

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Pengertian

Menurut Hidayat (2006), *gastroenteritis* adalah suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali dan pada neonatus lebih dari 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir darah. Sedangkan menurut Wong (2008), *gastroenteritis* adalah inflamasi lambung dan usus yang disebabkan oleh berbagai bakteri, virus dan pathogen parasitik. *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, et al, 2009). *Gastroenteritis* adalah suatu keadaan inflamasi pada usus yang ditandai buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja lebih lembek atau cair dan bersifat mendadak datangnya, dan berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu (Suharyono, 2008). Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang BAB dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (DEPKES RI 2015).

Dari beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa gastroenteritis adalah keadaan dimana adanya peradangan pada saluran pencernaan yang disebabkan oleh bakteri, virus dan pathogen parasitik ditandai dengan frekuensi buang air besar pada bayi lebih dari 4 kali dan pada anak lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi feses encer dengan atau tanpa lendir dan darah.

#### B. Etiologi *Gastroenteritis Akut*

Menurut Widoyono (2008) penyebab diare dapat dikelompokkan menjadi:

- a. Virus : *Rotavirus* (40-60%), *Adenovirus*
- b. Bakteri : *Escherichia coli* (20-30%), *Shigella sp.* (1-2%),  
*Vibrio cholera*, dan lain-lain
- c. Parasit : *Entamoeba histolytica* (<1%), *Giardia lamblia*,  
*Cryptosporidium* (4-11%).
- d. Keracunan makanan
- e. Malabsorpsi : Karbohidrat, lemak, dan protein
- f. Alergi : makanan, susu sapi.
- g. *Imunodefisiensi* : AIDS

Menurut Suriadi dan Yuliani (2006), faktor penyebab gastroenteritis adalah:

1. Faktor Infeksi

- a. Bakteri : *Enteropathogenic, Escherichia coli, Salmonella, Shigella*
- b. Virus : *Enterovirus echoviruses, Adenovirus, Human Retrovirus*
- c. Jamur : *Candida Enteritis*
- d. Parasit : *Giardia clambia, Crytosporidium*
- e. Protozoa

2. Bukan Faktor Infeksi

- a. Alergi makanan seperti susu, protein, keracunan makanan
- b. Gangguan metabolik atau malabsorpsi
- c. Iritasi langsung pada saluran pencernaan oleh makanan
- d. Obat-obatan seperti antibiotik
- e. Emosional atau stress
- f. Obstruksi usus

3. Penyakit Infeksi

Otitis Media, Infeksi saluran nafas atas, infeksi saluran kemih.

### C. Klasifikasi Diare

Menurut Simadibrata (2006), diare dapat diklasifikasikan berdasarkan:

1. Lama waktu diare
  - a. Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 15 hari. Diare akut biasanya sembuh sendiri, lamanya sakit kurang dari 14 hari, dan akan mereda tanpa terapi yang spesifik jika dehidrasi tidak terjadi (Wong, 2008)
  - b. Diare kronik adalah diare yang berlangsung lebih dari 15 hari
2. Mekanisme patofisiologik
  - a. Osmolalitas intraluminal yang meninggi, disebut diare sekretorik
  - b. Sekresi cairan dan elektrolit meninggi
  - c. Malabsorpsi asam empedu
  - d. Defekasi sistem pertukaran anion atau transport elektrolit aktif di enterosit
  - e. Motilitas dan waktu transport usus abnormal
  - f. Gangguan permeabilitas usus
  - g. Inflamasi dinding usus, disebut diare inflamatorik
  - h. Infeksi dinding usus, disebut diare infeksi
3. Penyakit infeksi atau non-infektif
4. Penyakit organik atau fungsional.

