyebab diare dapat dibagi menjadi beberapa faktor (Anggraini & Kumala, 2022):

1. Faktor Infeksi

Faktor enteral yaitu infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak, infeksi enteral ini meliputi:

- 1) Infeksi bakteri, yaitu *Aeromonas* sp, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Staphylococcus aureus*, dan *Vibrio cholerae*.
- 2) Infeksi Virus, yaitu *Astrovirus*, *Koronavirus*, *Adenovirus enterik* dan *Rotavirus*.
- 3) Infeksi Parasit, yaitu:
 - a. Cacing perut: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis* dan *Ancylostoma duodenale*

- b. Jamur: *Candida albicans*
- c. Protozoa: *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*,
Balantidium coli dan *Cryptosporidium*

4) Infeksi Parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain di luar alat pencernaan, seperti Otitis Media Akut (OMA), tonsilo faringitis, bronko pneumonia, ensefalitis dan sebagainya, keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun

2. Faktor Mal absorpsi

- a. Mal absorpsi karbohidrat: Disakarida (Intoleransi laktosa, maltosa, sukrosa), Monosakarida (Intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa), pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering adalah intoleransi laktosa.
- b. Mal absorpsi lemak
- c. Mal absorpsi protein.

3. Faktor pemberian antibiotik oral dengan dosis dan lama pemberian yang tidak adekuat, seperti pada kasus diare yang sering disebabkan oleh *Clostridium Difficile Associated Diarrhea* (CDAD).

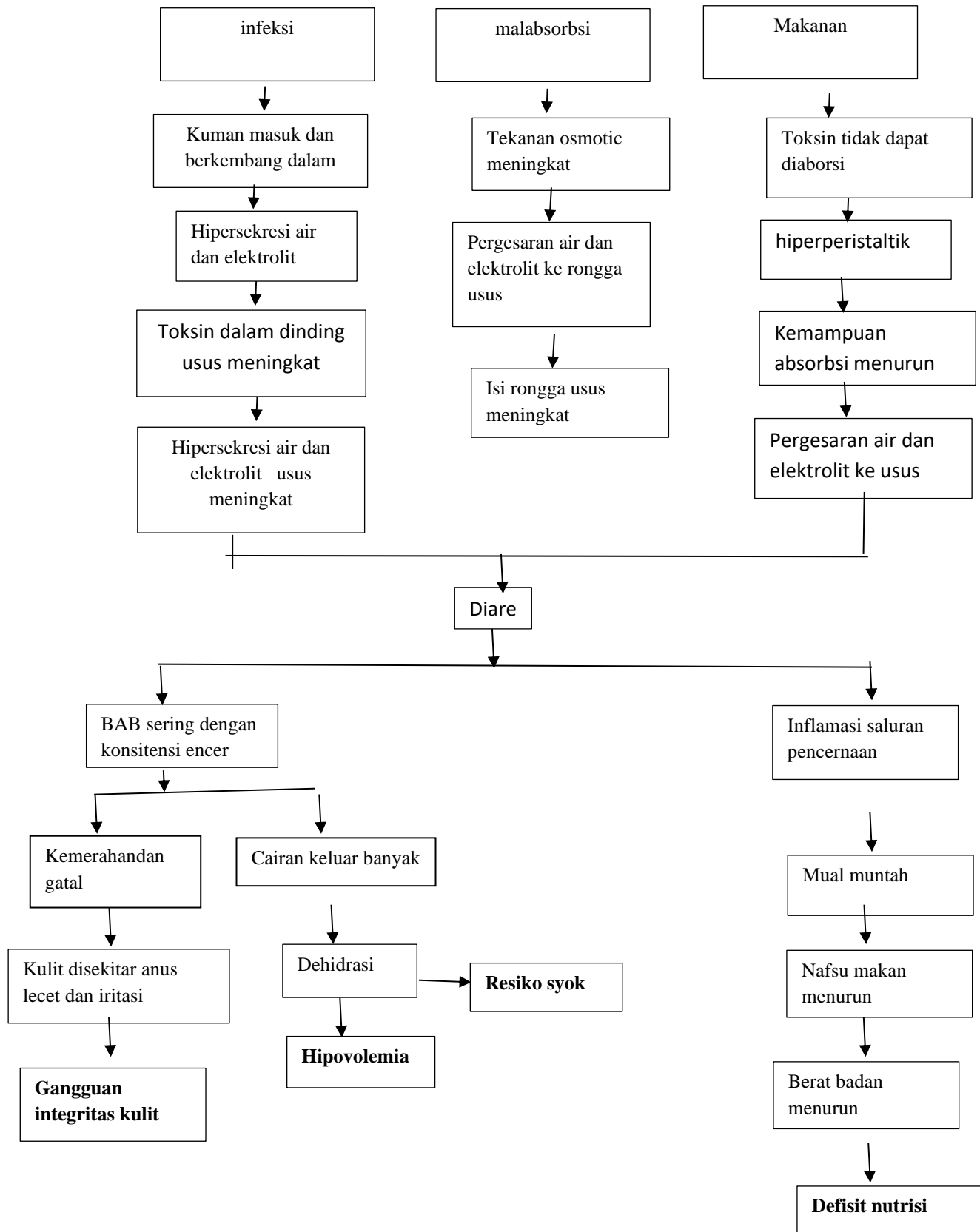
2.1.4 Patofisiologi

Sebagai akibat diare baik akut atau kronis akan terjadi (Anggraini & Kumala, 2022):

- 4. Kehilangan air dan elektrolit serta gangguan asam basa yang menyebabkan dehidrasi, asidosis metabolik dan hipokalemia.

