

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. Konsep Medis

1. Pengertian Diare

“Diare adalah buang air besar dengan konsistensi tinja yang lembek biasanya disertai dengan peningkatan frekuensi dan apabila diukur berat fesesnya lebih dari 200 gram perhari, dapat dinyatakan akut jika berlangsung kurang dari 14 hari, dan dinyatakan persisten jika terjadi kurang antara 14-28 hari dan kronik jika terjadi lebih dari 4 minggu” (Nelwan, 2014, hal.570). “Diare akut didefinisikan sebagai keadaan peningkatan dan perubahan tiba-tiba frekuensi defekasi yang sering disebabkan oleh agen infeksius dalam *traktus gastrointestinal*” (Wong, 2009, hal.998). Menurut Suraatmaja (2007), diare merupakan penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya, biasanya lebih dari 3 kali perhari yang disertai dengan perubahan konsistensi tinja yang menjadi cair, atau lembek, bisa terdapat darah atau juga lendir.

Dari berbagai pengertian diare diatas dapat disimpulkan bahwa, diare merupakan penyakit yang ditandai dengan peningkatan frekuensi buang air besar lebih dari tiga kali dalam sehari, konsistensi cair atau lembek dapat disertai darah maupun tidak, dapat disertai dengan demam, kadang mual dan muntah, dehidrasi dan badan terasa lemas, diare dapat disebabkan karena berbagai faktor, seperti virus, bakteri,

psikologi maupun makanan, dan diare akut yaitu terjadi kurang dari 14 hari.

2. Etiologi Diare

“Penyebab diare dapat dikelompokkan dalam 6 golongan besar yaitu infeksi (disebabkan oleh bakteri, virus atau parasit), malabsorpsi, alergi, keracunan, *imunodefisiensi* dan sebab-sebab lainnya. Penyebab yang sering ditemukan di lapangan ataupun secara klinis adalah diare yang disebabkan infeksi dan keracunan” (Depkes RI, 2011, hal.2).

Menurut Nelwan (2014), penyebab diare diantaranya terjadi karena infeksi bakteri, virus dan parasit. Contoh bakteri yaitu *Shigella*, *Salmonella*, *E. Coli*, *Gol. Vibrio*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Stafilokokus aureus*, *Campylobacter aeromona*. Virus yaitu *Rotavirus*, *Adenovirus*, *Cytomegalovirus*. Parasit yaitu diantaranya seperti *Protozoa* (*Giardia*, *Entamoeba histolytica*, *Trichuris trichiura*, *Cryptosporidium huminis*, *Strongyloides stercoralis*, *Isospora Belii*). Cacing (*Strogyloides strercoralis*, *Schistosoma*)

3. Tanda dan gejala Diare

Ciri-ciri anak yang menderita diare adalah buang air besar lebih dari 3 kali, badan lemas, tidak nafsu makan, turgor kulit jelek, membran mukosa bibir kering, didalam feses bisa terdapat darah maupun lendir, pada anak dapat terlihat mata cekung dan menurut Nelwan (2014), diare dapat bersifat inflamasi atau non inflamasi. Diare non inflamasi bersifat *sekretorik (watery)* bisa mencapai lebih dari 1 liter perhari. Biasanya tidak disertai dengan nyeri abdomen yang hebat dan tidak disertai dengan darah atau lendir pada feses. Demam bisa dijumpai bisa juga tidak. Gejala mual dan muntah bisa dijumpai. Pada diare ini penting diperhatikan kecukupan cairan karena pada kondisi yang tidak terpantau dapat terjadinya kehilangan cairan yang menyebabkan syok hipovolemik. Diare yang bersifat inflamasi bisa berupa *sekretori* atau disentri. Biasanya disebabkan oleh patogen yang bersifat invasif. Gejala mual, muntah, disertai dengan demam, nyeri perut hebat, dan *tenesmus*, serta feses berdarah dan berlendir merupakan gejala dan tanda yang dapat dijumpai.