#### D. Tanda dan Gejala Gastroenteritis

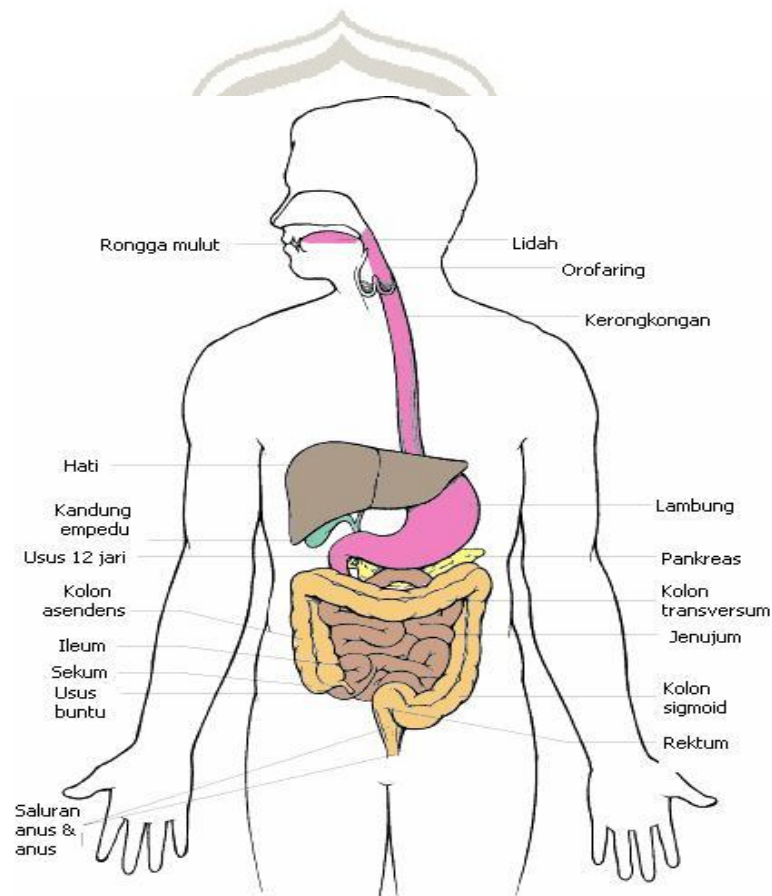
Menurut Hidayat (2006), tanda dan gejala diare yaitu ditandai dengan frekuensi buang air besar pada anak lebih dari 3 kali sehari dan pada neonatus lebih dari 4 kali sehari, bentuk cair pada buang air besarnya kadang-kadang disertai lendir dan darah, nafsu makan menurun, warnanya lama-lama menjadi kehijauan karena bercampur empedu, muntah, rasa haus, *malaise*, adanya lecet pada daerah sekitar anus, feses bersifat banyak asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diserap oleh usus, adanya tanda dehidrasi, kemudian dapat terjadi *diuresis* yang berkurang (*oliguria* sampai dengan *anuria* ) atau sampai dengan terjadi asidosis metabolic seperti tampak pucat dengan pernafasan *kusmaul*.

Menurut Sodikin (2012), beberapa tanda dan gejala pada kasus gastroenteritis, antara lain:

- a. Bayi atau anak menjadi cengeng, rewel, gelisah
- b. Suhu badan meningkat
- c. Nafsu makan berkurang atau tidak ada
- d. Timbul diare
- e. Feses makin cair, mungkin mengandung darah dan atau lendir
- f. Warna feses berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur empedu.
- g. Muntah baik sebelum maupun sesudah diare
- h. Terdapat gejala dan tanda dehidrasi yaitu ubun-ubun besar cekung pada bayi, tonus otot dan turgor kulit berkurang, selaput lendir pada mulut dan bibir terlihat kering, berat badan menurun, pucat, lemah

### E. Anatomi dan Fisiologi Gastrointestinal

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



Gambar 2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan

## 1. Anatomi

Susunan pencernaan terdiri dari:

### a. Mulut

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

### b. Lidah

Terdiri dari otot serat lintang dan dilapisi oleh selaput lendir, kerja otot lidah ini dapat digerakkan ke segala arah. Lidah dibagi atas 3 bagian yaitu pangkal lidah, punggung lidah dan ujung lidah. Pada pangkal lidah yang kebelakang terdapat epligotis. Punggung lidah (*dorsum lingua*) terdapat puting pengecap atau ujung saraf pengecap. *Fenekun Lingua* merupakan selaput lendir yang terdapat pada bagian bawah kira-kira ditengah-tengah, jika tidak digerakkan ke atas nampak selaput lendir.