5. Gangguan sirkulasi darah dapat berupa renjatan hipovolemik atau pra-renjatan sebagai akibat diare dengan atau tanpa disertai dengan muntah, perfusi jaringan berkurang sehingga hipoksia dan asidosis metabolik bertambah berat, gangguan peredaran darah otak dapat terjadi berupa kesadaran menurun (soporokomatosa) dan bila tidak cepat diobati dapat berakibat kematian.
6. Gangguan gizi yang terjadi akibat keluarnya cairan berlebihan karena diare dan muntah, terkadang orangtuanya menghentikan pemberian makanan karena takut bertambahnya muntah dan diare pada anak atau apabila makanan tetap diberikan dalam bentuk diencerkan. Hipoglikemia akan lebih sering terjadi pada anak yang sebelumnya telah menderita malnutrisi atau bayi dengan gagal bertambah berat badan. Sebagai akibat dari hipoglikemia dapat terjadi edema otak yang dapat mengakibatkan kejang dan koma.

2.1.5 Pathway



2.1.6 Konsep Manajemen Hipovolemi

2.1.6.1 Pengertian Manajemen

Manajemen hipovolemia memiliki tujuan untuk meningkatkan volume cairan intravascular, interstitial, dan/atau intraselular pada pasien yang mengalami penurunan cairan tubuh akibat terjadinya kehilangan cairan aktif, peningkatan permeabilitas kapiler dan sebagainya. Dalam tindakan manajemen hipovolemia terdapat tindakan observasi pemantauan atau monitor intake dan output cairan pasien atau dapat disebut sebagai balance cairan dan tindakan terapeutik pemberian asupan cairan peroral. Manajemen hipovolemia memiliki tujuan untuk meningkatkan volume cairan intravascular, interstitial, dan/atau intraselular pada pasien yang mengalami penurunan cairan tubuh akibat terjadinya kehilangan cairan aktif, peningkatan permeabilitas kapiler dan sebagainya. Dalam tindakan manajemen hipovolemia terdapat tindakan observasi pemantauan atau monitor intake dan output cairan pasien atau dapat disebut sebagai balance cairan dan tindakan terapeutik pemberian asupan cairan peroral.

Menurut penelitian Fitri Anisa (2019), berdasarkan hasil evaluasi akhir dengan dilakukannya rencana keperawatan fluid balance, hydration dan nutritional status didapatkan bahwa masalah keperawatan kekurangan volume cairan pada anak dapat teratasi (Faridah, 2019). Kemudian, terkait tindakan kolaboratif manajemen hipovolemia, terdapat tindakan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis dan hipotonis serta cairan IV koloid, hal ini sejalan dengan penelitian Kurnia Wardani (2016) yang menjelaskan bahwa, hasil studi kasus setelah dilakukannya tindakan keperawatan kolaborasi pemberian cairan pada pasien dengan masalah keperawatan deficit volume cairan, didapatkan bahwa masalah teratasi sebagian dengan terdapatnya kriteria hasil turgor kulit bagus dan pasien tampak lebih segar (Kurnia Wardani, A. et al., 2016).

Beberapa penelitian juga menyebutkan bahwa masalah hipovolemia pada beberapa pasien belum teratasi sepenuhnya melainkan hanya teratasi sebagian, seperti menurut Makhda Anjani (2020), dimana pada evaluasi akhir dengan dilakukannya manajemen hipovolemia didapatkan masalah keperawatan hipovolemia pada pasien yang dilakukan asuhan keperawatan, disimpulkan bahwa masalah hipovolemia teratasi sebagian (Anjani, 2020). Selain itu, menurut penelitian Tyas Ayu dan Siti Haryani (2019) didapatkan hasil bahwa masalah kekurangan volume cairan teratasi sebagian, yang didukung data evaluasi pasien yaitu pasien mau minum sedikit, mukosa bibir, sedikit kering, pasien masih sedikit lemah, balance cairan -11ml dan nilai trombosit 94ribu/uL (Ayu Widia Renira, 2019). Berdasarkan teori dan hasil beberapa penelitian diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa masalah keperawatan hipovolemia yang terjadi pada Anak dengan diagnosa medis, dapat diatasi dengan melakukan intervensi keperawatan manajemen hipovolemia sebagai tindakan untuk meningkatkan status cairan pasien dan mencapai kondisi pasien yang lebih baik.

2.1.7 Tanda dan gejala

Tanda atau gejala awal yang seringkali dialami oleh anak adalah ketika ia merasakan sakit perut bahkan hingga terasa kram. Lalu, anak akan mengalami diare atau keluarnya feses yang lebih encer dibanding biasanya. Tidak hanya itu saja, ada pula beberapa gejala lainnya yang bisa dirasakan oleh anak, seperti (Adlina, 2022):

1. Merasa harus segera ke kamar mandi untuk mengeluarkan feses
2. Sakit perut yang disertai kembung
3. Nyeri di bagian rektum

4. Anak merasa mual dan ingin muntah
5. Penurunan berat badan
6. Kehilangan selera makan
7. Demam
8. Dehidrasi

Saat terjadi diare pada anak, tidak menutup kemungkinan ia mengalami dehidrasi. Kondisi ini bisa terjadi ketika asupan cairannya kurang saat diare. Berikut tanda-tanda dehidrasi pada anak yang bisa terjadi ketika diare:

1. Anak jadi jarang buang air kecil
2. Bibir dan mulut menjadi kering
3. Tampak kehausan
4. Lemas
5. mata tampak corong
6. turgor kulit melambat
7. Menjadi lebih rewel dari biasanya
8. Energi menurun dan lebih mudah mengantuk

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Menurut (Sagitarisandi, 2021) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan:

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Pemeriksaan Tinja

- a) Makroskopis dan mikroskopis
- b) pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet dinistest
- c) Bila diperlukan lakukan pemeriksaan biakal dan uji resistensi

b. Pemeriksaan Darah

- a) pH darah dan elektrolit (Natrium, kalium, dan fosfor) dalam serum untuk menentukan keseimbangan asam dan basa
- b) Kadar ureum dan kreatin untuk mengetahui faal ginjal
- c) Intubasi Doudenum (Doudenal Intubation)

Untuk mengetahui jasad atau parasite secara kuantitatif dan B kualitatif terutama dilakukan pada penderita diare kronik

2.1.9 Penatalaksanaan medis

Menurut (Sagitarisandi, 2021) pengobatan adalah suatu proses yang menggambarkan pengetahuan, keahlian, serta pertimbangan professional di setiap tindakan untuk membuat keputusan. Tujuan penatalaksanaan diare terutama:

1. Mencegah dehidrasi
2. Mengobati dehidrasi
3. Mencegah gangguan nutrisi dengan memberikan makan selama dan sesudah diare.

