

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diare

1. Definisi

Diare adalah frekuensi buang air besar yang lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih 3 kali pada anak, konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat bercampur lendir dan darah atau hanya lendir saja (Suharyono, 2018). Diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal dan cair bisa juga didefinisikan sebagai buang air besar yang tidak normal dan berbentuk cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya (Dewi, 2019).

Diare adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal ditandai dengan peningkatan volume, kenceran serta frekuensi lebih dari 3 kali sehari dan pada neonatus lebih dari 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir darah (Hidayat, 2017). Diare atau dikenal dengan sebutan mencret dengan konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Aja et al., 2021).

2. Etiologi

Etiologi diare menurut Ngastiyah (2018) adalah sebagai berikut:

a. Faktor Infeksi

- 1) Infeksi enteral yaitu infeksi yang terjadi dalam saluran pencernaan dan merupakan penyebab utama terjadinya diare. Infeksi enteral meliputi ;
 - a) Infeksi bakteri : *Vibrio E. Coli, Salmonella, Shigella Campylobacter, Yersinia, Aeromonas*, dan sebagainya.
 - b) Infeksi virus : Enterovirus (virus ECHO, Coxsackie, Poliomyelitis) Adeno-virus, Rotavirus, dan Astrovirus.
 - c) Infeksi parasit : Cacing (*Ascaris, Trichuris, Oxyuris*, dan *Strongyloides*), protozoa (*Entamoeba histolytica, Giardia lamblia*, dan *Trichomonas hominis*), serta jamur (*Candida albicans*).
 - 2) Infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain di luar alat pencernaan, misalnya otitis media akut (OMA), tonsillitis, tonsilofaringitis, bronkopneumonia, dan ensefalitis. Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak beumur dibawah 2 tahun
- b. Faktor Malabsorbsi
- 1) Malabsorbsi karbohidrat : disakarida (intoleransi laktosa, maltosa, dan sukrosa) serta monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Pada anak dan bayi yang paling berbahaya adalah intoleransi laktosa.
 - 2) Malabsorbsi lemak
 - 3) Malabsorbsi protein
- c. Faktor makanan, misalnya makanan basi, beracun, dan alergi.

- d. Faktor psikologis, misalnya rasa takut dan cemas.

3. Klasifikasi diare

Hidayat (2017) menjelaskan bahwa klasifikasi diare adalah sebagai berikut:

- a. Diare akut, buang air besar yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (pada umumnya 3 kali atau lebih) per hari dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 7 hari.
- b. Diare disentri, diare dengan darah atau lendir dalam tinja dan dapat disertai dengan adanya tenesmus.
- c. Diare terus menerus, cair seperti air cucian, tanpa sakit perut, disertai dengan mual dan muntah diawal penyakit.
- d. Diare persisten

Diare persisten atau diare kronik adalah diare dengan atau tanpa disertai darah, dan berlangsung selama 14 hari atau lebih. Bila sudah terbukti disebabkan oleh infeksi disebut sebagai diare persisten.

Sodikin (2016) menjelaskan bahwa berdasarkan durasi waktu diare, dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

- a. Diare akut adalah diare yang berlangsung kurang dari 14 hari
- b. Diare kronik yang berlangsung secara terus menerus selama lebih dari 2 minggu atau lebih dari 14 hari dengan etiologi non infeksi

secara umum diikuti dengan kehilangan berat badan secara signifikan dan masalah nutrisi.

- c. Diare persisten yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan etiologi infeksi.

4. Patofisiologis

Hidayat (2017) menjelaskan bahwa proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan faktor di antaranya:

- 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 perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus menyebabkan sistem transpor aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi 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.
- c. Faktor makanan, ini terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian menyebabkan diare.

d. Faktor psikologis dapat mempengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya mempengaruhi proses penyerapan makanan yang dapat menyebabkan diare.

5. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala awal diare ditandai dengan anak menjadi cengeng, gelisah, suhu meningkat, nafsu makan menurun, tinja cair (lendir dan tidak menutup kemungkinan diikuti keluarnya darah), anus lecet, dehidrasi (bila terjadi dehidrasi berat maka volume darah berkurang, nadi cepat dan kecil, denyut jantung cepat, tekanan darah turun, keadaan menurun diakhiri dengan syok), berat badan menurun, turgor kulit menurun, mata dan ubun ubun cekung, mulut dan kulit menjadi kering (Ardyani, 2018). Tanda dan gejala diare yang tampak berdasarkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (Kemenkes RI, 2015) disajikan dalam tabel 2.1.

