# BAB 2

# TINJAUAN TEORITIS

## 2.1 Konsep Dasar

### 2.1.1 Definisi

 Gastroenteritis adalah peradangan pada lambung, usus kecil dan usus besar dengan berbagai kondisi patologis dari saluran gastrointestinal dengan manifestasi diare, dengan atau tanpa disertai muntah, serta ketidaknyamanan abdomen (Arif Muttaqin, 2011).

Gastroenteritis adalah peradangan yang terjadi pada lambung,usus besar dan usus halus disebabkan oleh infeksi makanan yang mengandung bakteri atau virus yang memberikan gejala diare dengan frekuensi lebih banyak dengan konsistensi encer dan kadang-kadang desertai dengan muntah-muntah (Nian, 2015).

Gastroenteritis adalah radang pada lambung dan usus halus yang member gejala diare, dengan atau disertai muntah, dan sering kali disertai peningkatan suhu tubuh (suratun, 2010)

Berdasarkan pengertian diatas menurut pendapat beberapa ahli pakar tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa Gastroenteritis adalah peradangan yang terjadi pada lambung,usus besar dan usus halus disebabkan oleh infeksi makanan yang mengandung bakteri atau virus yang memberikan gejala diare, dengan atau tanpa disertai muntah, serta ketidaknyamanan abdomen dan sering kali disertai peningkatan suhu tubuh.

###

 Organ yang termasuk dalam sistem pencernaan terbagi menjadi dua kelompok (Mardalena, 2015)



Gambar 2.1 Sistem Pencernaan

1. Mulut

Mulut merupakan suatu rongga terbuka tempat masuknya makanan padat dan cairan serta menjadi gerbang masuk bagi system pencernaan. Kerja sitem pencernaan sebenarnya sudah dimulai sejak dari mulut, sewaktu makanan di kunyah. Di dalam mulut, makan dipotong-potong oleh gigi depan (*icisivus*) dan dikunyah oleh gigi belakang (*molar/geraham*) menjadi bagian-bagian kecil agar lebih mudah dicerna oleh air liur. Enzim dalam air liur, disebut amilase, berfungsi memecah karbohidrat tertentu menjadi bentuk yang lebih sederhana.

1. Lambung

Setelah makanan masuk dalam perut, proses pencernaan terus berlanjut didalam lambung. Lambung adalah otot berongga berukuran besar dan terdiri dari 3 bagian, yaitu kardia, fundus, dan antrum. Makanan masuk ke dalam lambung dari kerongkongan melalui otot berbentuk cincin (*sfingter*), yang bisa membuka dan menutup. Dalam keadaan normal, *sfingter* menghalangi masuknya kembali isi lambung ke dalam kerongkongan. *Sfingter* bagian atas disebut *sfingter* *kardia*.

Di dalam lambung makanan bercampur dengan asam dan enzim yang diskresikan dari dinding perut. Setelah benar-benar hancur, makanan kemudian di pindahkan ke dalam usus kecil melalui *sfingter pylorus*. Fungsi lambung mirip gudang makanan yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim.

1. Usus halus

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Usus halus berbentuk tabung panjang dimana sebagian besar vitamin dan nutrisi di serap dari makanan ke dalam aliran darah. Dinding usus halus dipenuhi pembuluh darah yang bertugas mengangkut zat-zat untuk di serap kehati melalui vena porta.

1. Usus Besar

Usus besar atau kolon adalah bagian usus yang terletak di antara usus buntu dan rectum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses (tinja). Setelah bergerak melalui usus kecil, makanan kemudian dicerna dan sebagian lagi dalam bentuk cair didorong melalui *sfingter*, disebut katup ileosekal, agar memasuki usus besar. Di dalam usus besar sebagian besar air diserap dari bahan limbah. Pada saat feses /tinja mencapai ujung usus besar, bentuknya sudah menjadi lebih padat. Usus besar terdiri dari:

1. Kolon asendens (kanan)
2. Kolon transversum.
3. Kolon desendens (kiri)
4. Kolon sigmoid (behubungan dengan rectum).
5. Rektum

Bagian akhir usus besar disebut rectum, yakni semacam waduk yang menampung tinja sebelum bisa keluar dari tubuh. Rektum berbentuk sebuah ruangan yang berawal dari usus besar setelah kolon sigmoid dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Saat penuh dengan tinja, rektum member sinyal pada otak sehingga rangsangan ingin buang air besar.