4. Memperpendek lamanya sakit dan mencegah diare menjadi berat.

Cara untuk mengobati diare untuk itu Kementerian Kesehatan telah menyusun yaitu:

- a. Rehidrasi menggunakan oralit

- a) Pemberian Oralit

Oralit adalah campuran garam elektrolit yang terdiri atas Natrium Klorida (NaCl), Kalium Klorida (KCl), Sitrat dan Glukosa. Oralit osmolaritas rendah telah di rekomendasikan oleh WHO dan UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund).

- b) Manfaat Oralit.

Berikan oralit segera bila anak diare, untuk mencegah dan mengobati dehidrasi sebagai pengganti cairan dan elektrolit yang terbuang saat diare. Sejak tahun 2004, WHO/UNICEF merekomendasikan Oralit osmolaritas rendah diberikan kepada penderita diare akan:

- a. Mengurangi volume tinja hingga 25%
- b. Mengurangi mual muntah hingga 30%
- c. Mengurangi secara bermakna pemberian cairan melalui intravena sampai 33%.

- c) Cara membuat Oralit

- a. Cuci tangan dengan air dan sabun

- b. Sediakan

- 1) gelas air minum yang telah dimasak (200cc)

- 2) Masukkan satu bungkus Oralit 200cc
 - 3) Aduk sampai larut
 - 4) Berikan larutan oralit kepada penderita diare
- d) Cara memberikan cairan oralit
- a. Berikan dengan sendok atau gelas
 - b. Berikan dikit demi sedikit sampai habis
 - c. Bila muntah, dihentikan sekitar 10 menit, kemudian dilanjutkan dengan sabar sesendok setiap 2-3 menit
 - d. Walau diare berkelanjutan, Oralit tetap diteruskan. Bila larutan oralit pertama habis, buatlah satu gelas larutan oralit berikutnya.

2.1.10 Pencegahan

Pencegahan diare bisa dilakukan dengan disiplin dalam menjaga kebersihan makanan dan minuman. Dengan menerapkan pola hidup bersih, seseorang dapat terhindar dari virus atau mikroorganisme penyebab diare (Nareza, 2023).

Berikut adalah beberapa anjuran yang dapat diterapkan untuk mencegah diare:

1. Rajin mencuci tangan dengan air dan sabun, terutama sebelum dan setelah makan, setelah menyentuh bahan makanan mentah, sehabis menggunakan toilet, dan sesudah bersin atau batuk
2. Mengonsumsi makanan dan minuman yang matang atau sudah dimasak

3. Menghindari konsumsi buah dan sayuran yang mentah atau tidak dipotong sendiri, terutama saat bepergian
4. Memberikan ASI eksklusif pada 6 bulan pertama usia bayi, guna membantu membentuk antibodi dalam melawan mikroorganisme penyebab diare
5. Menjalani vaksinasi rotavirus, untuk melindungi bayi dari serangan virus yang paling umum menyebabkan diare

2.1.11 Komplikasi

Menurut (Maulidina, 2019), komplikasi pada anak penderita diare adalah sebagai berikut:

1. Dehidrasi (ringan, sedang dan berat).
2. Hipokalemia (ditandai dengan lemah, brakikardi)
3. hipoglikemi
4. kejang apabila anak mengalami dehidrasi hipertoni

2.2 Konsep Tumbuh Kembang

2.2.1 Pertumbuhan Anak

Pertumbuhan anak adalah perubahan yang terjadi dalam aspek fisik bersifat kuantitatif dan terbatas pada pematangan diakhir Pertumbuhan anak sejati dapat terlihat dengan jelas oleh mata, misalnya dengan bertambah tinggi badan dan berat badan. Pertumbuhan anak terjadi perubahan-perubahan yang dipengaruhi faktor seperti genetic, lingkungan, nutrisi, kesehatan dan perawatan yang diberikan. Anak-anak yang kurang mendapat asupan yang sesuai dengan tahap pertumbuhan akan mengalami berbagai permasalahan, misal lahir premature, down syndrome, tidak berfungsinya alat panca indra. Anak dibawa lima tahun (balita) dan bawa tiga tahun (batita) pertumbuhannya sangat pesat, bisa saja untuk anak usia 0 tahun berat badannya bisa naik 1 kg dalam satu bulan, menjaga nutrisi untuk anak menjadi sangat penting untuk

mendukung pertumbuhannya. Batita dengan asupan air susu ibu (ASI) biasanya mempunyai daya tahan tubuh lebih kuat dibandingkan dengan batita dengan asupan susu formula. ASI adalah makan terbaik untuk bayi baru lahir (Theodoridis & Kraemer, 2022).

Pemerintah melalui program-program kesehatan yang dilaksanakan di pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), untuk rutin posyandu supaya pertumbuhan anaknya dapat diketahui dengan jelas sesuai standar pertumbuhan anak pada umumnya. Jika ada ketidaksesuaian pertumbuhan anak dengan usianya maka orang tua wajib mengkonsultasikannya ke dokter yang ahli dibidangnya (Kemendikbud, 2020).