Tabel 2.1
Tanda dan Gejala Diare yang Tampak

No	Diare	Tanda dan Gejala	Klasifikasi
1	Dehidrasi	Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: a. Letargis atau tidak sadar b. Mata Cekung. c. Tidak bisa minum atau malas minum. d. Cubitan kulit perut kembali sangat lambat.	Diare Dehidrasi Berat
		Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: a. Gelisah, rewel / mudah marah. b. Mata cekung. c. Haus, minum dengan lahap. d. Cubitan kulit perut kembali lambat	Diare Dehidrasi Ringan/Sedang

No	Diare	Tanda dan Gejala	Klasifikasi
		Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang.	Diare tanpa dehidrasi
2.	Jika diare 14 hari atau lebih	a. Diare selama 14 hari atau lebih b. Ada dehidrasi	Diare Persisten Berat
		a. Diare selama 14 hari atau lebih b. Tanpa dehidrasi	Diare Persisten
3.	Darah di dalam tinja	Ada darah di dalam tinja	Disentri

Sumber: Kemenkes RI (2015)

6. Diagnosis

Diagnosis diare berdasarkan gejala klinis yang muncul, riwayat diare membutuhkan informasi tentang kontak dengan penderita gastroenteritis, frekuensi dan konsistensi buang air besar dan nuntah, intake cairan dan urin output, riwayat perjalanan, penggunaan antibiotika dan obat-obatan lain yang bisa menyebabkan diare. Pemeriksaan fisik pada penderita diare akut untuk menentukan beratnya penyakit dan derajat dehidrasi yang terjadi. Evaluasi lanjutan berupa tes laboratorium tergantung lama dan beratnya diare, gejala sistemik dan adanya darah di dalam feses. Pemeriksaan feses rutin untuk menemukan leukosit pada feses yang berguna untuk mendukung diare, jika hasil tes negatif, kultur feses tidak diperlukan (Setiyaningsih et al., 2019).

7. Pemeriksaan penunjang atau laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang intensif perlu dilakukan untuk mengetahui adanya diare yang disertai komplikasi dan dehidrasi. Menurut Cahyono (2014), terdapat beberapa pemeriksaan laboratorium untuk penyakit diare, diantaranya :

- a. Pemeriksaan darah rutin, Laju Endap Darah (LED), atau *C-reactive protein* (CPR). memberikan informasi mengenai tanda infeksi atau inflamasi.
- b. Pemeriksaan fungsi ginjal dan elektrolit untuk menilai gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- c. Pemeriksaan kolonoskopi untuk mengetahui penyebab diare.
- d. Pemeriksaan CT scan bagi pasien yang mengalami nyeri perut hebat, untuk mengetahui adanya perforasi usus.

8. Penatalaksanaan

Dasar pengobatan diare menurut Ngastiyah (2018) adalah sebagai berikut:

- a. Pemberian cairan
 - 1) Cairan per oral. Pada pasien dengan dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berisikan NaCL dan NaHCO₃, KCL dan glukosa. Untuk diare akut dan kolera pada anak di atas umur 6 bulan kadar natrium 90 mEq/L. Formula lengkap sering disebut oralit. Cairan sederhana yang dapat dibuat sendiri (formula tidak lengkap) hanya mengandung garam dan gula (NaCL dan sukrosa), atau air tajin yang diberi garam dan gula untuk pengobatan sementara di rumah sebelum dibawa berobat ke rumah sakit/pelayanan kesehatan untuk mencegah dehidrasi lebih jauh.