1. Anus

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Anus memiliki 2 otot *sfingter* yang berfungsi menahan tinja di dalam tubuh sampai tiba saatnya keluar.

### 2.1.2 Etiologi

1. Faktor infeksi

Infeksi internal; infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada pasien, meliputi infeksi bakteri (*vibrio, E. coli, salmonella, shigella, campylobacter, yersenia, aeromonas*, dsb), infeksi virus (*enterovirus,, adenovirus, rotavirus, astrovirus,* dll) infeksi parasite (*E. hystolitica, G. lamblia, T. hominis*) dan jamur (C. albicans). Infeksi parenteral; merupakan infeksi diluar sistem pencernaan yang dapat menimbulkan diare seperti: *otitis* media akut, *tonsillitis, bronkoupneumonia, ensefalitis* dan sebagainya

1. Faktor Malabsorbsi

Malabsorbsi karrbohidrat: *disakarida* (*intoleransi laktosa, maltose*, dan *sukrosa*), monosakarida (intoleransi *glukosa, fruktosa dan galaktosa*). Intoleransi laktosa merupakan penyebab diare yang terpenting pada bayi dan pasien. Disamping itu dapat pula terjadi malabsorbsi lemak dan protein.

1. Faktor Makanan

Diare dapat terjadi karena mengkonsumsi makanan basi, beracun dan alergi terhadap jenis makanan tertentu.

1. Faktor Psikologis

Diare dapat terjadi karena factor psikologis rasa takut dan cemas yang tidak tertangani dapat menjadi penyebab psikologis akan gangguan gastroenteritis.

### 2.1.3 Patofisiologi

Penyebab gastroenteris akut adalah masuknya virus (Rotravirus, Adenovirus enteris, Virus Norwalk). Bakteri atau toksin (Compylobacter, Salmonela, Escherihia Coli, Yersinia, dan lainnya), parasit (Biardia Lambia, Cryptosporidium). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel, memproduksi enterotoksin atau cytotoksin dimana merusak sel-sel, atau melekat pada dinding usus pada Gastroenteritis akut.

 Penularan gastroenteritis biasanya melalui fekal ke oral dari satu penderita ke penderita lainnya. Beberapa kasus ditemui penyebaran patogen disebabkan oleh makanan dan minuman yang terkontaminasi. Mekanisme dasar penyebab timbulnya gastroenteritis atau diare adalah gangguan osmotic. Ini artinya makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotic dalam rongga usus,isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare. Selain itu muncul juga gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian menjadi diare. Gangguan multilitis usus mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik.

 Gastroenteritis atau diare dapat menimbulkan gangguan lain misalnya kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi). Kondisi ini dapat menganggu keseimbangan asam basa (asidosis metabolik dan hipokalemian), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia, dan gangguan sirkulasi darah.

 Normalnya makanan atau feses bergerak sepanjang usus dengan bantuan gerakan peristaltic dan segmentasi usus, akan tetapi mikroorganisme seperti salmonella, Escherichia coli, vibrio disentri dan virus entero yang masuk ke dalam usus dan berkembang biak dapat meningkatkan gerak peristaltic usus tersebut. Usus kemudian akan kehilangan cairan dan elektrolit kemudian terjadi dehidrasi. Dehidrasi merupakan kompilasi yang sering terjadi jika cairan yang keluar disertai elektrolit.