Pertumbuhan anak berusia diatas lima tahun semakin tinggi dan berat badannya. Orang tua tetap harus mengontrol pertumbuhan anaknya secara intensif. Ada beberapa kasus yang kurang tepat dilakukan orang tua terhadap pertumbuhan anak, misalnya memberikan pakaian-pakaian yang ketat dan menuntut anak untuk selalu diam, padahal usia lima tahunan anak-anak membutuhkan banyak aktivitas fisik untuk melatih otot ototnya. Jika aktivitas fisiknya dilarang dan pakaian yang digunakannya membatasi ruang gerak tubuhnya maka dapat mengganggu proses pertumbuhan anak. Proses pertumbuhan terganggu akan mengakibatkan anak-anak mempunyai permasalahan dengan fisiknya seperti anak tumbuh kerdil, daya ototnya rendah dan sebagainya. Pertumbuhan anak memang butuh diawasi, jika anak tumbuhnya tidak normal misalnya jumlah berat badan sudah melebihi batas normal (obesitas), maka orang tua harus melakukan evaluasi

terhadap asupan makanan, gaya hidup dan aktivitas keseharian anak. Kegemukan dan obesitas dapat mengganggu psikososial anak terkait dengan pergaulan dan aktivitas gerak anak (Theodoridis & Kraemer, 2022)

2.2.2 Perkembang Anak

Istilah pertumbuhan sering kali dikaitkan dengan istilah perkembangan, mengapa? Keduanya memiliki keterikatan yang tidak bisa dipisahkan satu sama lain. Istilah pertumbuhan yaitu proses perubahan yang terjadi secara kuantitatif, mencakup penambahan struktur, organ, sel-sel maupun penambahan berat badan, dan lain sebagainya. Sedangkan perkembangan merupakan konsep yang memiliki perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif yang mencakup aspek mental/psikologis. Perkembangan juga dapat diartikan menunjuk pada suatu proses kearah yang lebih sempurna dan tidak begitu saja dapat diulang kembali. Perkembangan menunjuk pada perubahan yang berifat tetap dan tidak dapat diputar kembali (Werner, 1969). Perkembangan adalah perubahan yang teratur, sistematis dan terorganisir yang mempunyai tujuan tertentu. Perkembangan memiliki beberapa ciri, yaitu : berkesinambungan, komulatif, bergerak kearah yang lebih kompleks dan holistik. Perkembangan psikososial berarti perkembangan sosial seseorang ditinjau dari sudut pandang psikologi.

Sangatlah penting bagi kita untuk mengetahui bagaimana perkembangan psikososial dari seorang anak terutama dizaman sekarang. Seperti sekarang dengan mempelajari psikososial anak. Kita dapat

membimbing dan membantu mengoptimalkan proses perkembangan yang akan dialami anak dengan cara yang tepat. Dalam perspektif ilmu pendidikan, keluarga merupakan lingkungan pendidikan yang pertama dan utama. Jadi dapat dikatakan lingkungan keluarga dapat memainkan peranan utama dalam menentukan perkembangan anak, dan di lingkungan keluarga inilah anak mula-mula menerima pendidikan atau pengasuhan dalam bersosial. Orangtua merupakan pendidik bagi mereka. Pola asuh orangtua, sikap, serta situasi dan kondisi yang sedang melingkupi orangtua dapat mempengaruhi perkembangan, termasuk didalamnya perkembangan sosial anak.

Jadi, keluarga sangat berperan penting sebagai dasar perkembangan emosional dan sosial anak. Perkembangan psikososial anak meningkat ditandai dengan adanya perubahan pengetahuan dan pemahaman mereka tentang kebutuhan dan peraturan-peraturan yang berlaku. Dengan berkembangnya psikososial anak akan dapat membantu para orangtua dan guru dalam menghadapi tantangan saat membesarkan dan mendidik anak-anak atau siswa serta membantu mengoptimalkan proses perkembangan yang akan dialami anak dengan cara yang tepat.

2.3 Konsep Hospitalisasi

2.3.1 Pengertian hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan proses perawatan yang dijalani anak selama berada di rumah sakit. Hospitalisasi anak usia 3-6 tahun merupakan kondisi yang tidak menyenangkan karena anak mengalami hal-hal yang menimbulkan stres seperti kehilangan kendali, cedera fisik dan lingkungan

yang asing. Sebab itu, dibutuhkan lingkungan yang mendukung agar mengurangi dampak hospitalisasi pada anak. Keterlibatan orang tua dalam mengambil keputusan dan kerjasama yang baik dengan perawat merupakan bentuk asuhan keperawatan dengan pendekatan Family Centered Care.

2.3.2 Dampa Hospitalisasi pada pada anak

Anak usia 3-6 tahun adalah anak yang mempunyai berbagai macam potensi. Potensi potensi itu di rangsang dan di kembangkan agar pribadi anak tersebut berkembang secara optimal. Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan usia 3-6 tahun sangat rentan terhadap efek stres dan ketakutan selama Rawat inap. Anakanak di bawah usia enam tahun mampu berpikir tentang suatu peristiwa secara keseluruhan, belum bisa menentukan perilaku yang dapat mengatasi suatu masalah yang baru dihadapi dan kurang memahami suatu peristiwa yang dialami. Anak-anak mengatasi ketakutan berdasarkan pengalaman yang pernah dialami dan strategi koping yang pernah dilakukan. Anak usia 3-6 tahun belum dapat mengekspresikan emosi dan harapan mereka dengan cukup baik secara lisan.

