

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

H. Konsep Medis Gastroenteritis akut

3. Pengertian

Gastroenteritis akut adalah gangguan transportasi larutan di usus yang menyebabkan kehilangan banyak cairan dan elektrolit melalui feses (Sodikin,2012). *Gastroenteritis* akut adalah penyakit yang terjadi akibat adanya peradangan pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh infeksi dengan gejalanya terutama adalah muntah, dehidrasi dan diare (Cakrawardi.dkk,2011). Pada dasarnya diare didefinisikan sebagai meningkatnya frekuensi buang air besar dan konsistensi feses menjadi cair (Dharmika,1733, 2014). Diare akut adalah diare yang terjadi secara mendadak pada orang yang sebelumnya sehat (Cakrawardi.dkk,2011).

Dari pendapat beberapa para ahli dapat disimpulkan bahwa *gastroenteritis* akut adalah gangguan transportasi larutan di usus yang terjadi akibat peradangan pada saluran pencernaan yang terjadi secara mendadak akibat infeksi dengan gejala muntah, dehidrasi, dan diare.

4. Etiologi Gastroenteritis Akut

Menurut suriadi dan yuliani (2006) penyebab diare yaitu sebagai berikut:

1. Faktor infeksi

- a. Bakteri : *Enteropathogenic, escherichia coli, salmonella, shigella, Yersinia enterocolitica I*

- b. Virus : *Enterovirus echoviruses, Adenovirus, Human Retrovirus*
seperti agen, Rotavirus
 - c. Jamur : *Candida Enteritis*
 - d. Parasit : *Giardia clambia, Crytosporidium*
 - e. Protozoa
2. Bukan Faktor Infeksi :
- a. Alergi makanan : Susu, Protein, Keracunan makanan
 - b. Gangguan metabolik atau malabsorpsi: penyakit *Celiac*
 - c. Iritasi langsung pada saluran pencernaan oleh makanan
 - d. Obat – obatan: antibiotik
 - e. Penyakit usus: *Colitus Ulcerative, Crohn Disease, Enterocolitis*
 - f. Emosional atau stress
 - g. Obstruksi usus
3. Penyakit Infeksi : Otitis Media, Infeksi saluran nafas atas, Infeksi Saluran Kemih.

I. Anatomi dan Fisiologi Gastroenteritis akut

Menurut Sodikin (2012), Sistem pencernaan terdiri atas saluran panjang, yang dimulai dari mulut sampai anus (*rektum*). Saluran cerna merupakan porta yang dilalui oleh senyawa gizi, vitamin, mineral, dan cairan masuk ke dalam tubuh. Di samping itu, setiap segmen saluran cerna memiliki fungsi pencernaan ini dapat berlangsung dengan pengaturan sistem lokal, saraf, dan hormon.

12. Mulut

Rongga mulut atau nama lainnya rongga bukal atau rongga oral mempunyai beberapa fungsi yaitu menganalisis material makanan sebelum menelan, proses mekanis gigi, lidah, dan permukaan palatum, lubrikasi oleh sekresi saliva, dan digesti pada beberapa material karbohidrat dan lemak (mutaqqin & kumala, 2011)

Mulut merupakan bagian pertama saluran cerna. Bagian atas mulut dibatasi oleh *mandibula*, lidah, dan struktur lain pada dasar mulut. Bagian *lateral* mulut dibatasi oleh pipi. Sementara itu, bagian depan mulut dibatasi oleh bibir dan bagian belakang oleh lubang yang menuju *faring* (Sodikin, 2012).

13. Lidah

Menurut sodikin (2012), Lidah tersusun atas otot yang dilapisi, pada bagian atas dan samping, oleh *membran mukosa*. Lidah menempati rongga mulut dan melekat secara langsung pada *epiglottis* dalam *faring*. Permukaan atas lidah dipenuhi banyak tonjolan kecil, yang disebut *papila* lidah. Ada empat *papila* utama yang dimiliki manusia, yaitu *papila filiformis*, *papila fungiformis*, *papila sirkumvalat*, dan *papila foliata*. Pada permukaan atas dekat pangkal lidah terdapat alur berbentuk V, yaitu *sulkus terminalis* memisahkan lidah bagian *anterior* dan *posterior*. Sekitar 12 papila besar terlihat dalam satu baris di bagian depan sulkus terminalis, masing – masing dikelilingi oleh parit dangkal.