### 2.1.4 Tanda dan Gejala

 Menurut Suratun (2010), Beberapa tanda dan gejala yang terjadi pada kasus gastroenteritis, antara lain :

Muntah-muntah dan/ atau suhu tubuh meningkat,nafsu makan berkurang.

Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair,tenesmus, hematochezia,nyeri perut atau kram perut.

Tanda-tannda dehidrasi muncul bila intake cairan lebih kecil dari pada outputnya.Tanda-tanda tersebut adalah perasaan haus, berat badan menurun, mata cekung,, lidah kerning, tulang pipi menonjol, tulgor kulit menurun dan suara serak.Hal ini disebabkan depresi air yang isotonic.

Frekuensi nafas lebih cepat dan dalam (pernnafasan kussmaul) terjadi bila syok berlanjut dan terdapat sitosis.Bikarbonat dapat hilamg karena muntah dan diare sehingga dapat terjadi penurunan pH darah.pH darah yang menurun ini merangsang pusat pernafasan agar bekerja lebih cepat dengan meningkatkan pernafasan dengan tujuan mengeluarkan asam karbonas sehingga pH kembali normal.Asitosis metabolic yang tidak berkompetensasi ditandai oleh fase excess negative,bikarbonat standard rendah dan PaCO2 normal.tanda-tanda dehidrasi berat dan sudah terjadi syok hipovolemik adalah tekanan darah menurun atau tidak terukur, nadi cepat, gelisah, sianosis dan extremitas dingin.Pada diare akut dapat terjadi hipokalemia akibat kalium ikut terbuang bersama cairan feses sehingga berisiko terjadi aritmia jantung.

Anuria karena penurunan perfusi ginjal dan menimbulkan nekrosis tubulus ginjal akut, dan bila tidak teratasi, klien/pasien berisiko menderita gagal ginjal akut.

 Gejala klinis dapat disesuaikan dengan dengan drajat atau kebanyakan kehilangan cairan. Berdasarkan kehilangan berat badan, dehidrasi terbagi menjadi empat kategori yaitu tidak ada dehidrasi (bila terjadi penurunan berat badan 2,5%), dehidrasi ringan (bila terjadi penurunan berat badan 2,5-5%), dehidrasi sedang (bila terjadi penurunan berat badan 5-10%), dan dehidrasi berat (bila terjadi penurunan berat badan 10%).

### 2.1.5 Penatalaksanaan

Penggantian cairan dan elektrolit

1. Rehidrasi oral dilakukan pada semua pasien yang masih mampu minum pada diare akut.diberikan hidrasi intra vena pada kasus diare hebat. Rehidrasi oral terdiri dari 3,5gram Nacl, dan 2,5gram Natrium Bikarbonat, 1,5gram KaCl, 20gram glukosa per liter air.
2. Diberikan hidrasi intra vena pada kasus diare hebat.NaCl atau RL harus diberikan dengan suplementasi kalium.
3. Monitor status hidrasi, TTv dan output urine.

Pengganti cairan dapat menggunakan rumus metode pierce berdasarkan keadaan klinis yaitu:

1. Dehidrasi ringan, kebutuhan cairan 5%xkgBB
2. Dehidrasi sedang, kebutuhan cairan 8%xkgBB
3. Dehidrasi berat, kebutuhan cairan 10%xkgBB

Atau dapat menggunakan formulasi goldbeger. Ia mengemukakan beberapa cara menghitung kebutuhan cairan:

1. Cara 1: jika ada rasa haus dan tidak ada tanda-tanda klinis dehidrasi lainya, maka kehilangan cairan kira-kira 2% dari BB pada waktu itu.Bila disertai mulut kering, oliguri, maka deficit cairan sekitar 6% dari BB saat itu.Bila ada tanda-tanda diatas disertai kelemahan fisik yang jelas perubahan mental seperti bingung atau delirium, maka devisit cairan sekitar 7-14% atau sekitar 3,5-7 liter pada orang dewasa pada BB 50kg.
2. Cara II:Jika penderita dapat ditimbang tiap hari, maka kehilangan BB 4kg pada fase akut sama dengan deficit air sebanyak 4L
3. Cara III:Dengan menggunakan rumus:Na2xBW2=Na1xBW1, dimana :Na1=kadar natrium plasma normal BW1=volume air badan normal,biasanya 60% dari BB untuk pria dan 50% untuk wanita; NA2=kadar natrium plasma sekarang;BW2=volume air badan sekarang.