- 2) Cairan parental. Sebenarnya ada beberapa jenis cairan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan pasien misalnya untuk bayi atau pasien yang MEP. Tetapi kesemuanya itu bergantung tersedianya cairan setempat. Pada umumnya cairan ringer laktat (RL) selalu tersedia di fasilitas kesehatan dimana saja. Mengenai pemberian cairan seberapa banyak yang diberikan bergantung dari berat /ringanya dehidrasi, yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badanya.
 - 3) Pemberian cairan pasien malnutrisi energi protein (MEP) tipe marasmik. Kwashiorkor dengan diare dehidrasi berat, misalnya dengan berat badan 3-10 kg, umur 1bln-2 tahun, jumlah cairan 200 ml/kg/24jam. Kecepatan tetesan 4 jam pertama idem pada pasien MEP. Jenis cairan DG aa. 20 jam berikutnya: 150 ml/kg BB/20 jam atau 7 ml/kg BB/jam atau $1 \frac{3}{4}$ tetes/kg/BB/menit (1 ml= 15 menit) atau $2 \frac{1}{2}$ tetes /kg BB/menit (1 ml=20 tetes). Selain pemberian cairan pada pasien-pasien yang telah disebutkan masih ada ketentuan pemberian cairan pada pasien lainya misalnya pasien bronkopneumonia dengan diare atau pasien dengan kelainan jantung bawaan, yang memerlukan cairan yang berlebihan pula. Bila kebetulan menjumpai pasien-pasien tersebut sebelum memasang infuse hendaknya menanyakan dahulu pada dokter.
- b. Dietetik (cara pemberian makanan).

Untuk anak di bawah 1 tahun dan anak di atas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg jenis makanan:

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

c. Terapi farmakologik

1) Antibiotik

Suraatmaja (2007 dalam Setiyaningsih et al., 2019) pengobatan yang tepat terhadap penyebab diare diberikan setelah diketahui penyebab diare dengan memperhatikan umur penderita, perjalanan penyakit, sifat tinja. Pada penderita diare, antibiotik boleh diberikan bila :

- a) Ditemukan bakteri patogen pada pemeriksaan mikroskopik dan atau biakan.
- b) Pada pemeriksaan mikroskopis dan atau mikroskopis ditemukan darah pada tinja.
- c) Secara klinis terdapat tanda-tanda yang menyokong adanya infeksi maternal.

d) Di daerah endemic kolera.

e) Neonatus yang diduga infeksi nosokomial

2) Obat antipiretik

Obat antipiretik seperti preparat salisilat (asetosol, aspirin) dalam dosis rendah (25 mg/tahun/kali) selain berguna untuk menurunkan panas akibat dehidrasi atau panas karena infeksi, juga mengurangi sekresi cairan yang keluar bersama tinja (Suraatmaja, 2007).

3) Pemberian Zinc

Pemberian Zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparah diare, mengurangi frekuensi buang air besar (BAB), mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan diare pada tiga bulan berikutnya (Depkes RI, 2011).

9. Komplikasi

Komplikasi akibat dari diare menurut Maryunani (2016) adalah sebagai berikut:

a. Kehilangan air (dehidrasi)

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

b. Gangguan keseimbangan asam basa (metabolik asidosis)

Hal ini terjadi karena kehilangan Na-bicarbonat bersama tinja. Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga benda kotor tertimbun

dalam tubuh, terjadinya penimbunan asam laktat karena adanya anorexia jaringan. Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (terjadi oliguria atau anuria) dan terjadinya pemindahan ion Na dari cairan ekstraseluler ke dalam cairan intraseluler.

c. Hipoglikemia

Hipoglikemia terjadi pada 2-3% anak yang menderita diare, lebih sering pada anak yang sebelumnya telah menderita Kekurangan Kalori Protein (KKP). Hal ini terjadi karena adanya gangguan penyediaan glikogen dalam hati dan adanya gangguan etabol glukosa. Gejala hipoglikemia akan muncul jika kadar glukosa darah menurun hingga 40% pada bayi dan 50% pada anak-anak.

d. Gangguan gizi

Terjadinya penurunan berat badan dalam waktu singkat, hal ini disebabkan oleh makanan sering dihentikan oleh orang tua karena takut diare atau muntah yang bertambah hebat, walaupun susu diteruskan sering diberikan dengan pengeluaran dan susu yang encer ini diberikan terlalu lama, makanan yang diberikan sering tidak dapat dicerna dan diabsorpsi dengan baik karena adanya hiperperistaltik.

e. Gangguan sirkulasi

Sebagai akibat diare dapat terjadi renjatan (shock) hipovolemik, akibatnya perfusi jaringan berkurang dan terjadi hipoksia, asidosis

bertambah berat, dapat mengakibatkan perdarahan otak, kesadaran menurun dan bila tidak segera diatasi klien akan meninggal.