#### 1) Kelenjar Ludah

Merupakan kelenjar yang mempunyai ductus bernama ductus wartonian dan duktus stansonian. Kelenjar ludah ada 2 yaitu kelenjar ludah bawah rahang (kelenjar *submaksilaris*) yang terdapat di bawah tulang rahang atas bagian tengah, kelenjar ludah bawah lidah (kelenjar *sublingualis*) yang terdapat di sebelah depan di

bawah lidah. Di bawah kelenjar ludah bawah rahang dan kelenjar ludah bawah lidah disebut *koronkula sublingualis* serta hasil sekresinya berupa kelenjar ludah (*saliva*). Di sekitar rongga mulut terdapat 3 buah kelenjar ludah yaitu kelenjar parotis yang letaknya dibawah depan dari telinga di antara prosesus mastoid kiri dan kanan os mandibular, duktusnya duktus stensoni, duktus ini keluar dari glandula parotis menuju ke rongga mulut melalui pipi (*muskulus buksinator*). Kelenjar submaksilaris terletak di bawah rongga mulut bagian belakang, duktusnya duktus watoni bermuara di rongga mulut bermuara di dasar rongga mulut. Kelenjar ludah di dasari oleh saraf-saraf tak sadar.

## 2) Otot Lidah

Otot intrinsik lidah berasal dari rahang bawah (*mandibularis, oshitoid dan prosesus steloid*) menyebar kedalam lidah membentuk anyaman bergabung dengan otot instrinsik yang terdapat pada lidah. *M genioglossus* merupakan otot lidah yang terkuat berasal dari permukaan tengah bagian dalam yang menyebar sampai radiks lingua.

## c. Faring (tekak)

Merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esofagus), di dalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit.

d. Esofagus

Merupakan saluran berotot dengan panjang esofagus sekitar 25 cm, diameter 2 cm dan menjalar melalui dada dekat dengan kolumna vertebralis, di belakang trakea dan jantung. Esofagus melengkung ke depan, menembus diafragma dan menghubungkan lambung. Jalan masuk esofagus ke dalam lambung adalah kardia. Fungsinya yaitu membawa bolus makanan dari cairan menuju lambung (Mutaqqin, 2011).

e. Gaster (Lambung)

Merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama didaerah epigaster. Lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan esofagus melalui orifisium pilorik, terletak dibawah diafragma di depan pankreas dan limpa, menempel di sebelah kiri fundus uteri.

f. Intestinum minor (usus halus)

Adalah bagian dari sistem pencernaan makanan yang berpangkal pada *pylorus* dan berakhir pada *seikum*, panjang + 6 meter. Lapisan usus halus terdiri dari lapisan mukosa (sebelah dalam), lapisan otot melingkar (m.sirkuler), otot memanjang (m. Longitudinal) dan lapisan serosa (sebelah luar). Intestinum minor terdiri dari:

1) Duodenum ( usus 12 jari )

Panjang + 25 cm, berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri. Pada lengkungan ini terdapat pankreas. Dan bagian kanan duodenum ini

terdapat selaput lendir yang membuktikan di sebut *papila veteri*. Pada *papila veteri* ini bermuara saluran empedu (*duktus koledokus*) dan saluran pankreas (*duktus pankreatiku*).

## 2) Yeyenum dan ileum

Mempunyai panjang sekitar + 6 meter. Dua perlima bagian atas adalah yeyenum dengan panjang  $\pm$  2-3 meter dan ileum dengan panjang  $\pm$  4 sampai 5 meter. Lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan pada dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan *peritoneum* yang berbentuk kipas dikenal sebagai *mesenterium*. Sambungan antara yeyenum dan ileum tidak mempunyai batas yang tegas. Ujung bawah ileum berhubungan dengan seikum dengan seikum dengan perataran lubang yang bernama *orifisium ileoseikalis*, *orifisium* ini di perkuat dengan *sfingter ileoseikalis* dan pada bagian ini terdapat katup *valvula seikalis* atau *valvulabaukini*. Mukosa usus halus. Permukaan epitel yang sangat luas melalui lipatan mukosa dan mikrovili memudahkan pencernaan dan absorpsi. Lipatan ini dibentuk oleh mukosa dan submukosa yang dapat memperbesar permukaan usus. Pada penampang melintang vili di lapisi oleh epitel dan kripta yang menghasilkan bermacam-macam hormon jaringan dan enzim yang memegang peranan aktif dalam pencernaan.

g. Intestinum Mayor (Usus besar )

Panjang  $\pm$  1,5 meter lebarnya 5 sampai 6 cm. Lapisan–lapisan usus besar dari dalam keluar yaitu selaput lendir, lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang, dan jaringan ikat.

Lapisan usus besar terdiri dari:

1) Seikum

Di bawah seikum terdapat appendiks *vermiformis* yang berbentuk seperti cacing sehingga di sebut juga umbai cacing, panjang 6 cm.