2.3.3 Dampak dari hospitalisasi

Khususnya bagi pasien anak-anak diantaranya kecemasan, merasa asing akan lingkungan yang baru, berhadapan dengan sejumlah individu yang belum dikenal, perubahan gaya hidup dari yang biasa, serta harus menerima tindakan medik atau perawatan yang menyakitkan. Anak-anak yang dirawat lebih dari 2 (dua) minggu memiliki resiko mengalami gangguan bahasa dan

perkembangan keterampilan kognitif, serta pengalaman buruk di rumah sakit sehingga dapat merusak hubungan dekat antara ibu dan anak. Anak yang belum pernah dirawat lebih sulit beradaptasi dengan situasi di rumah sakit dibandingkan dengan anak yang telah mengalaminya.

Pentingnya peran keluarga dalam hal ini orang tua untuk mendampingi anak usia 3-6 tahun saat hospitalisasi diharapkan bisa memberikan rasa aman, nyaman dan kasih sayang serta motivasi yang kuat kepada anak sehingga anak akan merasa lebih siap menerima semua tindakan medis maupun tindakan keperawatan lainnya, kesiapan anak dalam menerima tindakan medis ini akan sangat membantu dalam proses penyembuhan

2.3.4 Dampak bagi orang tua

Menurut Mcadam et al (2008) Hardin (2012) dalam lingkungan area kritis keluarga memiliki beberapa peran yaitu:

- (1) active presence yaitu Keluarga tetap di sisi pasien
- (2) Protector yaitu memastikan perawatan terbaik telah di berikan
- (3) Facilitator yaitu keluarga memfasilitasi kebutuhan pasien ke perawat,
- (4) Historian yaitu sumber informasi riwayat pasien,
- (5) Coaching yaitu keluarga sebagai pendorong dan pendukung pasien.

Dalam melaksanakan fungsi perawatan keluarga di butuhkan keterlibatan keluarga dalam upaya perawatan yang dilakukan di rumah sakit. Hingga saat ini telah banyak kajian penelitian yang mengungkapkan kontribusi positif keterlibatan keluarga dalam menunjang kesembuhan pasien. Penelitian Fumagalliet al (2006) melalui Pilot study dan Randomized Trial di Italy

menyatakan kunjungan keluarga pada pasien perawatan intensif dapat menurunkan komplikasi kardiosirkulasi melalui pengurangan kecemasan. Selain itu pasien juga memiliki profil hormon yang lebih menguntungkan, yaitu level hormon kortisol secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan pasien dengan kunjungan keluarga yang dibatasi. Hal serupa juga di kemukakan dalam penelitian McAdam et al (2008)

Peran keluarga dan kontribusinya di area perawatan intensif di Amerika. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa kehadiran keluarga di sisi pasien dapat membantu memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien, sebagai fasilitator informasi pasien ke tenaga kesehatan, sebagai sumber informasi mengenai riwayat pasien sebelumnya, sebagai penyemangat, pemberi harapan bagi pasien dan juga dapat berkontribusi terhadap tindakan – tindakan perawatan yang relatif aman bagi pasien.

2.4 Pengertian Perkembangan psikososial

2.4.1 Psikososial

Psikososial adalah suatu kondisi yang terjadi pada individu yang mencakup aspek psikis dan sosial atau sebaliknya. Psikososial menunjuk pada hubungan yang dinamis atau faktor psikis atau sosial, yang saling berinteraksi dan mempengaruhi satu sama lain. Psikososial sendiri berasal dari kata psiko dan sosial. Kata psiko mengacu pada aspek psikologis dari individu (pikiran, perasaan dan perilaku) sedangkan sosial mengacu pada hubungan eksternal individu dengan orang-orang disekitarnya (Pusat Krisis Fakultas Psikologi UI). Istilah psikososial berarti menyinggung relasi sosial yang mencakup faktor-faktor psikis (Chaplin, 2011).

2.4.2 Perkembangan Psikososial

Erik Erikson sangat dikenal dengan tulisan-tulisannya di bidang psikologi anak. Berangkat dari teori tahap-tahap perkembangan psikoseksual Freud yang lebih menekankan pada dorongan-dorongan seksual, erikson mengembangkan teori tersebut dengan menekankan pada aspek-aspek perkembangan sosial. Dia mengembangkan teori yang disebut *theory of psychosocial Develoment* (teori perkembangan psikososial) di mana ia membagi tahap-tahap perkembangan manusia menjadi delapan tahapan.

Erik Erikson lahir di Franfrurt Jerman, pada tanggal 15 Juni 1902 adalah ahli analisa jiwa dari Amerika, yang membuat kontribusi-kontribusi lebih berkonsentrasi pada pengaruh lingkungan sosial pada perkembangan kepribadian manusia sehingga teori perkembngannya disebut perkembangan psikososial.

Menurut erikson, ego sebagian bersifat tak sadar mengorganisir dan mensintetis pengalaman sekarang dengan pengalaman dari masa lalu dan dengan diri masa yang akan datang dia menemukan tiga aspek ego yang paling sering berhubungan yakni:

1. Body ego: mengacu ke pengalaman orang dengan tubuh/fisiknya sendiri.
2. Ego ideal: gambaran mengenai bagaimana seharusnya diri, sesuatu yang bersifat ideal.
3. Ego identity : gambaran mengenai diri dalam berbagai peran sosial. Banyak teori mengenai perkembangan psikososial, yang paling banyak dianut adalah teori psikososial dari Erik Erikson.

Teori psikososial dari Erik Erikson meliputi delapan tahap yang saling berurutan sepanjang hidup. Hasil dari tiap tahap tergantung dari hasil tahapan sebelumnya, dan resolusi yang sukses dari tiap krisis ego adalah penting bagi individu untuk dapat tumbuh secara optimal. Ego harus mengembangkan kemampuan 3 yang berbeda untuk mengatasi tiap tuntutan penyesuaian dari masyarakat. Berikut adalah delapan tahapan perkembangan psikososial menurut Erik Erikson :

Tahap 1. Trust versus Mistrust (0-1 tahun)

Tahap 2. Autonomy vs Shame and Doubt (18 bulan-3 tahun)

Tahap 3. Initiative vs Guilt (3-6 tahun)

Tahap 4. Industry vs Inferiority (6-12 tahun)

Tahap 5. Identity vs Role Confusion (12-18 tahun)

Tahap 6. Intimac vs Isolation (18-35 tahun)

Tahap 7. Generativity vs Stagnation (35-64 tahun)

Tahap 8. Integrity vs Despair (65 tahun keatas).