Pemberian antibiotic

1. Pengobatan antibiotic pada umumnya tidak dianjurkan karena akan mengubah flora normal usus dan menyebabkan diare menjadi lebih buruk. Pada diare akut infeksi, 40% kasus diare infeksi sembuh kurang dari 3 hari tanpa pemberian antibiotik. Pemberian antibiotik di indikasikan pada pasien dengan gejala dan tanda diare infeksi seperti demam, feses berdarah, leukosit pada feses . Metronidazole merupakan obat yang efektif dan aman untuk giardia lambia dan bakteri anaerob yang sering terdapat pada blind loop syndrome. Terapii antibiotic spesifik diberikan berdasarkan kultur dan resitensi kuman. Campylobacter, salmonella/shigella diberikan cprofloksasin 500mg oral.
2. Pengobatan dengan obat anti diare, tidak diberikan obat anti diare seprti kaolin, pectin, difenoksilat (lomotil) karena dapat memperlambat motilitas usus sehingga enteritis akan memanjang.
3. Pemberian nutrisi parenteral bertujuan untuk mempertahankan sirkulasi, mencukupi dan mempertahankan keseimbangan air dan elektroli, mencegah dan mengganti kehilangan jaringan tubuh dan mengurangi morbiditas dan mortalitas. Meringankan kerja usus, tidak merangsang produksi asam lambung dan dapat diberikan dalam jumlah yang tepat.

**Pathway Gastroenteritis**

frekuensi BAB meningkat

infeksi

makanan

psikososial

**ansietas**

Malabsorbsi keh.lemak, protein

Mening.tekanan osmotik

Pergeseran air dan elektrolit usus

Toksik tak dapat diserap

hiperperistaltik

**diare**

Berkembang di usus

Hilang cairan dan elektrolit berlebihan

Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

dehidrasi

**Kekurangan volume** **cairan**

**Kerusakan integritas kulit perianal**

Asidosis metabolik

sesak

**Gangguan pertukaran gas**

**Resiko syok hipovolemia**

**Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh**

Nafsu makan menurun

**Mual/muntah**

Distensi abdomen

Hipersekresi air dan elektrolit

Menurunnya kesempatan usus menyerap makanan

Gambar 2.2 Pathway Gastroentritis

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

 Proses Keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pasien pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan Rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien seperti yang disebutkan di atas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

### 2.2.1 Pengkajian

 Pengkajian yang sistematis meliputi pengumpulan data, analisa data dan penentuan masalah. Pengumpulan data diperoleh dengan cara intervensi, observas, pengkajian fisik ( Greenberg, 1992) meliputi:

1. Identitasa pasien/ biodata
2. Riwayat keperawatan .

Keluhan utama: Feses semakin cair, mutah, bila kehilangan banyak air dan elektrolit terjadi gejala dehidrasi, tonus dan turgor kulit berkurang, selaput lendir mulut dan bibir kering, frekuuensi BAB lebih dari 4 kali dengan konsistensi encer.

1. Riwayat kesehatan masa lalu. Riwayat penyakit yang diderita, riwayat pemberian imunisasi.
2. Riwayat psikososial keluarga. Dirawat akan menjadi stressor bagi keluarga, kecemasan meningkat jika kluarga tidak mengetahui prosedur dan pengobatan setelah menyadari penyakit keluarganya, mereka akan bereaksi dengan marah dan merasa bersalah.
3. Kebutuhan dasar.
4. Pola eliminasi: akan mengalami perubahan yaitu BAB lebih dari 4 kali sehari, BAK sedikit atau jarang, konsistensi encer.
5. Pola nutrisi: diawali dengan mual, muntah, anoreksia, menyebabkan penurunan berat badan pasien.
6. Pola tidur dan istrahat akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.
7. Pola hygiene: kebiasaan mandi setiap harinya.
8. Aktifitas: akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen.
9. Observasi dan Pemeriksaan Fisik
10. Keadaan umum

Keadaan umum tampak lemah, kesadaran composmentis sampai koma, suhu tubuh tinggi, nadi cepat dan lemah, pernapasan agak cepat.