2) Kolon ascendens

Panjang 13 cm terletak di bawah abdomen sebelah kanan membujur ke atas dari ileum ke bawah hati. Di bawah hati membengkok ke kiri, lengkungan ini di sebut *fleksura hepatica*, di lanjutkan sebagai kolon *transversum*.

3) Appendiks (usus buntu)

Bagian dari usus besar yang muncul seperti corong dari akhir seikum.

4) Kolon transversum

Panjang  $\pm$  38 cm, membunjur dari kolon ascendens sampai ke kolon descendens berada di bawah abdomen, sebelah kanan terdapat *fleksura hepatica* dan sebelah kiri terdapat *fleksura linealis*.

5) Kolon desendens

Panjang  $\pm$  25 cm, terletak di bawah abdomen bagian kiri membunjur dari atas ke bawah dari *fleksura linealis* sampai ke depan ileum kiri, bersambung dengan *kolon sigmoid*.

6) Kolon sigmoid

Merupakan lanjutan dari kolon desendens terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri, bentuk menyerupai huruf S. Ujung bawahnya berhubung dengan rectum. Fungsi kolon yaitu mengabsorpsi air dan elektrolit serta kimus dan menyimpan feses sampai dapat dikeluarkan.

h. Rektum dan Anus

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Biasanya rektum ini kosong karena tinja disimpan di tempat yang lebih tinggi, yaitu pada kolon desendens. Jika kolon desendens penuh dan tinja masuk ke dalam rektum, maka timbul keinginan untuk buang air besar (BAB). Mengembangnya dinding rektum karena penumpukan material di dalam rektum akan memicu sistem saraf yang menimbulkan keinginan untuk melakukan defekasi. Jika defekasi tidak terjadi, sering kali material akan dikembalikan ke usus besar, di mana penyerapan air akan kembali dilakukan. Jika defekasi tidak terjadi untuk periode yang lama, konstipasi dan pengerasan feses akan terjadi. Orang dewasa dan

anak yang lebih tua bisa menahan keinginan ini, tetapi bayi dan anak yang lebih muda mengalami kekurangan dalam pengendalian otot yang penting untuk menunda BAB. Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh. Sebagian anus terbentuk dari permukaan tubuh (kulit) dan sebagian lainnya dari usus. Pembukaan dan penutupan anus diatur oleh otot *sphinkter*. Feses dibuang dari tubuh melalui proses defekasi (buang air besar) yang merupakan fungsi utama anus.

#### F. Pathofisiologi

Menurut Mutaqqin (2011), peradangan pada *gastroenteritis* disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin dan atau memproduksi sitotoksin. Mekanisme ini menghasilkan peningkatan sekresi cairan dan menurunkan absorpsi cairan sehingga terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit.

Menurut Diskin (2008) dalam Mutaqqin (2011) adapun mekanisme dasar yang menyebabkan diare, meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Gangguan osmotik, dimana asupan makanan atau zat yang sukar diserap oleh mukosa intestinal menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