Lidah diinervasi oleh berbagai saraf. Bagian sensorik diinervasi oleh *nervus lingualis*, yang merupakan cabang saraf kranial V (*trigeminal*). *Nervus* ini menginervasi dua pertiga anterior lidah untuk mengecap. Saraf kranial VII (*fasialis*) menginervasi dua pertiga anterior untuk rasa kecap. Saraf kranial IX (*glossofaringeal*) menginervasi sepertiga posterior untuk raba dan rasa kecap. Sementara itu, inervasi motorik dilakukan oleh saraf kranial XII (*hipoglossus*).

Fungsi utama lidah meliputi proses mekanik dengan cara menekan, melunakkan, dan membagi material, melakukan manipulasi material makanan dalam rongga mulut dan melakukan fungsi dalam proses menelan, analisis sensori terhadap karakteristik material, suhu, dan reseptor rasa, serta menyekresikan mukus dan enzim (Mutaqqin & Kumala, 2011)*

14. Gigi

Pertumbuhan gigi merupakan suatu proses fisiologis dan dapat menyebabkan *salivasi* yang berlebihan serta rasa tidak nyaman (nyeri). Manusia memiliki dua set gigi primer (gigi susu atau desidua) yang bersifat sementara dan tumbuh melalui gusi selama tahun pertama serta kedua kehidupan. Gigi susu berjumlah lima buah pada setiap setengah rahang (jumlah seluruhnya 20), muncul (*erupsi*) pada usia sekitar enam bulan sampai dua tahun. Gigi susu berangsur tanggal pada usia 6 sampai 12-13 tahun, kemudian akan digantikan secara bertahap oleh gigi tetap

(permanen) pada orang dewasa. Gigi permanen berjumlah 8 buah pada setiap setengah rahang (jumlah seluruhnya 32) (Sodikin, 2011)

Sebuah gigi mempunyai mahkota, leher, dan akar. Mahkota gigi menjulang di atas gusi, lehernya di kelilingi gusi, dan akarnya berada di bawahnya. Gigi dibuat dari bahan yang sangat keras, yaitu dentin. Pusat strukturnya terdapat rongga pulpa. Pulpa gigi berisi sel jaringan ikat, pembuluh darah, dan serabut saraf. Bagian gigi yang menjulang di atas gusi ditutupi email, yang jauh lebih keras dari pada dentin (Pearce, 2009).

15. Esophagus

Esophagus merupakan saluran otot yang membentang dari *kartilago krikoid* sampai kardia lambung. *Esophagus* dimulai dari leher sebagai sambungan *faring*, berjalan ke bawah leher dan toraks, kemudian melalui *crus sinistra diafragma*. Di bagian belakang, esofagus berbatasan dengan *kolumna vertebra* sementara di setiap sisi berbatasan dengan paru dan *pleura*. Bagian tersempit *esofagus* bersatu dengan faring area ini mudah mengalami cidera akibat instrumen seperti *baugi* yang dimasukan ke dalam *esofagus* (Sodikin, 2012).

Esophagus adalah saluran berotot dengan panjang sekitar 25 cm dan diameter sekitar 2cm yang berjalan menembus diafragma untuk menyatu dengan lambung di taut gastroesofagus. Fungsi utama dari esophagus adalah membawa bolus makanan dari cairan menuju lambung (Gavaghan, 2009 dalam mutaqqin & Kumala, 2011).

16. Lambung

Menurut Sodikin, 2012 Lambung terletak di kuadran kiri atas abdomen, lebar dan merupakan bagian saluran cerna yang dapat dilatasi bentuk lambung bervariasi, bergantung pada jumlah makanan di dalamnya, gelombang peristaltik, tekanan dari organ lain, pernafasan, dan postur tubuh. Lambung biasanya berbentuk J. Pada lambung janin ditemukan aktifitas *proteolitik*, tetapi pada tingkat yang lebih rendah dibanding aktifitas *proteolitik* setelah usia 2-3 bulan. Kapasitas lambung saat lahir adalah 30-35 ml dan meningkat sampai 75 ml pada minggu kedua kehidupan. Kapasitas lambung rata-rata orang dewasa adalah 1000 ml. Pada kelenjar lambung neonatus jumlahnya sekitar $\pm 2.000.000$ sedangkan pada orang dewasa $\pm 25.000.000$.