4. Klasifikasi Diare

Tabel 2.1 klasifikasi diare menurut Depkes RI (2008).

| klasifikasi diare | Gejala | Klasifikasi | Tindakan / Pengobatan |
|-------------------|---|---------------------------------|---|
| Untuk Dehidrasi | Terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut a. Letargis / tidak sadar b. Mata cowong / cekung c. Tidak bisa minum / malas minum d. Cubitan kulit perut kembali sangat lambat | Diare Dehidrasi Berat | a. Jika tidak ada klasifikasi berat lain: Berikan cairan untuk dehidrasi berat dan tablet zink b. Jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain: Rujuk segera, jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan c. Jika ada kolera di daerah tersebut, berikan antibiotik untuk kolera |
| | Terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut a. Gelisah, rewel / marah b. Mata cowong / cekung c. Haus, minum dengan lahap d. Cubitan kulit perut kembali sangat lambat | Diare Dehidrasi Ringan / Sedang | a. Berikan cairan dan makanan, berikan tablet zink (10 hari berturut-turut) b. Jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain : Rujuk segera. Jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan c. Nasehati kapan kembali segera d. Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan |
| | Tidak cukup tanda-tanda untuk di klasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan / sedang | Diare Tanpa Dehidrasi | a. Beri cairan dan makanan dan tablet zink (10 hari berturut-turut) b. Nasehati kapan kembali segera c. Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan |

| klasifikasi diare | Gejala | Klasifikasi | Tindakan/ pengobatan |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| Jika Diare 14 hari atau Lebih | Ada Dehidrasi | Diare Persisten Berat | a. Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain b. Rujuk |
| | Tanpa Dehidrasi | Diare Persisten | a. Nasehati pemberian untuk diare persisten b. Kunjungan ulang 5 hari |
| Darah Dalam Tinja | Ada darah dalam tinja | Disentri | a. Beri antibiotik yang sesuai b. Nasehati kapan kembali segera c. Kunjungan ulang 2 hari |

5. Anatomi dan fisiologi sistem pencernaan Manusia

Anatomi fisiologi pencernaan manusia diawali dari mulut sampai anus, menurut Pearce (2009), anatomi fisiologi sistem pencernaan manusia yaitu:

a. Mulut

Mulut merupakan bagian awal dari sistem pencernaan yang terdiri atas dua bagian luar yang sempit (*vestibula*) yaitu ruangan diantara gusi dengan bibir dan pipi. Bagian dalam yang terdiri atas rongga mulut .

Didalam mulut terdapat lidah yang merupakan organ otot yang dilapisi mukosa, merupakan alat bantu pada proses mengunyah (*mastikasi*), menelan (*deglution*), bicara (*speech*) dan pengecap, kemudian terdapat kelenjar air utama yaitu : *glandula parotis*, *glandula sublingualis*, *glandula submaksilaris*. Selain

lidah terdapat pula gigi yang merupakan salah satu alat bantu sistem pencernaan karena berperan sebagai alat pengunyah dan bicara.

b. *Pharing*

Pharing atau tekak merupakan suatu saluran *muskulo fibrosa*, panjang kira-kira 12 cm, terbentang tegak lurus antara *basis cranii* yaitu setinggi *vertebra cervikalis* VI hingga kebawah setinggi tulang rawan *cricoidea*. Jadi *pharing* penting untuk lalunya *bolus* (makanan yang sedang dicerna mulut) dan lalunya udara.

c. *Esophagus* (kerongkongan)

Esophagus merupakan bagian saluran pencernaan yang terdiri dari jaringan otot yang terbentang mulai setinggi *kartilago cricoidea* dan bermuara pada lambung yang merupakan lanjutan lambung.