Dasar dari teori Erikson adalah sebuah konsep yang mempunyai tingkatan. Ada delapan tingkatan yang menjadi bagian dari teori psikososial Erikson, yang akan dilalui oleh manusia. Setiap manusia dapat naik ke tingkat berikutnya walaupun tidak sepenuhnya tuntas mengalami perkembangan pada tingkat sebelumnya. Setiap tingkatan dalam teori Erikson berhubungan dengan semua bidang kehidupan yang artinya jika setiap tingkatan itu tertangani dengan baik oleh manusia, maka individu tersebut akan merasa pandai. Sebaliknya jika tingkatan-tingkatan tersebut tidak tertangani dengan baik, akan muncul perasaan tidak selaras pada orang tersebut. Erikson percaya bahwa dalam setiap tingkat, seseorang akan mengalami konflik atau krisis yang akan menjadi titik balik dalam setiap perkembangannya. Menurut pendapatnya, konflik-konflik ini berpusat pada perkembangan kualitas psikologi atau kegagalan dalam pengembangan kualitas tersebut. Selama masa ini, potensi pertumbuhan pribadi meningkat sejalan dengan potensi keagalannya pula.

Anak usia 3-6 tahun adalah anak yang mempunyai berbagai macam potensi. Potensi potensi itu di rangsang dan di kembangkan agar pribadi anak tersebut berkembang secara optimal. Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan .Usia

3-6 tahun sangat rentan terhadap efek stres dan ketakutan selama Rawat inap. Anakanak di bawah usia enam tahun mampu berpikir tentang suatu peristiwa secara keseluruhan, belum bisa menentukan perilaku yang dapat mengatasi suatu masalah yang baru dihadapi dan kurang memahami suatu peristiwa yang dialami. Anak-anak mengatasi ketakutan berdasarkan pengalaman yang pernah dialami dan strategi koping yang pernah dilakukan. Anak usia 3-6 tahun belum dapat mengekspresikan emosi dan harapan mereka dengan cukup baik secara lisan.

Dampak dari hospitalisasi khususnya bagi pasien anak-anak diantaranya kecemasan, merasa asing akan lingkungan yang baru, berhadapan dengan sejumlah individu yang belum dikenal, perubahan gaya hidup dari yang biasa, serta harus menerima tindakan medik atau perawatan yang menyakitkan. Anak-anak yang dirawat lebih dari 2 (dua) minggu memiliki resiko mengalami gangguan bahasa dan perkembangan keterampilan kognitif, serta pengalaman buruk di rumah sakit sehingga dapat merusak hubungan dekat antara ibu dan anak. Anak yang belum pernah dirawat lebih sulit beradaptasi dengan situasi di rumah sakit dibandingkan dengan anak yang telah mengalaminya.

Pentingnya peran keluarga dalam hal ini orang tua untuk mendampingi anak usia 3-6 tahun saat hospitalisasi diharapkan bisa memberikan rasa aman, nyaman dan kasih sayang serta motivasi yang kuat kepada anak sehingga anak akan merasa lebih siap menerima semua tindakan medis

maupun tindakan keperawatan lainnya, kesiapan anak dalam menerima tindakan medis ini akan sangat membantu dalam proses penyembuhan. Dampak bagi orang tua Menurut Mcadam et al (2008) Hardin (2012) dalam lingkungan area kritis keluarga memiliki beberapa peran yaitu:

- (1) active presence yaitu Keluarga tetap di sisi pasien
- (2) Protector yaitu memastikan perawatan terbaik telah di berikan
- (3) Facilitator yaitu keluarga memfasilitasi kebutuhan pasien ke perawat,
- (4) Historian yaitu sumber informasi riwayat pasien,
- (5) Coaching yaitu keluarga sebagai pendorong dan pendukung pasien.

Dalam melaksanakan fungsi perawatan keluarga di butuhkan keterlibatan keluarga dalam upaya perawatan yang dilakukan di rumah sakit. Hingga saat ini telah banyak kajian penelitian yang mengungkapkan kontribusi positif keterlibatan keluarga dalam menunjang kesembuhan pasien. Penelitian Fumagalliet al (2006) melalui Pilot study dan Randomized Trial di Italy menyatakan kunjungan keluarga pada pasien perawatan intensif dapat menurunkan komplikasi kardiosirkulasi melalui pengurangan kecemasan. Selain itu pasien juga memiliki profil hormon yang lebih menguntungkan, yaitu level hormon kortisol secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan pasien dengan kunjungan keluarga yang dibatasi. Hal serupa juga di kemukakan dalam penelitian McAdam et al (2008)

Peran keluarga dan kontribusinya di area perawatan intensif di Amerika. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa kehadiran keluarga di sisi pasien dapat membantu memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien,

sebagai fasilitator informasi pasien ke tenaga kesehatan, sebagai sumber informasi mengenai riwayat pasien sebelumnya, sebagai penyemangat, pemberi harapan bagi pasien dan juga dapat berkontribusi terhadap tindakan – tindakan perawatan yang relatif aman bagi pasien.

2.5 Konsep Asuhan keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah awal dan dasar untuk memberikan asuhan keperawatan, dalam hal ini perawat mengumpulkan data status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh dan singkat. Dalam pengumpulan data dapat melihat status kesehatan pasien dan masalah-masalah yang dirasakan pasien (Hutahaean Serri, 2010). Pada pengkajian penderita diare menurut Hidayat (2012) antara lain:

1. Identifikasi:

Nama, Inisial, umur, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, agama, tanggal masuk rumah sakit, penanggung jawab mengenai orang tua, pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua, umur, suku bangsa dan alamat.