17. Usus halus

Usus halus terbagi menjadi *duo denum*, *jejunum*, dan *ileum*. Usus halus memiliki panjang 300-350 cm saat lahir, mengalami peningkatan sekitar 50% selama tahun pertama kehidupan, dan berukuran ± 6 m saat dewasa. Duo denum merupakan bagian terpendek dari usus halus yaitu sekitar 7,5-10 cm dengan diameter 1-1,5 cm. Dinding usus terbagi menjadi 4 lapisan yaitu mukosa, submukosa, muskuler, dan serosa (peritoneal). Lapisan mukosa tersusun atas vili usus dan lipatan sirkuler. Vili usus merupakan tonjolan yang mirip jari dan menonjol ke permukaan dalam usus. Lipatan sirkuler terdapat disekeliling bagian dalam usus halus. Ukuran dan jumlah

lipatan ini disepanjang usus halus bervariasi. Di bagian bawah ileum, bila ada lipatan ini berukuran kecil dan berjumlah sedikit. Lipatan sirkuler meningkatkan area permukaan absorpsi usus (Sodikin, 2011).

18. Usus besar

Usus besar berfungsi mengeluarkan fraksi zat yang tidak terserap, zat besi, kalium, fosfat, yang ditelan, serta menyekresi mukus, yang mempermudah perjalanan feses. Usus besar berjalan dari katup ileosekal ke anus. Panjang usus bervariasi, sekitar ± 180 cm. Usus besar dibagi menjadi bagian sektum, desenden, kolon asenden, kolon desenden, kolon transversum, dan kolon sigmoid. Sektum adalah kantong besar yang terletak pada fosa iliaka kanan. Sektum berlanjut ke atas sebagai kolon asenden. Di bawah lubang ileosekal, apendiks membuka ke dalam sekum (Sodikin, 2012)

19. Hati

Hati merupakan glandula paling besar dalam tubuh yang memiliki berat $\pm 1.300 - 1.550$ gr. Hati berwarna merah coklat, sangat vaskuler dan lunak. Hati berbentuk baji dengan bagian dasar pada sisi kanan dan apeks pada sisi kiri. Organ ini terletak pada kuadran kanan atas abdomen dan dilindungi oleh kartilago kostalis bagian tepi bawah mencapai garis kartilago, tetapi bagian tepi hati yang sehat tidak teraba. Hati dipertahankan

dalam posisinya oleh tekanan organ lain di dalam abdomen dan oleh ligamen peritoneum (Sodikin, 2011).

20. Pankreas

Pankreas, organ panjang pada bagian abdomen atas, memiliki struktur yang terdiri atas kaput (di dalam lengkungan deodenum), leher pankreas, dan kauda (yang mencapai limpa). Pankreas merupakan agen ganda yang terdiri atas dua tipe jaringan yaitu jaringan sekresi interna dan jaringan yang sekresi eksterna (Sodikin, 2012).

21. Peritoneum

Merupakan membran serosa yang tipis, licin, dan lembab yang melapisi rongga peritoneum dan banyak organ perut seperti kavum abdomen dan pelvis. Peritoneum menutupi visera, walaupun beberapa hanya di tutupi pada permukaan abdominal dan pelvis. Peritoneum seperti pleura tersusun dari dua lapisan yang berkontak, yaitu lapisan varietal dan viseral. Peritoneum parietal adalah bagian yang melapisi dinding abdomen, sedangkan peritoneum viseral adalah bagian yang melapisi organ. Ruang antara lapisan disebut kavum peritoneum (Sodikin, 2011).

Peritonium ialah membran serosa rangkap yang terbesar di dalam tubuh. Peritonium terdiri atas dua bagian utama, yaitu peritoneum parietal, yang melapisi dinding rongga abdominal, dan peritoneum viseral, yang meliputi semua organ yang berada di dalam rongga itu (Pearce, 2009).