1. B1 (Breathing) Sistem pernafasan

Sistem pernafasan akan mengalami perubahan apabila terjadi perubahan akut terhadap kondisi elektrolit. Bila terjadi asidosis metabolik klien akan tampak pucat dan pernafasan cepat dan dalam.

1. B2 (Blood) Sistem kardiovaskular dan hematologi

Respon akut akibat kehilangan cairan tubuh akan mempengarui volume darah. Akibat turunnya volume darah, maka curah jantung pun menurun sehingga tekanan darah, denyut nadi cepat dan lemah, serta klien mempunyai resiko timbulnya tanda dan gejala syok.

1. B3 (Brain) Kepala, neuro sensori, dan fungsi system saraf pusat

Pada klien dengan dehidrasi berat akan menyebabkan penurunan perfusi serebral dengan manifestasi sakit kepala, perasaan lesu, gangguan mental seperti halusinasi dan delirium.

1. B4 (bladder) Sistem genitourinarius

Pada kondisi dehidrasi berat akan didapatkan penurunan urine output. Semakin berat kondisi dehidrasi, maka akan didapatkan kondisi oliguria sampai anuria dan klien mempunyai resiko untuk mengalami gagal ginjal akut.

1. B5 (Bowel) Sistem gastrointesnal

Pemeriksaan system gastrointestinal yang didapatkan behubungan dengan berbagai factor, seprti penyebab, onset, kondisi hidrasi,dan tingkat toleransi individu ( usia malnutrisi, penyakit kronis,dan penurunan imunitas) .Seacara lazim pada pada pemeriksaan gastrointestinal akan di dapatkan:

1. Inspeksi: pada pasien dehidrasi berat akan terlihat lemas, sering BAB; pada anak dengan diare akut mungkin didapatkan kembung, distensi abdomen.
2. Auskultasi: didapatkan peningkatan bising usus lebih dari 25 kali/ menit yang berhubungan dengan peningkatan motilitas usus dari peradangan pada saluran gastrointestinal.
3. Perkusi: didapatkan suara timpani abdomen yang mengalami kembung.
4. Palpasi: apakah didapatkan supel (elastisitas dinding abdomen optimal) dan apakah didapatkan adanya nyeri tekan ( tenderness) pada area abdomen.
5. Pemeriksaan anus dan sekitarnya lecet karena seringnya BAB dan fese menjadi lebih asam akibat banyaknya asam laktat.

Pada pemeriksaan feses, didapatkan feses:

1. Konsistensi cair berhubungan dengan kondisi lazim gastroenteritis
2. Fese bercampur lender dan darah yang berhubungan dengan ulserasi kolon.
3. Feses sperti air tajin (air beras) pada pasien kolera.
4. Feses berwarna menjadi gelap dan kehijau-hijauan berhungan dengan kondisi malabsorpsi atau bercampur garam empedu.
5. B6(bone) Sistem muskolokeletal dan integument.

Respon dehidrasi dan penurunan volume cairan tubuh akut akan menyebabkan kelemahan fisik umum. Pada kondisi diare kronis dengan deplesi nutrisi dan elektrolit akan didapatkan kram otot ekstremitas.