d. Lambung

Lambung yang merupakan bagian terlebar dari *Tractus Gastrointestinal* dan merupakan lanjutan dari *esofagus*, bentuknya seperti huruf “J” terletak dibagian atas agak kekiri sedikit pada rongga abdomen dibawah diafragma. Fungsi lambung sebagai pencernaan makanan secara mekanis dan kimiawi, sebagai *bacterisid* oleh asam lambung HCL dan membantu proses penyembuhan *eritrosid*.

e. Usus Halus

Usus halus merupakan lanjutan lambung terbentang mulai *pylorus* sampai muara *ileocaecalis* dan menempati bagian terbesar rongga abdomen terletak sebelah bawah lambung dan hati, panjang kurang lebih 7 meter. Usus halus dibagi menjadi :

1) *Duodenum*

Disebut juga usus dua belas jari. Panjang kira-kira 20 cm, berbentuk sepatu kuda melengkung kekiri. Pada lengkungannya ini terdapat pankreas. Bagian kanan terdapat selaput lendir yaitu *papila vateri*. Dinding *duodenum* mempunyai lapisan yang banyak mengandung kelenjar yang berfungsi untuk memproduksi getah *intestinum* yang disebut kelenjar *brunner*.

2) *Yeyenum* dan *Ileum*

Panjangnya sekitar 6 cm. Lekukan *Yeyenum* dan *Ileum* merekat pada dinding abdomen *posterior* lipatan *peritonium* yang dikenal sebagai *mesentrum*. Ujung bawah *ileum* berhubungan dengan *seikum* dengan perantara lubang *orifisium ileosinkalis*. Didalam *tunica propria* (bagian dalam *tunica mukosa*) terdapat jaringan-jaringan *limfoid*, *noduli lymphatici* yang ada sendiri-sendiri atau berkelompok. Sementara di *ileum plicae cirkulares* dan *villi* akan berkurang, sedangkan kelompok *noduli lymphatici* akan menjadi banyak, tiap kelompok berkisar antara 20 *noduli lymphatici*. Kumpulan

kelompok ini disebut *Plaque Payeri*, yang menjadi tanda khas *ileum*.

Fungsi dari usus halus antara lain menerima zat-zat makanan yang sudah dicerna, menyerap protein dalam bentuk asam amino, menyerap karbohidrat dalam bentuk emulsi lemak.

f. Usus Besar

Usus besar merupakan lanjutan dari usus halus yang tersusun seolah-olah seperti huruf “ U “ terbalik dan mengelilingi usus halus, panjangnya kurang lebih 140 cm terbentang dari *valvula ileocaecalis* sampai anus. Usus besar terdiri dari *colon asendens*, *colon transversum*, *colon desenden* dan *sigmoideum*. Fungsi usus besar adalah untuk absorpsi air untuk kemudian sisa masa membentuk masa yang *semisolid* (lembek) disebut feses.

g. Anus

Anus merupakan bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rektum dengan dunia luar, terletak didasar *pelvis* dindingnya diperkuat oleh tiga spinter yaitu :

- 1) *pinter ani intermus*, bekerja tidak menurut kehendak
- 2) *Spinter levator ani*, bekerja tidak menurut kehendaki
- 3) *Spinter ani ekstermus*, bekerja menurut kehendak

6. Patofisiologi Diare

“Invasi mikroorganisme patogen pada *traktus gastrointestinal* menyebabkan diare lewat (1) produksi enterotoksin yang menstimulasi sekresi air dan elektrolit, (2) invasi serta distruksi langsung sel-sel epitel usus, dan (3) inflamasi lokal serta invasi sistemik oleh mikroorganisme tersebut. Kendati demikian gangguan fisiologi paling serius dan segera terjadi terkait dengan penyakit diare yang berat adalah (1) dehidrasi, (2) gangguan keseimbangan asam basa dengan asidosis, dan (3) syok yang terjadi ketika keadaan dehidrasi berlanjut hingga titik terjadinya gangguan yang serius pada status sirkulasi” (Wong, 2009, hal.999).