B. Konsep Keluarga

1. Pengertian

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan individu yang mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman & Bowden, 2014). Keluarga adalah dua atau lebih dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pemangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga dan berinteraksi satu sama lain dan didalam peranannya masing-masing dan menciptakan serta memperhatikan suatu kebudayaan (Mubarak et al., 2020)

2. Tipe keluarga

Tipe keluarga menurut Harmoko (2012), tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan:

a. Secara tradisional

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi keduanya.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga yang lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman, bibi).

b. Secara modern

- 1) *Tradisional nuclear*, merupakan keluarga inti ayah, ibu, dan anak tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.
- 2) *Reconstituted nuclear*, pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu dari bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.
- 3) *Middle age/aging couple*, suami sebagai pencari uang, istri di rumah/kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.
- 4) *Dyadic nuclear*, suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.
- 5) *Single parent*, satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.
- 6) *Dual carrier*, suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

- 7) *Commuter married*, suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.
- 8) *Single adult*, wanita atau pria dewasa tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.
- 9) *Three generation*, tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.
- 10) *Institutional*, anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti.
- 11) *Comunal*, satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang *monogamy* dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.
- 12) *Group marriage*, suatu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya didalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.
- 13) *Unmarried parent and child*, ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.
- 14) *Cohibing couple*, dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.
- 15) *Gay and lesbian family*, keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3. Struktur keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Menurut Padila (2015), ada beberapa struktur keluarga yang ada di Indonesia yang terdiri dari bermacam-macam diantaranya adalah:

- a. Patrilineal adalah keluarga yang sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.
- b. Matrilineal adalah keluarga yang sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.
- c. Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.
- d. Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.
- e. Keluarga kawin adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

4. Fungsi keluarga

Friedman dan Bowden (2014) menggambarkan fungsi sebagai apa yang dikerjakan oleh keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan bersama anggota keluarga. Ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan, yaitu fungsi afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi, dan perawatan kesehatan.

- a. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial.

b. Fungsi sosialisasi

Keluarga dalam hal ini dapat membina hubungan sosial pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, dan menaruh nilai-nilai budaya keluarga.

c. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan makan, pakaian, dan tempat tinggal.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga juga berperan untuk melaksanakan praktik asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah gangguan kesehatan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan.

5. Tugas dalam pelaksanaan perawatan kesehatan keluarga

Fungsi perawatan kesehatan keluarga dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan, keluarga mempunyai fungsi di bidang

kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan (Bailon & Maglaya, dikutip dari Mubarak et al. (2020) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan, yaitu:

a. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Pengenalan masalah kesehatan keluarga yaitu sejauh mana keluarga, mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan keluarga yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah. Pada tahap ini memerlukan data umum keluarga yaitu nama keluarga, alamat, komposisi keluarga, tipe keluarga, suku, agama, status sosial ekonomi keluarga dan aktivitas rekreasi keluarga.

b. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

Pengambilan sebuah keputusan kesehatan keluarga merupakan langkah sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, apakah masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dihadapi, takut akan akibat dari tindakan penyakit, mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, dapat menjangkau fasilitas yang ada. Pada tahap ini yang dikaji berupa akibat dan keputusan keluarga yang diambil. Perawatan sederhana dengan melakukan cara-cara perawatan yang sudah dilakukan keluarga dan cara pencegahannya (Bailon dan Maglaya, dikutip dari Mubarak, Chayatin & Santoso, 2020).

Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat terkait dengan perkembangan balita dikarenakan oleh beberapa hal, yaitu:

- 1) Keluarga tidak mengerti mengenai sifat, berat dan luasnya masalah;
- 2) Masalah tidak begitu menonjol;
- 3) Rasa takut dan menyerah;
- 4) Kurang pengertian/pengetahuan mengenai macam-macam jalan keluar yang terbuka untuk keluarga;
- 5) Tidak sanggup memilih tindakan-tindakan di antara beberapa pilihan terkait perkembangan balita;
- 6) Ketidakcocokan pendapat dari anggota-anggota keluarga tentang pemilihan tindakan;
- 7) Ketidaktahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan yang ada;
- 8) Ketakutan keluarga akan akibat tindakan yang diputuskan;
- 9) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan;
- 10) Fasilitas kesehatan tidak terjangkau dalam hal fisik/lokasi dan biaya transportasi;
- 11) Kurang kepercayaan/keyakinan terhadap tenaga/lembaga kesehatan terkait perkembangan balita;
- 12) Kesalahan konsepsi karena informasi terkait kesehatan lansia yang salah terhadap tindakan yang diharapkan (Mubarak, Chayatin & Santoso, 2020)

c. Merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan

Perawatan anggota keluarga mengetahui keadaan penyakitnya, mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga, mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit. Perawatan keluarga dengan melakukan perawatan sederhana sesuai dengan kemampuan, perawatan keluarga yang biasa dilakukan dan cara pencegahannya seminimal mungkin (Setiadi, 2013)

d. Modifikasi lingkungan fisik dan psikologis

Pemodifikasian lingkungan dapat membantu keluarga melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, dalam bentuk kebersihan rumah dan menciptakan kenyamanan agar anak dapat beristirahat dengan tenang tanpa adanya gangguan dari luar (Setiadi, 2013).

e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di sekitar keluarga

Keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga. (Setiadi, 2013).

6. Diagnosa keperawatan keluarga (Pemeliharaan kesehatan tidak efektif)

a. Definisi

Pemeliharaan kesehatan tidak efektif yaitu ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan atau mencari bantuan untuk mempertahankan kesehatan (PPNI, 2017).

b. Penyebab

Penyebab dari pemeliharaan kesehatan tidak efektif (PPNI, 2017) yaitu sebagai berikut:

- 1) Hambatan kognitif.
- 2) Ketidaktuntasan proses berduka
- 3) Ketidakadekuatan proses berkomunikasi
- 4) Kurangnya kemampuan motorik halus/kasar
- 5) Ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat
- 6) Ketidakmampuan mengatasi masalah (individu/keluarga)
- 7) Ketidakcukupan sumber daya (misal, keuangan, fasilitas)
- 8) Gangguan persepsi
- 9) Tidak terpenuhinya tugas perkembangan

c. Kondisi terkait

Beberapa kondisi yang berkaitan dengan Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (PPNI, 2017) yaitu:

- 1) Kondisi kronis (mis, sklerosis multipel, arthritis, nyeri kronis)
- 2) Cedera otak
- 3) Stroke
- 4) Paralisis
- 5) Cedera medula spinalis

- 6) Laringektomi
- 7) Demensia
- 8) Penyakit Alzheimer
- 9) Keterlambatan perkembangan

d. Intervensi

Intervensi keperawatan dengan pemeliharaan kesehatan tidak efektif (PPNI, 2018) yaitu:

1) Edukasi kesehatan

Observasi :

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

2) Terapeutik :

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

3) Edukasi :

- a) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

4) Manajemen perilaku

Observasi :

- a) Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku
- b) Terapeutik
- c) Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku
- d) Jadwalkan kegiatan terstruktur
- e) Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan

Edukasi :

Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif.

5) Dukungan perawatan diri

Observasi :

- a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b) Monitor tingkat kemandirian
- c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

Terapeutik :

- a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)
- b) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
- c) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi :

Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

C. Konsep Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

1. Pengertian

Pemeliharaan kesehatan tidak efektif adalah ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan/atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan (PPNI, 2017). Pemeliharaan kesehatan tidak efektif yaitu kondisi ketika individu/keluarga mengalami atau beresiko mengalami gangguan kesehatan karena gaya hidup yang tidak sehat/ kurangnya pengetahuan untuk mengatur kondisi.

Pemeliharaan kesehatan tidak efektif dapat dilihat dari perilaku keluarga yang kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan, kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat, tidak mampu menjalankan perilaku sehat (keluarga belum mengatur pola makan pasien atau diet pasien, keluarga masih belum memisahkan makanan pasien dengan anggota keluarga lainnya, keluarga tidak melarang pasien memakan makanan yang banyak mengandung gula, keluarga tidak melarang pasien memakan makanan yang siap saji, kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat, keluarga masih membiarkan pasien berpikir keras atau mengalami stress, tidak adanya sistem pendukung (support system) (PPNI, 2017).