Pada Integument kondisi lanjut akan didapatkan tanda dan gejala dehidrasi, meliputi:

1. Turgor kulit menurun <3 detik.
2. Pada anak-anak ubun-ubun dan mata cekung membrane mukosa kering dan disertai penurunan berat badan akut.
3. Keringat dingin.
4. Diaforesis.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

 Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien gastreonteritis menurut NANDA (2015), antara lain:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar- kapiler
2. Diare b.d proses infeksi, inflamasi di usus
3. Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan
6. Resiko syok hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit
7. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
8. Nyeri akut b.d diare, dyspepsia, dan muntah sekunder akibat hiperperistaltik
9. Intoleransi Aktivitas b.d ketidakadekuatan sumber energi sekunder akibat diare

### 2.2.3 Perencanaan

Tabel 2.1 Rencana asuhan keperawatan teoritis

| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan (Noc)** | **Intervensi (Nic)** | **Rasional** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar- kapiler | Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nafas kembali normalKriteria Hasil:1. Tanda – tanda vital dalam batas normal
2. Mendemonstrasikan batuk efektif
 | 1. Posisiskan pasien untuk memaksimalkan posisi semi fowler
2. lakukan fisioterapi dada bila perlu
3. monitor respirasi dan status O2
 | 1. dengan posisi semifowler membantu untuk bernafas lebih bebas
2. dengan terapi dada mampu melepaskan secret di dalam paru – paru
3. untuk memantau kebutuhan tingkat oksigen pasien
 |
| 2 | Diare b.d proses infeksi, inflamasi di usus | Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapakan BAB pasien kembali berbentuk lembek, warna kuningKriteria Hasil : 1. feses berbentuk
2. BAB sehari sekali
3. tidak mengalami diare
 | 1. Ajarkan pasien untuk menggunakan obat anti diare
2. Instruksikan keluarga pasien untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi dan konsistensi dari feses
 | 1. membantu mengurangi diare
2. untuk mengetahui tingkat diare
 |
| 3 | Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif | Tujuan: Pasien menunjukkan tanda-tanda rehidrasi dan mempertahankan hidras adekuat.Kriteria hasi: Pasien menunjukkan tanda-tanda hidrasi yang adekuat | 1. Beri larutan rehidrasi oral (LRO)
2. Beri agens antimikroba sesuai ketentuan
3. Setelah rehidrasi, berikan diet reguler pada pasien sesuai toleransi
4. Ganti LRO dengan cairan rendah natrium seperti air, ASI, formula bebas laktosa, atau formula yang mengandung setengah laktosa.
5. Pertahankan pencatatan yang ketat terhadap masukan dan keluaran (urine, feses, dan emesis)
6. Pantau berat jenis urine setiap 8 jam atau sesuai indikasi
7. Timbang berat badan pasien
8. Kaji tanda-tanda vital, turgor kulit, membrane mukosa, dan status mental setiap 4 jam atau sesuai indikasi
9. Hindari masukan seperti jus buah, minuman bikarbonat, dan gelatin
10. Instruksikan keluarga dalam memberikan terapi yang tepat, pemantauan masukan dan keluaran, dan mengkaji tanda-tanda dehidrasi
 | 1. untuk rehidrasi dan penggantian kehilangan cairan melalui feses. Berikan LRO sedikit tapi sering, khusunya jika muntah hebat bukanlah kontraindikasai untuk penggunaan LRO
2. untuk mengobati patogen khusus yang menyebabkan kwhilangan cairan berlebihan.
3. karena penelitian menunjukkan pemberian ulang diet normal secara dini bersifat menguntungkan untuk menurunkan jumlah defekasi dan penurunan berat badan serta pemendekan durasi penyakit
4. untuk mempertahankan terapi cairan
5. : untuk mengevaluasi keefektifan intervensi.
6. untuk mengkaji hidrasi.
7. untuk mengkaji hidrasi.
8. untuk mengkaji hidrasi.
9. karena cairan in biasanya tinggi karbohidrat, rendah lektrolit, dan mempunyai osmolalitas yang tinggi.
10. untuk menjamin hasil yang optimum dan memperbaiki kepatuhan terhadap aturan terapeutik
 |
| 4 | Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering | Tujuan: Kulit pasien tidak mengalami iritasi.Kriteria hasil: Pasien tidak mengalami bukti-bukti kerusakan kulit | 1. Ganti popok dengan sering
2. Bersihkan bokong perlahan-lahan dengan sabun lunak nonalkalin dan air atau celupkan pasien dalam bak
3. Berikan salep seperti seng oksida
4. Pajankan kulit utuh yang kemerahan dengan ringan pada udara, jika mungkin