22. Kolon dan Rektum

Kolon mempunyai panjang sekitar 90-150 cm, berjalan dari ileum ke rektum. Secara fisiologis kolon menyerap air, vitamin, natrium dan klorida, serta mengeluarkan kalium, bikarbonat, mukus, dan menyimpan feses serta mengeluarkannya. Selain itu, kolon merupakan tempat pencernaan karbohidrat dan protein tertentu, maka dapat menghasilkan lingkungan yang baik bagi bakteri untuk menghasilkan vitamin K (Muttaqin & kumala, 2009 dalam pahlevi, 2014).

Menurut Sodikin (2011) Fisiologi saluran pencernaan terdiri atas rangkaian proses memakan (ingesti) dan sekresi getah pencernaan ke sistem pencernaan. Getah pencernaan membantu pencernaan atau digesti makanan, hasil pencernaan akan di serap (diabsorpsi) ke dalam tubuh berupa zat gizi. Proses sekresi, digesti, dan absorpsi terjadi secara berkesinambungan pada saluran pencernaan, mulai dari atas yaitu mulut sampai ke rektum. Secara bertahap, masa hasil campuran makanan dan getah pencernaan (bolus) yang telah di cerna, didorong (digerakkan) ke arah anus (motilitas). Sisa massa yang tidak diabsorpsi dikeluarkan melalui anus (defekasi) berupa feses. Proses perkembangan saluran pencernaan dimulai semenjak dalam kandungan, proses fisiologi saluran pencernaan ini berkembang secara bertahap (ontogeni).

Proses ingesti secara otonom diatur oleh pusat saraf di batang otak, akan tetapi untuk jumlah makanan yang di makan dipengaruhi oleh rasa haus serta rasa lapar sebagai lawan dari rasa kenyang. Pusat rasa haus

serta lapar terletak pada bagian lateral hipotalamus, Sedangkan pusat kenyang berada pada bagian ventromedial hipotalamus. Rangsangan haus didasarkan pada perubahan konsentrasi elektrolit darah, sedangkan rasa kenyang ataupun lapar dipengaruhi oleh berbagai mekanisme. Mekanisme utamanya adalah gabungan dari volume lobus dalam lambung dan jenis makanan yang dimakan. Setelah seseorang beberapa kali memakan makanan tertentu berdasarkan rangsangan taktil dan rasa pada mulut, regangan pada dinding lambung menyesuaikan dengan volume bolus serta kecukupan zat makanan yang harus dimakan agar terpenuhinya rasa kenyang. Saat memakan jenis makanan tertentu untuk pertama kalinya, termostat belum terbentuk dan keadaan ini perlu dibentuk karena merupakan aspek yang penting dalam memberikan makanan sapihan pada bayi.

Sewaktu lambung kosong terjadi kontraksi yang lebih iritatis yang dapat disertai rasa perih di area epigastrium. Secara umum orang yang lapar akan menjadi gelisah, tegang, disertai perasaan melayang namun sebaliknya, orang yang merasa kenyang akan disertai dengan rasa santai, lega, serta timbul rasa mengantuk. Adanya keadaan pengosongan dari lambung bukanlah satu – satunya stimulus terhadap timbulnya rasa lapar, karena seseorang yang telah menjalani gastrektomi juga bisa mengalami rasa lapar. Hal lain yang dapat menstimulus timbulnya rasa lapar adalah kadar glukosa serta asam amino darah, selain itu kadar asam lemak bebas juga merupakan faktor penting yang dihubungkan dengan jumlah jaringan lemak tubuh.

J. Manifestasi Klinis Gastroenteritis Akut

Menurut Suriadi & Yuliani (2006) manifestasi dari gastroenteritis adalah:

1. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, Turgor kulit jelek (elastisitas kulit menurun), ubun – ubun dan mata cekung, membran mukosa kering
2. Keram abdominal
3. Demam
4. Mual dan muntah
5. Anorexia
6. Lemah
7. Pucat
8. Perubahan tanda – tanda vital, nadi dan pernafasan cepat
9. Menurun atau tidak ada pengeluaran urine

K. Komplikasi Gastroenteritis Akut

Menurut ngastiah (2005), komplikasi kehilangan akibat diare :