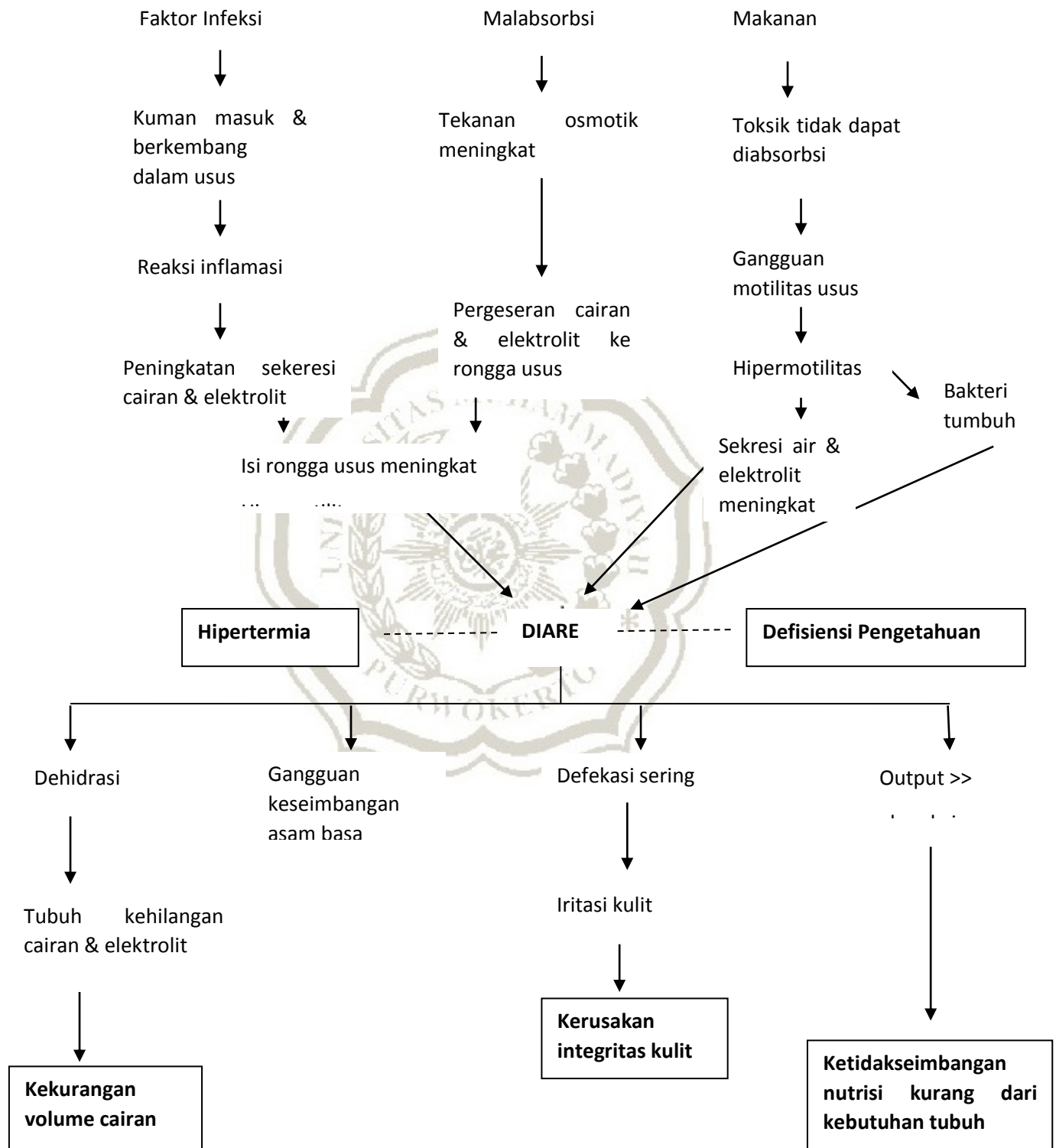
- b. Respons inflamasi mukosa, pada seluruh permukaan intestinal akibat produksi enterotoksin dari agen infeksi memberikan respons peningkatan aktivitas sekresi air dan elektrolit oleh dinding usus ke dalam rongga usus, selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
- c. Gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare, sebaliknya bila peristaltik usus menurun mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

Dari ketiga mekanisme diatas menyebabkan:

- a. Kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik, hipokalemia)
- b. Gangguan gizi akibat kelaparan (masukan kurang, pengeluaran bertambah)
- c. Hipoglikemia, gangguan sirkulasi darah.

Pendapat lain menurut Mutaqqin (2011), diare juga dapat terjadi akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung. Mikroorganisme tersebut berkembangbiak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya menimbulkan diare. Mikroorganisme memproduksi toksin enterotoksin yang diproduksi agen bakteri (*E. coli* dan *Vibrio cholera*) memberikan efek langsung dalam peningkatan pengeluaran sekresi air ke dalam lumen gastrointestinal.

G. Pathway



Gambar 2.2 Pathways Diare (Hardi & Amin, 2013)

## H. Komplikas Diare

Menurut Betz dan Sowden, (2009) diare dapat menyebabkan berbagai komplikasi yaitu:

- a. Dehidrasi berat, ketidakseimbangan elektrolit
- b. Syok hipovolemik yang terdekompensasi

- 1) Hipotensi

- 2) Asidosis metabolik

Asidosis metabolik ditandai dengan bertambahnya asam atau hilangnya basa cairan ekstraseluler. Sebagai kompensasi terjadi alkalosis respiratorik, yang ditandai dengan pernafasan yang dalam dan cepat (kusmaul). Pemberian oralit yang cukup mengandung bikarbonat atau sitrat dapat memperbaiki asidosis.