5. Berikan obat anti jamur yang tepat
 | 1. agar kulit tetap bersih dan kering.
2. untuk permbersihan yang lembut karena feses diare sangat mengiritasi kulit.
3. untuk melindungi kulit dari iritasi (tipe salep dapat bervariasi untuk setiap pasien dan memerlukan periode percobaan).
4. untuk menkatkan penyembuhan berikan salep pelindung pada kulit yang sangat teriritasi atau kulit terekskorasi, karena akan menyebabkan rasa menyengat.
5. untuk mengobati infeksi jamur kulit.
 |
| 5 | Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan | Tujuan: Pasien mengkonsumsi nutrisi adekuat untuk mempertahankan berat badan yang sesuai dengan usia.Kriteria hasil: Pasien mengkonsumsi nutrisi yang ditentuin yang ditentukan dan menunjukkan penambahan berat badan memuaskan. | 1. Setelah rehidrasi, instruksikan ibu melanjutkan pemberian ASI
2. Hindari pemberian diet pisang, apel, dan roti panggang atau teh
3. Observasi dan catat respon terhadap pemberian makanan
4. Instruksikan keluarga dalam memberikan diet yang tepat
5. Gali masalah dan prioritas anggota keluarga
 | 1. karena hal ini cenderungmengurangi kehebatan dan durasi penyakit
2. karena diet ini rendah energi dan protein, terlalu tinggi dalam karbohidrat, dan rendah elektrolit.
3. untuk mengkaji toleransi pemberian makanan.
4. untuk meningkatan kepatuhan terhadap program terapeutik.
5. untuk memperbaiki kepatuhan kepatuhan terhadap program terapeutik
 |
| 6 | Resiko syok hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit | Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharpakan tanda – tanda syok hilangKriteria Hasil: 1. Nadi dalam batas yang diharapkan
2. irama pernafasan dalam batas yang diharapkan
3. frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan
 | 1. Monitor Capiler refil time (CRT)
2. Monitor suhu dan pernafasan
3. Ajarkan keluarga pasien tentang tanda dan gejala syok
 | 1. untuk mengtahui seberapa berat syok di derita pasien
2. untuk mengetahui tingkat syok yang diderita pasien
3. keluaarga pasien mampu mengetahui tanda – tanda dari syok
 |
| 7 | Ansietas (takut) berhubungan dengan perubahan status kesehatan | Tujuan: Pasien menunjukkan tanda-tanda kenyamanan.Kriteria hasil1. Pasien menunjukkan tanda-tanda stress fisik atau emosional yang minimal
2. Keluarga berpartisipasi dalam perawatan pasien sebanyak mungkin
 | 1. Berikan perawatan mulut dan empeng untuk bayi
2. Dorong kunjungan dan partisipasi keluarga dalam perawatan sebanyak yang mampu dilakukan keluarga
 | 1. untuk memberikan rasa nyaman.
2. untuk mencegah stress berhubungan dengan perpisahan.
 |
| 8 | Nyeri akut b.d diare, dyspepsia, dan muntah sekunder akibat hiperperistaltik | Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang atau teratasiKriteria Hasil1. Pasien menunjukkan ekspresi wajah rileks
2. Pasien dapat tidur atau beristirahat secara adekuat
3. Pasien menyatakan nyerinya berkurang dari skala 0-3
4. Pasien tidak mengeluh kesakitan
 | 1. Kaji keluhan nyeri klien (P,Q,R,S,T)
2. Dorong klien mengungkapkan perasaan yang dialami
3. Beri aktivitas hiburan. Misal : menonton TV, membaca
4. Berikan posisi yang nyaman pada klien
5. Ajarkan tehnik relaksasi (tarik nafas dalam)
6. Kolaborasi dengan tim medis pemberian analgesic dan antipieretik
 | 1. Mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan tanda perkembangan
2. Mengurangi rasa takut dan persepsi terhadap sakit
3. Mengalihkan fokus perhatian dari rasa nyeri
4. Menurunkan ketegangan otot
5. Meningkatkan relaksasi dan perasaan sehat
6. Memberikan penurunan/pengurangan rasa nyeri dan demam
 |
| 9 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tidak adekuatnya masukan nutrisi (mual dan muntah) pembatasan aktivitas | Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat melaksanakan aktivitasKriteria Hasil 1. Tidak ada keluhan lelah.
2. Tidak ada takikardia bila melakukan aktivitas
3. Kebutuhan aktivitas klien terpenuhi.
 | 1. Berikan HE pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan
2. Bantu aktifitas perawatan diri klien
3. Ajarkan untuk nafas dalam apabila klien sesak setelah beraktifitas
4. Evaluasi perubahan TTV dan keadaan umum klien
 | 1. Istirahat mempercepat proses penyembuhan
2. Klien sedikit demi sedikit dapat beraktivitas mandiri
3. Meningkatkan relaksasi
4. Menilai perkembangan masalah klien
 |