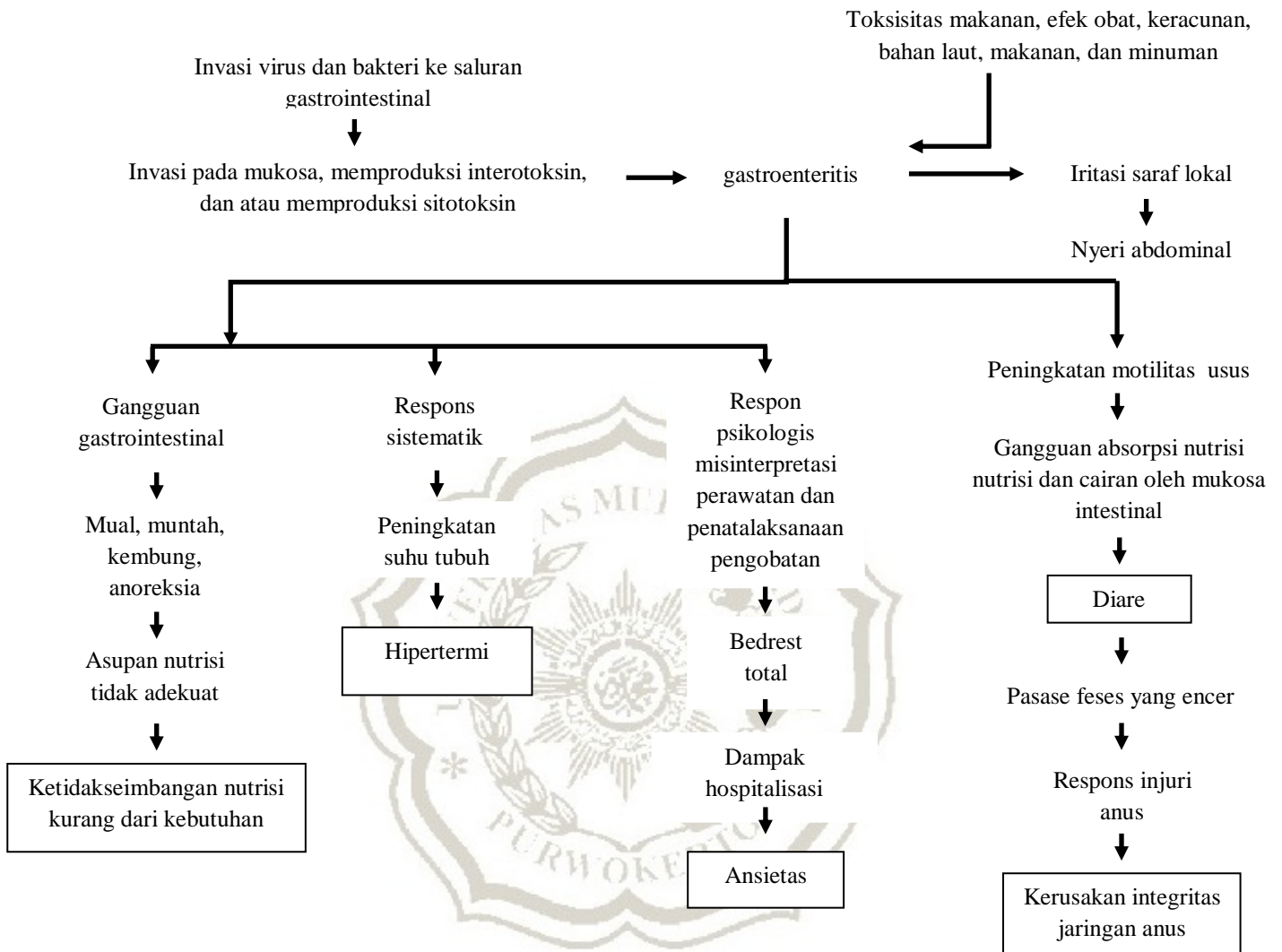
1. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotnik, isotonik, atau hipertonic)
2. Renjatan hipovolemik
3. Hipokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardia, perubahan elektrokardiogram)
4. Hipoglikemia
5. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktase
6. Kejang, terjadi pada dehidrasi hipertonic
7. Malnutrisi energi protein (akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik)

L. Patofisiologi Gastroenteritis Akut

Menurut Mutaqqin dan Sari (2011) kondisi peradangan pada gastrointestinal disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin. Mekanisme ini menghasilkan peningkatan sekresi cairan dan atau menurunkan absorpsi cairan sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit. Mekanisme dasar yang menyebabkan diare, meliputi:

1. Gangguan osmotik, kondisi ini berhubungan dengan asupan makanan atau zat yang sukar diserap oleh mukosa intestinal dan akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.
2. Respons inflamasi mukosa, terutama pada seluruh permukaan intestinal akibat produksi enterotoksin dari agen infeksi memberikan respon peningkatan aktivitas sekresi air dan elektrolit oleh dinding usus ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
3. Gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare, sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare.