- 3) Perfusi sistemik buruk

- c. Kejang demam

Demam sering terjadi pada infeksi *Shigella disenteriae* dan rotavirus. Pada umumnya demam dapat timbul jika penyebab Gastroenteritis mengadakan invasi ke dalam sel epitel usus. Demam juga dapat terjadi karena dehidrasi. Demam yang timbul akibat dehidrasi pada umumnya tidak tinggi dan menurun setelah mendapat hidrasi yang cukup.

- d. Bakteremia

## I. Tinjauan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan terhadap diare dimulai dengan mengenal keadaan umum dan perilaku bayi atau anak, menurut Wong (2008), keadaan umum bayi yang dapat diperiksa meliputi mengkaji dehidrasi seperti berkurangnya haluran urin, menurunnya berat badan, membrane mukosa yang kering, turgor kulit yang jelek, ubun-ubun yang cekung, dan kulit yang pucat, dingin serta kering. Riwayat penyakit akan memberikan informasi penting mengenai kemungkinan agens penyebabnya seperti pengenalan makanan baru, kontak dengan agens yang menular, berwisata ke daerah suseptibilitas tinggi, kontak dengan makanan yang mungkin terkontaminasi dan kontak dengan hewan yang diketahui sebagai sumber infeksi interik.

Pengkajian pada pasien gastroenteritis menurut Mutaqqin (2011):

#### a. Dengan keluhan Diare

##### 1) P (*Provoking, presipitasi*)

Faktor apa saja yang diketahui pasien atau keluarga yang memungkinkan menjadi penyebab terjadinya diare.

##### 2) Q (Kualitas, kuantitas)

a) Berapa kali pasien BAB sebelum mendapat intervensi kesehatan

b) Bagaimana bentuk feses BAB? Apakah encer, cair, bercampur lendir dan darah?

c) Apakah disertai adanya gangguan *gastrointestinal* (mual, nyeri abdomen, muntah, anoreksia)?

d) T (waktu, onset)

Berapa lama keluhan awal mulai terjadi? Apakah bersifat akut atau mendadak? Durasi dan kecepatan gejala awal mulai terjadi diare menjadi pengkajian penting dalam memberikan intervensi langsung penanganan rehidrasi. Intervensi yang dilakukan pada diare yang lebih dari satu bulan bisa berbeda dengan diare yang terjadi kurang dari satu minggu.

b. Dengan keluhan muntah

Pengkajian adanya keluhan muntah pada pasien akan menentukan intervensi selanjutnya. Muntah merupakan gejala *gastroenteritis* dengan keterlibatan bagian proksimal intestinal respons dan inflamasi khususnya dari *neurotoksin* yang diproduksi oleh agen infeksi.

c. Dengan keluhan demam

Peningkatan suhu tubuh secara umum merupakan respons sistemik dari invasi agen infeksi penyebab *gastroenteritis*. Penurunan volume cairan tubuh yang terjadi secara akut juga merangsang hipotalamus dalam meningkatkan suhu tubuh. Keluhan demam sering didapatkan pada pasien *gastroenteritis*.

d. Nyeri abdomen

Keluhan nyeri pada abdomen dapat dikaji dengan pendekatan PQRST:

- 1) P : keluhan nyeri dicetuskan akibat perasaan mules, sering mual/muntah dan keinginan untuk melakukan buang air besar (BAB)
- 2) Q : keluhan nyeri sulit digambarkan oleh pasien, khususnya pada pasien anak-anak. Ketidaknyamanan abdomen bisa bersifat kolik akut atau perut seperti dikocok-kocok akibat mules
- 3) R : keluhan nyeri berlokasi pada seluruh abdomen dengan tidak ada pengiriman respons nyeri ke organ lain
- 4) S : skala nyeri pada pasien *Gastroenteritis* (GE) bervariasi pada rentang 1-4 (nyeri ringan sampai nyeri tak tertahankan)
- 5) T : tidak ada waktu spesifik untuk munculnya keluhan nyeri. Nyeri pada *Gastroenteritis* (GE) biasanya berhubungan dengan adanya mules dan keinginan untuk BAB yang tinggi.

e. Kondisi feses

Keluhan perubahan kondisi feses bervariasi pada pasien *Gastroenteritis* (GE). Keluhan yang lazim adalah konsistensi feses yang encer, sedangkan beberapa pasien lain mengeluh feses dengan lendir dan darah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang actual dan potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan

intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat ( NANDA, 2012 ).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien gastroenteritis menurut Wong (2008) adalah:

- a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan yang berlebihan
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna, memasukkan, mengasorpsi makanan
- c. Diare berhubungan dengan proses infeksi
- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi karena defekasi yang sering dan feses yang cair
- e. Ansietas berhubungan dengan keterpisahan anak dari orang tuannya, lingkungan yang tidak biasa dan prosedur yang menimbulkan diare
- f. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi
- g. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi dan stress
- h. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi.