2. Keluhan Utama

Perasaan yang timbul gelisah, buang air besar lebih dari 3 kali, BAB cair 10 kali (dehidrasi berat). Diare akut terjadi apabila <14 hari diare masih berlangsung.

3. Riwayat penyakit sekarang

Badan lemas, nyeri, demam disertai nafsu makan menurun. Biasanya timbul diare, tinja makin cair, dan kehilangan banyak cairan dan elektrolit.

4. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

- a. Prenatal: tidak ada kelainan/ penyakit pada saat ibu hamil, usia kehamilan 9 bulan.

- b. Natal: bayi lahir spontan dirumah bidan dan di tolong oleh bidan langsung menangis, tidak ada kebiruan.
 - c. Postnatal: tidak adanya ASI eksklusif, sering menggunakan botol yang tidak higienis, kurang gizi, anak menderita penyakit campak.
5. Riwayat imunisasi

Imunisasi adalah proses untuk membuat seseorang menjadi kebal terhadap suatu penyakit. Proses ini dilakukan melalui pemberian vaksin, biasanya dalam bentuk suntikan. Imunisasi bisa diberikan pada bayi baru lahir, anak-anak, maupun orang dewasa dan lansia

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Pada peningkatan suhu tubuh secara bertahap mencapai 40°C . Biasanya pada anak dengan diare tanpa dehidrasi kesadarannya baik. Pada berat badan pada anak yang mengalami diare tanpa dehidrasi kehilangan berat badan 3%, diare dengan dehidrasi dengan 6% dan diare dehidrasi berat dapat mengalami kehilangan berat badan sekitar 9%.

b. Pemeriksaan kepala

Rambut tampak bersih, rambut warna hitam, tidak rontok, tidak ada benjolan, ubun- ubun besar cekung, mengukur lingkaran kepala

c. Pemeriksaan mulut

Diare tanpa dehidrasi: mulut dan lidah basah, diare dehidrasi ringan: mulut dan lidah kering, diare dehidrasi berat: mulut dan lidah sangat kering, tidak ada stomatitis

d. Abdomen

Pada abdomen anak biasanya terdapat distensi abdomen, tidak ada les, bising usus meningkat, supel.

e. Sistem integument

Warna kulit sianosis, akral teraba hangat, turgor kulit menurun

2.5.2 Diagnosa

Diagnosa Keperawatan adalah tindakan penilaian klinis mengenai masalah kesehatan pasien. Diagnosa bertujuan untuk mengetahui respon dari klien, keluarga dan komunitas terhadap masalah Kesehatan.

1. Hivopolemia b.d kekurangan cairan aktif
2. Deficit nutrisi b.d factor psiologis
3. Gangguan integritas kulit b.d perubahan status nutrisi

2.5.3 Intervensi keperawatan

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

menurut Nurarif & Kusuma (2015) dan rasion.al menurut Doenges (2018)

adalah sebagai berikut.

2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnose Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SIKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0024)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1. Turget kulit membaik 2. Output urine membaik 3. Berat badan membaik 4. Perasaan lemah membaik 5. Keluhan haus membaik 6. Intake cairan membaik 7. Membrane mukosa membaik (L.03028)	Manajemen hipovolemia (L.03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi meningkat, nadi terbalut lemah, tekanan darah meningkat, tekanan nadi menyempit, turget kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor output dan intake cairan Terapeutik: 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral Edukasi: 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCl, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis	Observasi 1. Untuk mengetahui dan memberikan intervensi yang sesuai jika pasien mengalami hipovolemia 2. Untuk mengetahui keseimbangan cairan tubuh pasien Terapeutik 1. Untuk mengetahui keseimbangan cairan pada tubuh manusia 2. Membantu meningkatkan asupan cairan pada tubuh pasien Edukasi 1. Membantu meningkatkan asupan cairan pada tubuh pasien 2. Untuk menghindari pengeluaran cairan tubuh apabila mengalami pendarahan Kolaborasi: 1. Membantu meningkatkan intake cairan 2. Membantu meningkatkan intake cairan

			(mis, glukosa 2,5% NaCl, 0,4%) 3. Kalaborasi pemberian cairan koloid (mis, albumin, plasmanate) 3. Kalaborasi pemberian produk darah	3. Membantu meningkatkan intake cairan
2	Resiko syok berhubungan dengan kekurangan cairan (D.009)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat syok membaik dengan kriteria hasil: 1. Output urin meningkat 2. Akra dingin membaik 3. Pucat menurun 4. Haus menurun (L.03032)	Pencegahan Syok (I.02068) Observasi: 1. Monitor status kardipulmonal cairan (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas TD.MAP) 2. Monitor status cairan masukan dan haluar, turger kulit, CRT) 3. monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 4. Periksa riwayat alergi Terapeutik: 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 2. Persiapan inkubasi di ventilasi mekanis, jika perlu 3. Pasang jalur IV jika perlu 4. Pasang kateter urun untuk menilai produksi urin 5. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi Edukasi 1. Jelaskan penyebab/factor resiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 3. Anjurkan melapor jika menemukan /merasakan tanda dan gejala awal syok 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral	Observasi 1. Agar syok dapat ditangan dari awal dan tidak dapat mengakibatkan kematian 2. Mengetahui kebutuhan cairan oleh tubuh 3. Mengetahui status dan respon pupil 4. Karena alergi juga dapat mengakibatkan Syok Terapeutik: 1. Kebutuhan oksigen yang tercukupi dalam mencegah terjadinya syok 2. Untuk mengoreksi atau mencegah deficit cairan 3. Untuk menilai perfusi jaringan 4. Dilakukan untuk mengetahui apakah pasien memiliki riwayat alergi Edukasi: 1. Menambahkan