### 2.2.4 Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagian atau muncul masalah baru.

Tabel 2.2 Evaluasi Keperawatan teoritis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi | Tanda Tangan |
| 1 | Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolar- kapiler | Masalah teratasi ditandai dengan1. Tanda – tanda vital dalam batas normal
2. Pasien dapat mendemonstrasikan batuk efektif
 |  |
| 2 | Diare b.d proses infeksi, inflamasi di usus | Masalah teratasi ditandai dengan1. feses berbentuk
2. BAB sehari sekali
3. tidak mengalami diare
 |  |
| 3 | Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif | Masalah teratasi ditandai dengan Pasien menunjukkan tanda-tanda hidrasi yang adekuat |  |
| 4 | Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering | Masalah teratasi ditandai dengan1. Kulit pasien tidak mengalami iritasi
2. Pasien tidak mengalami bukti-bukti kerusakan kulit
 |  |
| 5 | Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan | Masalah teratasi ditandai dengan1. Pasien mengkonsumsi nutrisi yang ditentuin yang ditentukan dan menunjukkan penambahan berat badan memuaskan
2. Berat badan yang sesuai dengan tinggi badan
 |  |
| 6 | Resiko syok hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit | Masalah teratasi ditandai dengan1. Nadi dalam batas yang diharapkan
2. irama pernafasan dalam batas yang diharapkan
3. frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan
 |  |
| 7 | Ansietas (takut) berhubungan dengan perubahan status kesehatan | Masalah teratasi ditandai dengan1. Pasien menunjukkan tanda-tanda stress fisik atau emosional yang minimal
2. Keluarga berpartisipasi dalam perawatan pasien sebanyak mungkin
 |  |
| 8 | Nyeri akut b.d diare, dyspepsia, dan muntah sekunder akibat hiperperistaltik | Masalah teratasi ditandai dengan1. Pasien menunjukkan ekspresi wajah rileks
2. Pasien dapat tidur atau beristirahat secara adekuat
3. Pasien menyatakan nyerinya berkurang dari skala 0-3
4. Pasien tidak mengeluh kesakitan
 |  |
| 9 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tidak adekuatnya masukan nutrisi (mual dan muntah) pembatasan aktivitas | Masalah teratasi ditandai dengan1. Pasien dapat melaksanakan aktivitas
2. Tidak ada keluhan lelah.
3. Tidak ada takikardia bila melakukan aktivitas
4. Kebutuhan aktivitas klien terpenuhi.
 |  |