Pathways



Mutaqqin, kumala 2011 ; Nanda, 2012

M. Penatalaksanaan medis Gastroenteritis Akut

Penatalaksanaan untuk gastroenteritis pada anak adalah sebagai berikut:

1. Diare cair membutuhkan penggantian cairan dan elektrolit tanpa melihat etiologinya. Tujuan terapi rehidrasi untuk mengoreksi kekurangan cairan dan elektrolit secara cepat kemudian mengganti cairan yang hilang sampai diarenya berhenti (terapi rumatan). Jumlah cairan yang diberi harus sama dengan jumlah cairan yang telah hilang melalui diare atau muntah (previous water losses = PWL) ; ditambah dengan banyaknya cairan yang hilang melalui keringat, urine, dan pernafasan (normal water losses = NWL) ; dan ditambah dengan banyaknya cairan yang hilang melalui tinja dan muntah yang masih terus berlangsung (concomitant water losses = CWL). Jumlah ini tergantung pada derajat dehidrasi, berat badan anak, dan golongan umur.*
2. Makanan harus diteruskan bahkan ditingkatkan selama diare untuk menghindari efek buruk pada status gizi.
3. Antibiotik dan antiparasit tidak boleh digunakan secara rutin, tidak ada manfaatnya untuk kebanyakan kasus, termasuk diare berat dan diare dengan panas kecuali pada disentri, suspek kolera dengan dehidrasi berat, dan diare parsisten. Obat – obatan antidiare meliputi anti motilitas (misal loperamid, difenoksilat, kodein, opium), adsorben (misal norit, kaolin, attapulgit). Antimuntah termasuk prometazim, klorpromazin. Tidak satupun obat – obatan ini terbukti mempunyai efek yang nyata untuk diare akut dan beberapa malahan mempunyai efek yang membahayakan. Obat –

obatan ini tidak boleh diberikan pada anak < 5 tahun (mansjoer. 2000 dalam Pahlevi. 2014).

N. Konsep Keperawatan Gastroenteritis Akut

Pengkajian Keperawatan menurut Sodikin (2012) :

1. Kumpulkan riwayat penyakit, termasuk:
 - a. Kemungkinan memakan makanan atau air yang terkontaminasi.
 - b. Kemungkinan infeksi di tempat lain (misalnya pernafasan, infeksi saluran kemih).
2. Lakukan pengkajian fisik rutin
3. Observasi terhadap manifestasi gastroenteritis
4. Kaji status dehidrasi
5. Catat haluaran rektal yang meliputi jumlah, volume, dan karakteristik
6. Observasi dan catat tanda – tanda yang berkaitan, seperti tenesmus, kram dan muntah
7. Bantu pelaksanaan prosedur diagnostik, misalnya tampung spesimen sesuai kebutuhan: feses untuk pH, berat jenis, dan frekuensi; urin untuk pH, berat jenis dan frekuensi HDL; elektrolit serum; kreatinin; dan BUN.
8. Deteksi sumber infeksi, misalnya periksa anggota rumah tangga lain dan rujuk pada pengobatan bila diindikasikan.

Diagnosa dan intervensi keperawatan (NANDA, 2013)

1. Diare berhubungan dengan proses infeksi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan diare berkurang

NOC : Bowel Elimination, Fluid balance, Hydration, Elektrolyte and acid base balance

Kriteria hasil :

- a. Feses berbentuk, BAB sehari sekali 3 hari.
- b. Menjaga daerah sekitar rektal dari iritasi
- c. Tidak mengalami diare
- d. Menjelaskan penyebab diare
- e. Mempertahankan turgor kulit

Keterangan skala :

1. Tidak pernah menunjukkan
2. Jarang menunjukkan
3. Kadang menunjukkan
4. Sering menunjukkan
5. Selalu menunjukkan

NIC : Diarhea Management

Intervensi :