### 3. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan (NIC NOC, 2015)

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi															
1.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan mencerna, memasukkan, mengasorbsi makanan karena faktor biologi	<p>NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi menjadi seimbang, dengan kriteria:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Masukan peroral meningkat</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porsi makan yang disediakan habis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak terjadi penurunan berat badan</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dapat mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:                      1=Keluhan ekstrim                      2= Keluhan berat                      3= Keluhan sedang                      4= Keluhan ringan                      5= Tidak ada keluhan</p>	Indikator	Awal	Target	Masukan peroral meningkat			Porsi makan yang disediakan habis			Tidak terjadi penurunan berat badan			Dapat mengidentifikasi kebutuhan nutrisi			<p><i>Nutrition Monitoring</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pola makan, kebiasaan makan dan makanan yang disukai</li> <li>2. Timbang BB tiap hari</li> <li>3. Berikan makanan sesuai diet dan berikan selagi hangat</li> <li>4. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering</li> <li>5. Anjurkan pasien untuk meningkatkan nutrisi yang adekuat</li> <li>6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diet sesuai indikasi</li> </ol>
Indikator	Awal	Target																
Masukan peroral meningkat																		
Porsi makan yang disediakan habis																		
Tidak terjadi penurunan berat badan																		
Dapat mengidentifikasi kebutuhan nutrisi																		
2.	Diare b.d. proses infeksi	<p>NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses, diharapkan pola eliminasi normal, dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pola eliminasi dalam rentang normal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Konsistensi feses normal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nyaman saat feses keluar</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Memelihara kontrol terhadap pengeluaran feses</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:                      1=Keluhan ekstrim                      2= Keluhan berat                      3= Keluhan sedang                      4= Keluhan ringan                      5= Tidak ada keluhan</p>	Indikator	Awal	Target	Pola eliminasi dalam rentang normal			Konsistensi feses normal			Nyaman saat feses keluar			Memelihara kontrol terhadap pengeluaran feses			<p><i>Diarhea Management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji riwayat diare</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala diare</li> <li>3. Instruksikan pasien atau keluarga untuk melaporkan warna, volume, frekuensi dan konsistensi defekasi.</li> <li>4. Monitor berat badan pasien</li> <li>5. Observasi turgor kulit secara teratur</li> <li>6. Instruksikan untuk memberikan makanan rendah serat tinggi protein</li> <li>7. Tingkatkan tirah baring</li> <li>8. Instruksikan pasien untuk lebih banyak minum.</li> </ol>
Indikator	Awal	Target																
Pola eliminasi dalam rentang normal																		
Konsistensi feses normal																		
Nyaman saat feses keluar																		
Memelihara kontrol terhadap pengeluaran feses																		

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi																		
3.	Kekurangan volume cairan b.d. kehilangan volume cairan secara aktif	<p>NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan keseimbangan cairan klien terpenuhi dengan indikator :</p> <table border="1" data-bbox="528 421 1059 790"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Membran mukosa lembab</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak ada haus yang abnormal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TTV dalam rentang normal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak ada demam</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Out put urin dalam rentang normal</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:            1: Keluhan ekstrim            2: Keluhan berat            3: Keluhan sedang            4: Keluhan ringan            5: Tidak ada keluhan</p>	Indikator	Awal	Target	Membran mukosa lembab			Tidak ada haus yang abnormal			TTV dalam rentang normal			Tidak ada demam			Out put urin dalam rentang normal			<p><i>Fluid Management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pertahankan catatan intake dan out put yang akurat</li> <li>Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan</li> <li>Monitor vital sign</li> <li>Monitor masukan makanan/ cairan dan hitung intake kalori harian.</li> <li>Kolaborasi pemberian cairan intravena IV</li> <li>Monitor status nutrisi</li> <li>Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk</li> </ol>
Indikator	Awal	Target																			
Membran mukosa lembab																					
Tidak ada haus yang abnormal																					
TTV dalam rentang normal																					
Tidak ada demam																					
Out put urin dalam rentang normal																					
4.	Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan diare	<p>NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan, pasien akan menunjukkan pengendalian resiko kerusakan integritas kulit pada skala sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="528 1294 1078 1682"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Integritas kulit baik dan bisa dipertahankan</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tidak ada luka/lesi pada kulit</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perfusi jaringan baik</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Integritas mukosa lembab</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>1 = Tidak pernah            2 = Jarang            3 = Kadang-kadang            4 = Sering            5 = Konsisten</p>	Indikator	Awal	Target	Integritas kulit baik dan bisa dipertahankan			Tidak ada luka/lesi pada kulit			Perfusi jaringan baik			Integritas mukosa lembab			<p><i>Pressure management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar/kain tipis</li> <li>Hindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>Oleskan salp kulit teratur</li> <li>Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</li> <li>Mandikan pasien dengan sabun dan air hangat.</li> </ol>			
Indikator	Awal	Target																			
Integritas kulit baik dan bisa dipertahankan																					
Tidak ada luka/lesi pada kulit																					
Perfusi jaringan baik																					
Integritas mukosa lembab																					