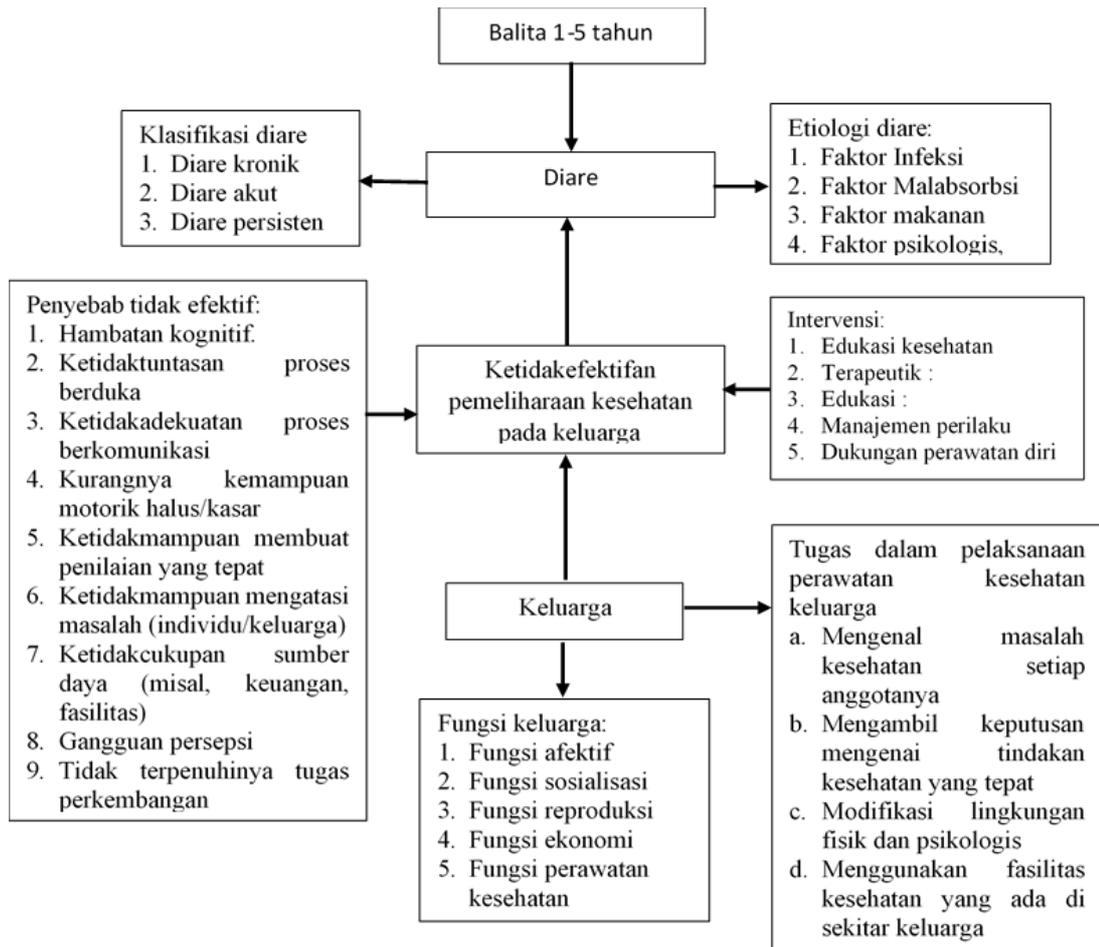
2. Penyebab pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Ada beberapa penyebab terjadinya pemeliharaan kesehatan tidak efektif : hambatan kognitif, ketidaktuntasan proses berduka, ketidakadekuatan keterampilan berkomunikasi, kurangnya keterampilan motorik halus/kasar, ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat, ketidakmampuan mengatasi masalah (individu atau keluarga), ketidakcukupan sumber daya (misalnya: keuangan, fasilitas), gangguan persepsi, tidak terpenuhinya tugas perkembangan (PPNI, 2017).

3. Tanda dan gejala pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Adapun tanda dan gejala dari pemeliharaan kesehatan tidak efektif yaitu kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan, kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat, tidak mampu menjalankan perilaku sehat, memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang, kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat, tidak memiliki sistem pendukung.

D. Kerangka Teori



Bagan 2.1

Kerangka Teori

Sumber: Friedman & Bowden (2014), Mubarak, Chayatin & Santoso (2020), Setiadi (2013), Hidayat (2017), Ngastiyah (2018) dan PPNI (2017)