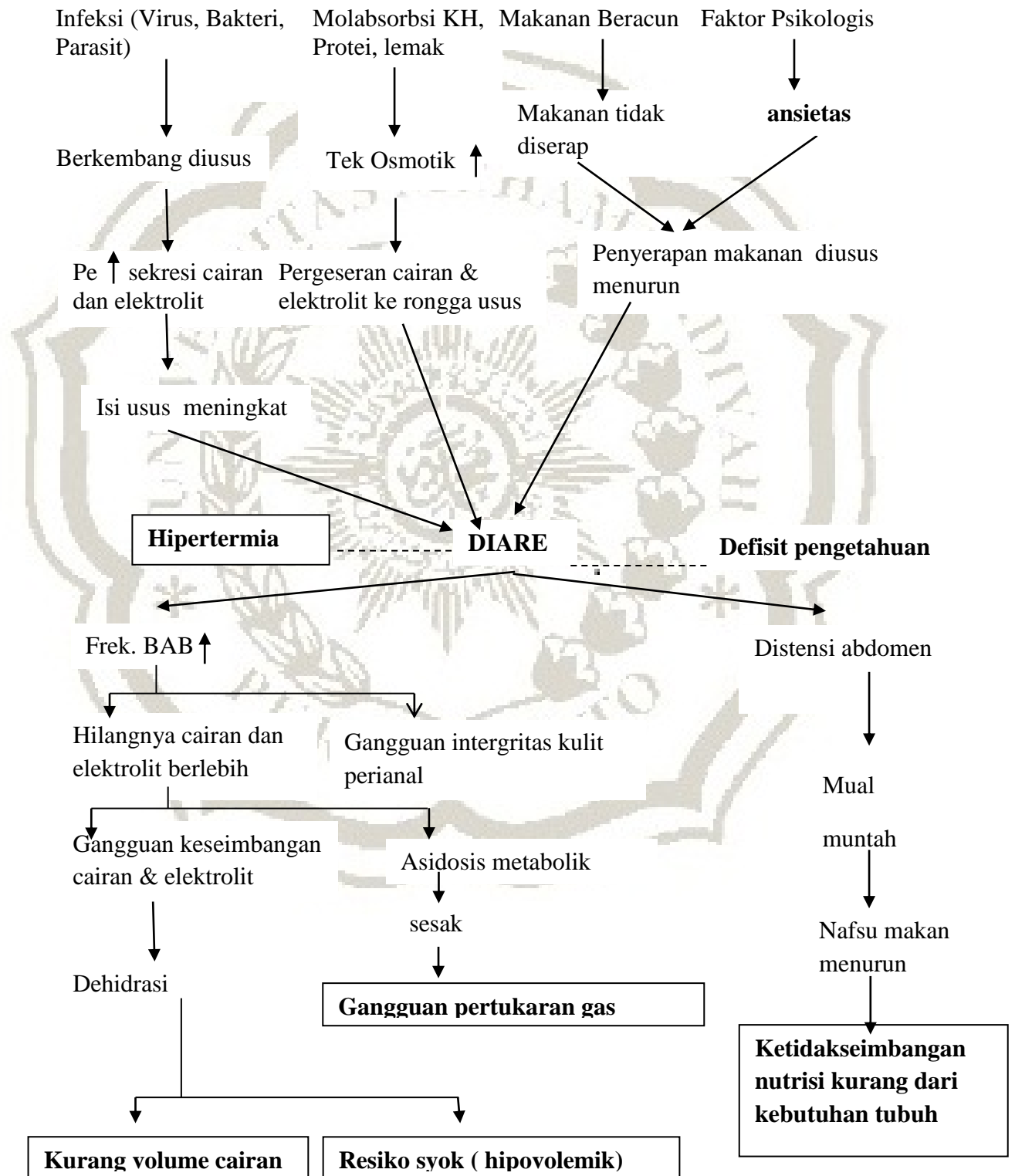
Menurut Hidayat (2008), bahwa proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan faktor diantaranya pertama faktor infeksi, proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk kedalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Selanjutnya terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan sistem transport aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat. Kedua, faktor malabsorpsi merupakan kegagalan yang dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan

tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kerongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare. Ketiga, faktor makanan, ini dapat terjadi apabila toksik yang ada tidak mampu diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makan yang kemudian menyebabkan diare. Keempat, faktor psikologi dapat mempengaruhi terjadinya penyerapan makanan yang dapat menyebabkan diare.



7. Pathway Diare

Gambar 2.1 pathway diare (Hardhi & Amin, 2013)



8. Komplikasi Diare

“Bila tidak teratasi bisa menjadi diare kronis (terjadi sekitar 1% pada diare akut pada wisatawan). Bisa timbul pertumbuhan bakteri diusus secara berlebihan, sindrom malabsorpsi. Merupakan tanda awal pada *inflammatory bowel disease*. Menjadi predisposisi sindroma raiter’s atau sindrom *hemolitik-uremik*” (Nelwan, 2014, hal.572).

Menurut Suraatmaja (2007), kebanyakan penderita sembuh tanpa adanya komplikasi, tetapi sebagian kasus mengalami komplikasi dari dehidrasi, kelainan elektrolit atau pengobatan yang diberikan. Komplikasi yang dapat terjadi yaitu *Hipernatremia*, *Hiponatremia*, demam, *edema*, *asidosis*, *hipokalemia*, *illeus paralitikus*, kejang, intoleransi laktosa, muntah dan gagal ginjal.

9. Pemeriksaan Penunjang Diare

Pemeriksaan penunjang terhadap penyakit diare menurut Nelwan (2014) yaitu dengan pemeriksaan darah yang meliputi darah perifer lengkap, ureum, kreatinin, elektrolit (Na^+ , K^+ , C^-). Analisa gas darah (bila dicurigai ada gangguan keseimbangan asam basa), pemeriksaan toksik (*C. Difficile*), antigen (*E. Hystolitica*). Feses meliputi analisa feses (rutin: leukosit difeses. Pemeriksaan parasit : amoeba,hif). Pemeriksaan kultur. Pada kasus ringan, diare bisa teratasi dalam waktu <24 jam. Pemeriksaan lanjut diutamakan pada kondisi yang berat yang tidak teratasi sehingga menyebabkan hipotensi, disentri,

disertai demam, diare pada usia lanjut, atau pasien dengan kondisi imun yang rendah (pasien dengan penggunaan obat kemoterapi).

10. Pengobatan Diare

Prinsip tatalaksana diare adalah dengan lintas diare atau lima langkah tuntas diare. Pemberian cairan bukan satu-satunya cara untuk mengatasi diare tetapi memperbaiki kondisi usus serta mempercepat penyembuhan/ menghentikan diare dan mencegah anak kekurangan gizi akibat diare juga menjadi cara untuk mengobati diare. Menurut Depkes RI (2011), program lima langkah tuntas diare yaitu:

a. Rehidrasi menggunakan Oralit osmolalitas rendah

Oralit untuk mencegah terjadinya dehidrasi dapat dilakukan mulai dari rumah tangga dengan memberikan oralit osmolaritas rendah, dan bila tidak tersedia berikan cairan rumah tangga seperti air tajin, kuah sayur, air matang. Oralit saat ini yang beredar di pasaran sudah oralit yang baru dengan osmolaritas yang rendah, yang dapat mengurangi rasa mual dan muntah. Oralit merupakan cairan yang terbaik bagi penderita diare untuk mengganti cairan yang hilang. Bila penderita tidak minum harus segera di bawa ke sarana kesehatan untuk mendapat pertolongan. Pemberian oralit didasarkan pada derajat dehidrasi.

1) Diare tanpa dehidrasi

Umur < 1 tahun : $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ gelas setiap kali anak mencret

Umur 1 – 4 tahun : $\frac{1}{2}$ - 1 gelas setiap kali anak mencret

Umur diatas 5 Tahun : 1 – $1\frac{1}{2}$ gelas setiap kali anak mencret

2) Diare dengan dehidrasi ringan sedang

Dosis oralit yang diberikan dalam 3 jam pertama 75 ml/ kg bb dan selanjutnya diteruskan dengan pemberian oralit seperti diare tanpa dehidrasi.

3) Diare dengan dehidrasi berat

Penderita diare yang tidak dapat minum harus segera dirujuk ke Puskesmas. Untuk anak dibawah umur 2 tahun cairan harus diberikan dengan sendok dengan cara 1 sendok setiap 1 sampai 2 menit. Pemberian dengan botol tidak boleh dilakukan. Anak yang lebih besar dapat minum langsung dari gelas. Bila terjadi muntah hentikan dulu selama 10 menit kemudian mulai lagi perlahan-lahan misalnya 1 sendok setiap 2-3 menit. Pemberian cairan ini dilanjutkan sampai dengan diare berhenti.

b. Zinc diberikan selama 10 hari berturut-turut

Zinc merupakan salah satu mikronutrien yang penting dalam tubuh. Zinc dapat menghambat enzim INOS (*Inducible Nitric Oxide Synthase*), dimana ekskresi enzim ini meningkat selama diare dan mengakibatkan hipersekresi epitel usus. Zinc juga berperan dalam epitelisasi dinding usus yang mengalami kerusakan

morfologi dan fungsi selama kejadian diare. Pemberian Zinc selama diare terbukti mampu mengurangi lama dan tingkat keparahan diare, mengurangi frekuensi buang air besar, mengurangi volume tinja, serta menurunkan kekambuhan kejadian diare pada 3 bulan berikutnya. Berdasarkan bukti ini semua anak diare harus diberi Zinc segera saat anak mengalami diare. Dosis pemberian Zinc pada balita:

- 1) Umur <6 bulan : ½ tablet (10 mg) per hari selama 10 hari
- 2) Umur > 6 bulan : 1 tablet (20 mg) per hari selama 10 hari.

Zinc tetap diberikan selama 10 hari walaupun diare sudah berhenti. Cara pemberian tablet zinc : Larutkan tablet dalam 1 sendok makan air matang atau air susu ibu, sesudah larut berikan pada anak diare.

c. Teruskan pemberian air susu ibu dan makanan

Pemberian makanan selama diare bertujuan untuk memberikan gizi pada penderita terutama pada anak agar tetap kuat dan tumbuh serta mencegah berkurangnya berat badan. Anak yang masih minum air susu ibu harus lebih sering di beri air susu ibu. Anak yang minum susu formula juga diberikan lebih sering dari biasanya. Anak usia 6 bulan atau lebih termasuk bayi yang telah mendapatkan makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna dan diberikan sedikit lebih sedikit dan lebih sering.

Setelah diare berhenti, pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan.

d. Antibiotik Selektif

Antibiotika tidak boleh digunakan secara rutin karena kecilnya kejadian diare pada balita yang disebabkan oleh bakteri. Antibiotika hanya bermanfaat pada penderita diare dengan darah (sebagian besar karena *shigellosis*), dan suspek kolera.

e. Nasihat kepada orang tua/pengasuh

Ibu atau pengasuh yang berhubungan erat dengan balita harus diberi nasehat tentang:

- 1) Cara memberikan cairan dan obat di rumah
- 2) Kapan harus membawa kembali balita ke petugas kesehatan bila :
 - a) Diare lebih sering
 - b) Muntah berulang
 - c) Sangat haus
 - d) Makan/minum sedikit
 - e) Timbul demam
 - f) Tinja berdarah
 - g) Tidak membaik dalam 3 hari.

B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan terhadap diare dimulai dengan mengenal keadaan umum dan perilaku bayi atau anak, menurut Wong (2009), keadaan umum bayi yang dapat diperiksa meliputi mengkaji dehidrasi seperti berkurangnya haluran urin, menurunnya berat badan, membran mukosa yang kering, turgor kulit yang jelek, ubun- ubun yang cekung, dan kulit yang pucat, dingin serta kering. Pada dehidrasi yang lebih berat gejala meningkatnya dehidrasi nadi, dan respirasi, menurunnya tekanan darah dan waktu pengisian ulang kapiler yang memanjang (>2 detik) dapat menunjukkan syok yang mengancam). Riwayat penyakit akan memberikan informasi penting mengenai kemungkinan agen penyebabnya seperti pengenalan makanan yang baru, kontak dengan agen yang menular, berwisata ke daerah dengan suseptibilitas tinggi, kontak dengan hewan yang diketahui sebagai sumber infeksi enterik. Riwayat alergi, penggunaan obat dan makanan dapat menunjukkan kemungkinan alergi, terhadap makanan yang banyak mengandung, sorbitol dan fruktosa(misalnya jus apel)

Menurut Hidayat (2008), pengkajian tentang permasalahan diare dapat dilihat tanda dan gejala sebagai berikut, frekuensi buang air besar pada bayi lebih dari 3 kali sehari, pada neonatus lebih dari 4 kali. Bentuk cair kadang- kadang disertai dengan darah atau lendir, nafsu makan menurun, warna kelam kehijauan karena bercampur dengan

empedu, muntah rasa haus, adanya lecet didaerah anus, adanya tanda-tanda dehidrasi . Pada pengkajian faktor penyebab dapat disebabkan oleh faktor bakteri, atau faktor makanan, faktor obat-obatan, dan juga faktor psikologi. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan adanya turgor kulit buruk, membran mukosa kering, pada bayi ubun- ubun cekung, bising usus meningkat, kram abdomen, penurunan berat badan, perubahan tanda-tanda vital, yaitu peningkatan nadi dan pernapasan. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan antara lain seperti kadar kalium, natrium, dan klorida.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Diare menurut Wilkinson (2006), adalah :

- a. Diare berhubungan dengan proses infeksi
- b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif (diare)
- c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit (proses infeksi)
- d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah, hilangnya nafsu makan
- e. Defisit pengetahuan tentang gastroenteritis Akut berhubungan dengan kurangnya informasi
- f. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi rektal karena diare

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah gambaran atau tindakan yang akan dilakukan untuk memecahkan masalah keperawatan yang dihadapi pasien. Adapun rencana keperawatan yang sesuai dengan penyakit gastroenteritis akut atau diare menurut Wilkinson (2006), adalah sebagai berikut:

a. Diare berhubungan dengan proses infeksi

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan diare teratasi dengan kriteria hasil: kembung tidak ada, diare tidak ada lendir pada feses tidak ada, dan pola eliminasi dalam rentang normal. Intervensi:

- 1) Observasi pola buang air besar
- 2) Observasi frekuensi, konsistensi dan warna feses
- 3) Anjurkan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses.
- 4) Anjurkan memberikan cairan seperti air putih dan air susu ibu
- 5) Evaluasi catatan asupan kandungan nutrisi
- 6) Anjurkan untuk makan dalam porsi kecil, sering dan porsi ditingkatkan secara bertahap
- 7) Pantau adanya iritasi dan ulserasi kulit diarea perianal
- 8) Anjurkan pasien untuk memberitahu petugas setiap kali diare
- 9) Ajarkan penggunaan obat diare yang tepat
- 10) Kolaborasi pemberian obat

- b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif (diare)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kekurangan volume cairan teratasi dan keseimbangan elektrolit, asam basa dapat tercapai dengan kriteria hasil: keseimbangan cairan, hidrasi yang adekuat, status nutrisi yang adekuat asupan makanan dan cairan, keseimbangan elektrolit dan asam basa, frekuensi dan irama nafas dalam rentang yang diharapkan.

Intervensi:

- 1) Monitor vital sign
- 2) Monitor masukan makanan atau cairan
- 3) Pantau warna, jumlah, dan frekuensi kehilangan volume cairan
- 4) Observasi khususnya terhadap kehilangan cairan tinggi elektrolit (diare)
- 5) Dorong keluarga membantu pasien makan
- 6) Timbang berat badan dan pantau kemajuan
- 7) Pantau status hidrasi misal kelembaban membran mukosa
- 8) Ukur keadekuatan nadi
- 9) Anjurkan untuk menginformasikan perawat jika haus
- 10) Tingkatkan asupan cairan peroral
- 11) Kolaborasi pemberian cairan intra vena

c. Hipertermi berhubungan dengan penyakit (proses penyakit)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah hipertermi dapat teratasi dengan kriteria hasil: suhu kulit dalam rentang yang diharapkan, suhu tubuh dalam batas normal, nadi dan pernafasan dalam rentang yang diharapkan, perubahan warna kulit tidak ada.

Intervensi:

- 1) Kaji tingkat kenaikan suhu tubuh
- 2) Pantau warna kulit
- 3) Pantau suhu badan minimal setiap dua jam atau sesuai kebutuhan
- 4) Pantau nadi dan pernafasan
- 5) Berikan kompres air hangat pada dahi, ketiak dan lipat paha
- 6) Kolaborasi dalam pemberian obat antipiretik

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah, hilangnya nafsu makan.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi dengan kriteria hasil: asupan makanan dan cairan adekuat, mempertahankan berat badan atau penambahan berat badan, ada kemauan untuk makan, tidak muntah setelah makan. Intervensi :

- 1) Kaji status nutrisi pasien serta intake dan outputnya
- 2) Timbang berat badan setiap hari

- 3) Observasi dan catat respon terhadap pemberian makan
 - 4) Anjurkan untuk memberikan makanan sedikit tapi sering
 - 5) Kolaborasi dalam pemberian obat
- e. Defisit pengetahuan tentang penyakit gastroenteritis dan perawatannya berhubungan dengan kurang informasi.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keluarga mengerti tentang kondisi penyakit dan perawatan anak sakit di rumah dengan kriteria hasil: keluarga pasien mengerti tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari gastroenteritis

Akut, cara pencegahan dan perawatan anak dengan gastroenteritis Akut serta dapat mendemonstrasikan cara membuat oralit dan larutan gula garam dengan baik dan benar. Intervensi :

- 1) Kaji tingkat pengetahuan ibu tentang penyakit dan perawatan anaknya
- 2) Tentukan kebutuhan pengajaran keluarga pasien
- 3) Lakukan penilaian pengetahuan keluarga pasien
- 4) Tentukan motifasi pasien untuk mempelajari informasi khusus
- 5) Berikan pengajaran sesuai dengan tingkat pemahaman
- 6) Gunakan pendekatan pengajaran demonstrasi
- 7) Berikan penjelasan tentang penyakit dan kondisi anaknya, berikan penjelasan setiap akan melakukan prosedur tindakan keperawatan

8) Berikan penjelasan kepada orang tua tentang perawatan anak diare di rumah seperti pembuatan larutan gula garam

f. Kerusakan integritas kulit b.d iritasi rektal karena diare

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit tidak mengalami kerusakan dengan kriteria hasil: hidrasi, pigmentasi, dan warna jaringan dalam rentang yang diharapkan, terbebas dari adanya lesi, keutuhan kulit terjaga.

Intervensi :

- 1) Bersihkan daerah bokong secara perlahan dengan air
- 2) Paparkan kulit utuh yang kemerahan pada udara jika mungkin
- 3) Hindari menggunakan tissue basah yang mengandung alkohol
- 4) Observasi daerah bokong
- 5) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian salep kulit