			<p>5. Anjurkan menghindari alergi</p> <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kalaborasi pemberian IV, jika perlu 2. Kalaborasi pemberian transfuse darah, jika perlu 3. Kalaborasi pemberian antilinfalması, jika perlu 	<p>pengetahuan mengenai syok</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan kepada klien atau keluarga tentang tanda dan gejala syok 3. Anjurkan melapor jika menemukan tanda dan gejala awal syok 4. Untuk mempertahankan cairan 5. Anjurkan untuk menghindari alergi <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian cairan intervena dapat menyimpangkan cairan dan elektrolit 2. Mengkalaborasi pemberian transfuse darah jika pasien sangat membutuhkan 3. Mencegah pelepasan mediator peradangan dari sel
3	Deficit nutris berhubungan dengan factor psikologis (D.0019)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit membaik 	Manajmen nutrisi (I.03119) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intolerensi makan 3. Identifikasi makan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Monitor asupan makan 	Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kebutuhan makanan pasien 2. Untuk mengetahui pasien mempunyai alergi terhadap makanan apa saja 3. Untuk mengetahui makanan yang disukai dan tidak disukai

		<p>2. Output uin membaik</p> <p>3. Perasaan llemah menurun</p> <p>4. Keluhan haus menurun</p> <p>5. Intake cairan membaik (L.03030)</p>	<p>6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorim</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedemon diet, (mis, primida makanan) 3. Sajikan makan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makan, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk jika perlu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kalaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kalaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, Pereda nyeri, antiemetic) 2. Kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dann nutrient yan di butuhkan, jika perlu 	<p>4. Mengidentifikasi kekurangan dan kebutuhan makanan</p> <p>5. Untuk Mengetahui hasil laboratorium pasien</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan menjaga kebersihan mulut pasien dapat menghindari terjadinya infeksi 2. Dengan begitu dapat menarik selera pasien untuk makan 3. Makanan berserat tinggi dapat memperlancar proses pencernaan 4. Makanan tinggi kalori dan protein dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif 5. Suplemen dapat menambah nafsu makan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya refluks atau berbaliknya makanan dari lambung ke kerongkongan 2. Agar pasien dapat menerapkan diet yang di programkan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat menurunkan potensi kompikasi saat makanan dikonsumsi 2. Diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi
--	--	---	---	---

4	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan status nutrisi (D .0129)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hidrasi membaik 2. Perfusi jaringan membaik 3. Suhu kulit membaik 4. Tekstur mem baik 	Perawatan integritas kulit Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebabb gangguan integritas kuit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penerunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penerunan mobilitas) Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tira baring 2. Bersihkan perinea dengan air hangat, terutama selama periode diare 3. Gunakan produk berhahan petrolium atau minyak pada kulit kering 4. Gunakan produk yang berhan ringan/alami dan hipoaergik pada kuit sensitif 5. Hindari prodek yang berhan dasar akhol pada kulit kering Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis, lation. serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan integritas kulit/jaringan dapat terjadi karena perubahan sirkullasi, perubahan nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, dan penurunan mobillitas. Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya lesi atau ulkus pada kulit yang tertindis 2. Untuk menjaga kelembaban kulit 3. G 4. Produk berbahan dasar alcohol dapat mengiritasi kulit Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kelembaban kulit 2. Menjaga status hidrasi kulit 3. Menjaga kesehatan kuit tetap baik 4. Sinar matahari dapat menyebabkan kerusakan kulit/ sensai terbakar
---	---	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstram 6. Anjurkan menggunakan tabir sayur SPF minimal 30 sat berada di luar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya 	
--	--	--	--	--

2.5.4 Implementasi

Tindakan perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik.

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping.

Dalam tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien, serta pemahaman tingkat perkembangan pasien. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan adalah dengan menerapkan teknik komunikasi terapeutik. Dalam melaksanakan tindakan perlu melibatkan seluruh

anggota keluarga dan selama tindakan, perawat perlu memantau respon verbal dan nonverbal pihak keluarga (Kholifah & Widagdo, 2016).

Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Namun ada faktor-faktor penyulit dari keluarga yang dapat menghambat minat keluarga dalam bekerjasama melakukan tindakan kesehatan ini, yaitu:

1. Kurang jelasnya informasi yang didapat keluarga, sehingga membuat keluarga keliru.
2. Kurang lengkapnya informasi yang didapat keluarga sehingga keluarga melihat masalah sebagian Keliru.
3. Keluarga tidak dapat mengaitkan informasi yang di dapat dengan kondisi yang dihadapi.
4. Keluarga tidak mau menghadapi situasi
5. Anggota keluarga tidak mampu melawan tekanan dari keluarga atau lingkungan sekitar
6. Keluarga ingin mempertahankan suatu pola tingkah laku.

7. Gagalnya keluarga dalam mengaitkan tindakan dengan sasaran atau tujuan upaya keperawatan.
8. Keluarga kurang percaya dengan tindakan yang diajukan perawat.

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan.

Evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan apakah informasi yang telah dikumpulkan sudah mencukupi dan apakah perilaku yang diobservasi sudah sesuai.

Diagnosa keperawatan juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Tujuan keperawatan harus dievaluasi adalah untuk menentukan apakah tujuan tersebut, dapat dicapai secara efektif. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi atau tindakan yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasil, bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan.

Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbarui rencana asuhan keperawatan. Sebelum perencanaan dikembangkan lebih lanjut, perawat bersama keluarga perlu melihat 61 tindakan-tindakan perawatan tertentu apakah tindakan tersebut benar-benar membantu (Kholifah & Widagdo, 2016). Evaluasi dapat dilakukan

dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A: Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada

2.6 Kerangka konsep teori