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi															
5.	Hipertermi b/d dehidrasi	<p>NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan hipertermi dapat teratasi, dengan kriteria:</p> <table border="1" data-bbox="528 434 1059 698"> <thead> <tr> <th data-bbox="528 434 850 490">Indikator</th> <th data-bbox="850 434 927 490">Awal</th> <th data-bbox="927 434 1059 490">Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="528 490 850 524">Suhu tubuh dbn</td> <td data-bbox="850 490 927 524"></td> <td data-bbox="927 490 1059 524"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 524 850 595">Tidak ada perubahan warna kulit</td> <td data-bbox="850 524 927 595"></td> <td data-bbox="927 524 1059 595"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 595 850 667">TTV dalam rentang normal</td> <td data-bbox="850 595 927 667"></td> <td data-bbox="927 595 1059 667"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 667 850 698">Tidak ada demam</td> <td data-bbox="850 667 927 698"></td> <td data-bbox="927 667 1059 698"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:            1=Keluhan ekstrim            2= Keluhan berat            3= Keluhan sedang            4= Keluhan ringan            5= Tidak ada keluhan</p>	Indikator	Awal	Target	Suhu tubuh dbn			Tidak ada perubahan warna kulit			TTV dalam rentang normal			Tidak ada demam			<p><i>Fever Treatment</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu sesering mungkin</li> <li>2. Monitor IWL</li> <li>3. Beri cairan intravena (infus RL 20 tetes/mm)</li> <li>4. Beri anti piretik</li> <li>5. Beri kompres pada lipat paha dan aksila</li> </ol>
Indikator	Awal	Target																
Suhu tubuh dbn																		
Tidak ada perubahan warna kulit																		
TTV dalam rentang normal																		
Tidak ada demam																		
6.	Defisiensi pengetahuan b/d kurang paparan sumber informasi	<p>NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan diharapkan pengetahuan keluarga pasien bertambah, dengan kriteria:</p> <table border="1" data-bbox="528 1115 1023 1711"> <thead> <tr> <th data-bbox="528 1115 834 1171">Indikator</th> <th data-bbox="834 1115 911 1171">Awal</th> <th data-bbox="911 1115 1023 1171">Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="528 1171 834 1375">Pasien dan keluarga mengatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan</td> <td data-bbox="834 1171 911 1375"></td> <td data-bbox="911 1171 1023 1375"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 1375 834 1543">Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.</td> <td data-bbox="834 1375 911 1543"></td> <td data-bbox="911 1375 1023 1543"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 1543 834 1711">Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.</td> <td data-bbox="834 1543 911 1711"></td> <td data-bbox="911 1543 1023 1711"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:            1=Keluhan ekstrim            2= Keluhan berat            3= Keluhan sedang            4= Keluhan ringan            5= Tidak ada keluhan</p>	Indikator	Awal	Target	Pasien dan keluarga mengatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan			Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.			Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.			<p><i>Teaching: disease process</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan patofisiologi, dan penyakit</li> <li>b. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit dengan cari yang benar</li> <li>c. Gambarkan proses penyakit dengan penjasanyang tepat</li> <li>d. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan penjelasan yang tepat</li> <li>e. Diskusikan perubahan gaya hidup yang lebih baik</li> </ol>			
Indikator	Awal	Target																
Pasien dan keluarga mengatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan																		
Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.																		
Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.																		