- 1) Evaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal
- 2) Ajarkan pasien untuk menggunakan obat antidiare

- 3) Instruksikan pasien/ keluarga untuk mencatat warna, jumlah, frekuensi, dan konsistensi dari feces
- 4) Evaluasi intake makanan yang masuk
- 5) Identifikasi faktor penyebab diare
- 6) Monitor tanda dan gejala diare
- 7) Observasi turgor kulit secara rutin

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan nutrisi pasien terpenuhi

NOC : Nutritional status food and fluid intake

Kriteria Hasil : *

- a. Adanya peningkatan BB sesuai tujuan (BB dan TB ideal)
- b. BB ideal sesuai dengan tinggi badan
- c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi (pasien mengerti jadwal makanan dan jenis makanan)
- d. Tidak ada tanda – tanda mal nutrisi (tanda – tanda mal nutrisi dan jenis makanan bibir pecah – pecah kulit, rambut rontok, BB menurun dan rambut kemerahan)
- e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan menelan (pasien mau makan, porsi makan habis)
- f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti (BB normal)

Keterangan skala :

1. Tidak pernah menunjukkan
2. Jarang menunjukkan
3. Kadang menunjukkan
4. Sering menunjukkan
5. Selalu menunjukkan

NIC : Nutrition Management

Intervensi :

1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan nutrisi yang dibutuhkan pasien
2. Berikan makanan terpilih yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi
3. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kolaborasi
4. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

NIC : Nutrition Monitoring

Intervensi :

1. BB pasien dalam batas normal
2. Monitor adanya penurunan BB pasien
3. Monitor interaksi anak/ orang tua selama makan
4. Monitor ulit kering dan perubahan pigmentasi
5. Monitor turgor kulit
6. Monitor makanan kesukaan
7. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan konjungtiva

3. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan hipertermi tidak terjadi lagi

NOC : Thermoregulation

Kriteria Hasil :

- a. Suhu tubuh dalam rentang normal
- b. Nadi dan RR dalam rentang normal
- c. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing

Keterangan skala :

- 1) Tidak pernah menunjukkan
- 2) Jarang menunjukkan
- 3) Kadang menunjukkan
- 4) Sering menunjukkan
- 5) Selalu menunjukkan

NIC : Fever Treatment

Intervensi :

1. Monitoring suhu sesering mungkin
2. Monitoring IWL
3. Monitoring warna dan suhu kulit
4. Monitoring tekanan darah, RR, dan Nadi
5. Monitoring intake dan output
6. Lakukan tepid sponge
7. Selimuti pasien

NIC : Temperature Regulation

1. Monitoring suhu minimal tiap 2 jam
2. Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu
3. Monitoring TD, nadi dan RR
4. Monitoring tanda – tanda hipertermi dan hipotermi
5. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi

4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan sering defekasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan integritas kulit kembali normal

NOC : Tissue integrity : skin and mucous membranes

Kriteria Hasil :

1. Integritas kulit yang baik, bisa dipertahankan/ kulit elastis, tidak
2. Tidak ada luka (lesi pada kulit pada kemerahan, kulit tidak kering)
3. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawat alami (pemberian baby oil/lotion, tidak diberikan bedak)

Keterangan :

1. Tidak pernah menunjukkan
2. Jarang menunjukkan
3. Kadang menunjukkan
4. Sering menunjukkan
5. Selalu menunjukkan

NIC : Pressure management

Intervensi :

1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang normal
2. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering
3. Monitor kulit akan adanya kemerahan
4. Oleskan lotion/ minyak/ baby oil pada daerah yang tertekan
5. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat

5. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan klien melaporkan secara subjektif rasa cemas berkurang

Keterangan :

1. Tidak pernah menunjukkan
2. Jarang menunjukkan
3. Kadang menunjukkan
4. Sering menunjukkan
6. Selalu menunjukkan

Kriteria hasil :

- a. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- b. Mengidentifikasi, mengungkapkan, dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas
- c. Vital sign dalam batas normal

- d. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

Intervensi:

- a. Gunakan pendekatan yang menenangkan
- b. Kaji tingkat kecemasan
- c. Jelaskan semua prosedur yang akan dilakukan
- d. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
- e. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
- f. Instruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi
- g. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
- h. Dorong keluarga untuk menemani anak
- i. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan