

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Gastroenteritis Akut

Secara medis, gastroenteritis akut didefinisikan sebagai penyakit diare, dengan kata lain peningkatan frekuensi buang air besar dengan atau tanpa muntah, demam dan nyeri perut. Peningkatan frekuensi buang air besar didefinisikan oleh tiga atau lebih buang air besar encer dalam 24 jam atau setidaknya 200 g fases per hari (Ida Mardalena, 2018).

Gastroenteritis akut merujuk pada radang lambung atau usus dan termasuk penyakit yang dapat menular, diare sering muncul secara mendadak dengan atau tanpa muntah. Diare biasanya berlangsung selama 5-7 hari dan sebagian besar berhenti dalam 2 minggu, sedangkan muntah biasanya berlangsung selama 1-2 hari dan sebagian besar berhenti dalam 3 hari (Faradila, 2022)

2.1.2 Etiologi

Faktor-faktor penyebab gastroenteritis akut antara lain:

a. Faktor Infeksi menurut (Ida Mardalena, 2018)

1. Infeksi Virus

- a) Rotavirus merupakan penyebab tersering diare akut pada bayi dan disertai dengan muntah yang timbul

sepanjang tahun, dengan demam dan muntah sebagai gejala.

- b) Enterovirus, biasa muncul pada musim panas.
- c) Adenovirus, timbul sepanjang tahun dengan gejala muncul pada saluran pencernaan atau pernapasan.
- d) Norwalk, muncul sebagai epidemik dan dapat sembuh sendiri dalam 24-48 jam.

2. Infeksi bakteri

a) *Shigella*

- 1) Semusim, puncaknya pada bulan Juli-September
- 2) Insiden paling tinggi pada umur 1-5 tahun
- 3) Dapat dihubungkan dengan kejang demam.
- 4) Muntah yang tidak menonjol
- 5) Sel polos dalam feses
- 6) Sel batang dalam darah

b) *Salmonella*

- 1) Semua umur tetapi lebih tinggi di bawah umur 1 tahun.
- 2) Menembus dinding usus, feses berdarah, mukoid.
- 3) Mungkin ada peningkatan temperatur
- 4) Muntah tidak menonjol
- 5) Sel polos dalam feses
- 6) Masa inkubasi 6-40 jam, lamanya 2-5 hari.

7) Organisme dapat ditemukan pada feses selama berbulan-bulan.

c) *Escherichia coli*

- 1) Baik yang menembus mukosa (feses berdarah) atau yang menghasilkan enterotoksin.
- 2) Pasien (biasanya bayi) dapat terlihat sangat sakit.

d) *Campylobacter*

- 1) Sifatnya invasif (feses yang berdarah dan bercampur mukus) pada bayi dapat menyebabkan diare berdarah tanpa manifestasi klinik yang lain.
- 2) Kram abdomen yang hebat.
- 3) Muntah / dehidrasi jarang terjadi.

e) *Yersinia Enterocolitica*

- 1) Feses mukosa.
- 2) Sering didapatkan sel polos pada feses.
- 3) Mungkin ada nyeri abdomen yang berat.
- 4) Diare selama 1-2 minggu.
- 5) Sering menyerupai apendicitis.

- b. Faktor non-infeksi dengan malabsorpsi sebagai salah satu faktor gastroenteritis. Intoleransi laktosa menjadi penyebab non-infeksi yang paling sering terjadi pada bayi dan anak.
- c. Faktor makanan atau keracunan makanan yang didefinisikan sebagai penyakit yang terjadi dalam 24 jam setelah makan.

Sebagian besar disebabkan oleh toksin bakteri yang telah terbentuk oleh makanan itu sendiri.

- d. Faktor kerusakan struktural pada mukosa usus menyebabkan gangguan absorpsi cairan, demikian pula eksudasi ke dalam lumen usus yang merupakan mekanisme penyakit inflamasi usus kronik dan invasi kuman pathogen sehingga menimbulkan diare.
- e. Faktor imunologik, karena tubuh mengalami defisiensi Ig A yang menyebabkan tidak mempunyai tubuh mengatasi infeksi dan investasi parasit dalam usus.
- f. Faktor Psikologis, rasa takut dan cemas yang tidak tertangani dapat menjadi penyebab psikologis akan gangguan gastroenteritis.

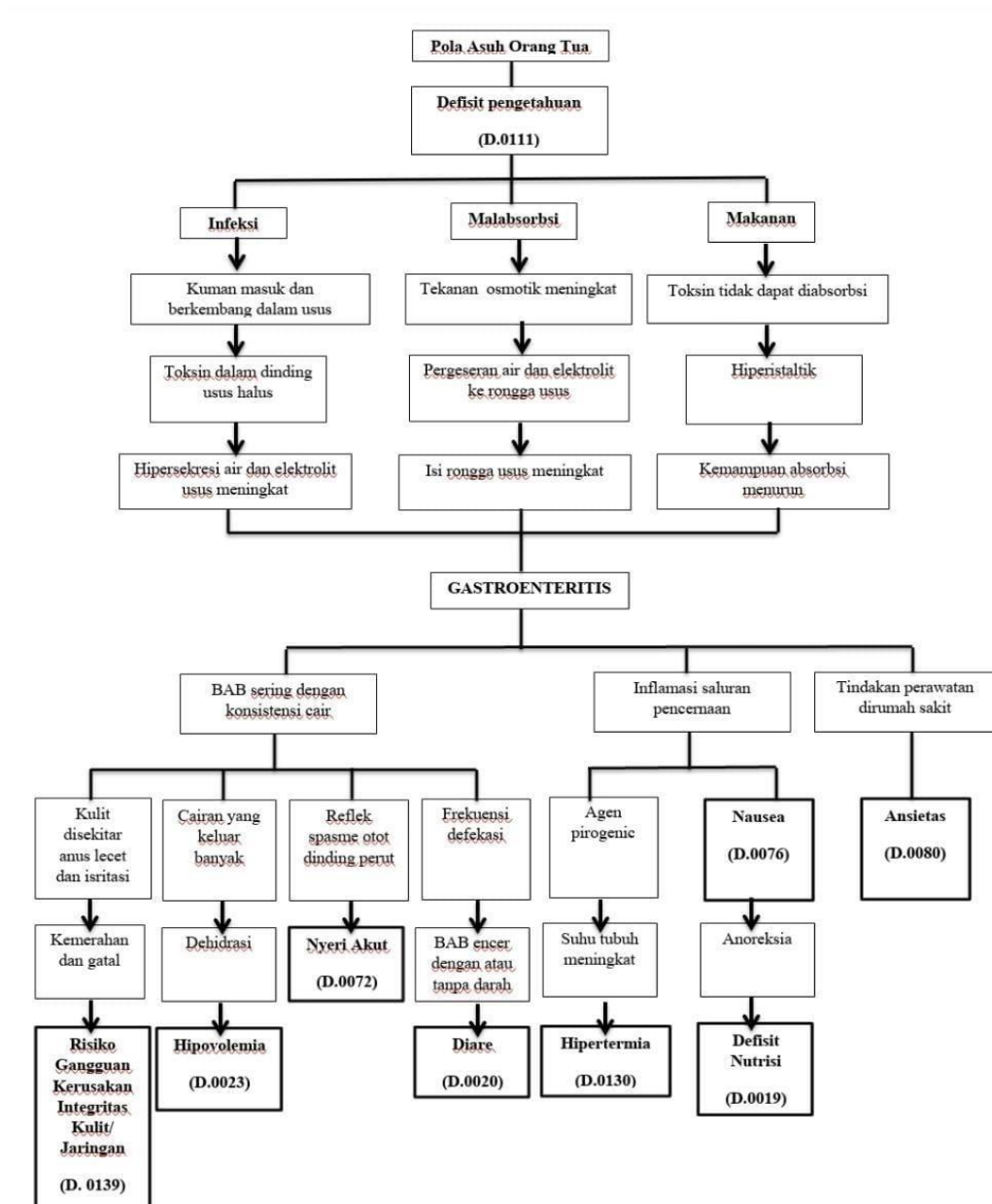
2.1.3 Patofisiologi

Gastroenteritis menurut Ida Mardalena (2018) disebabkan oleh masuknya virus, bakteri dan parasit yang kemudian menyebabkan terjadinya infeksi pada sel-sel serta memproduksi Enterotoksin atau Cytotoksin dimana akan merusak sel dan melekat pada dinding usus. Penularan gastroenteritis biasa melalui fekal dan juga makanan atau minuman yang terkontaminasi yang biasa disebut gangguan *osmotic* atau mekanisme dasar penyebab gastroenteritis timbul. Makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan *osmotic* dalam rongga usus meningkat, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus yang kemudian

akan menyebabkan diare jika isi dalam rongga usus berlebihan. Selain itu muncul juga gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat, serta gangguan motilitas usus berupa hiperistaltik yang berarti berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan dan air hingga terjadi diare dan hipoperistaltik yang mengakibatkan bakteri tumbuh berlebih dan memunculkan diare.

Dasarnya makanan atau fases bergerak sepanjang usus dengan bantuan gerakan paristaltik dan segmentasi usus. Namun pada kasus gastroenteritis, mikroorganisme yang masuk kedalam usus dan berkembang biak dapat meningkatkan gerakan paristaltik di usus. Kemudian usus akan kehilangan cairan dan elektrolit maka terjadilah dehidrasi. Pada gastroenteritis dehidrasi menjadi komplikasi yang sering terjadi. Dehidrasi ini dapat mengganggu keseimbangan asam basa berupa asidosis metabolik dan hipokalemian, serta gangguan gizi, hipoglikemia dan gangguan sirkulasi darah.

2.2 Pathway



Bagan 2. 1 Pathway

Sumber: (Muttaqin, 2016)

2.2.1 Tanda dan Gejala

Ida Mardalena (2018) dan Diyono & Mulyanti (2016),

menuturkan manifestasi klinis gastroenteritis, antara lain:

- a. Nyeri perut dan ulu hati
- b. Mual, kadang diikuti dengan muntah
- c. Nafsu makan berkurang
- d. Perut kembung
- e. Rasa panas di dada dan perut
- f. Regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba)
- g. Diare
- h. Demam
- i. Lemah
- j. Fontanel cekung
- k. Dehidrasi: turgor buruk, kulit kering, lidah pecah-pecah
- l. Berat badan menurun
- m. Selaput lendir pucat
- n. Peristaltik usus meningkat
- o. Anus kadang lecet
- p. Takikardi
- q. Ketidakseimbangan antara masukan dan keluaran
- r. Peningkatan serum natrium
- s. Urine pekat
- t. Perilaku tidak konsentrasi

2.2.2 Komplikasi

Komplikasi dari gastroenteritis menurut Ida Mardalena (2018), yaitu:

- a. Diare
- b. Dehidrasi
- c. Rentan hipovolemi
- d. Kejang
- e. Bakterimia
- f. Malnutrisi
- g. Hipogikemia
- h. Intoleransi sekunder akibat kerusakan mukosa usus

2.2.3 Pemeriksaan Penunjang

Ida Mardalena (2018) menyampaikan pemeriksaan laboratorium pada gastroenteritis, meliputi :

- a. Pemeriksaan Tinja
 - 1. Makroskopis dan mikroskopis
 - 2. pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet dinistest, bila diduga intoleransi gula
 - 3. Bila diperlukan, lakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.
- b. Pemeriksaan Darah
 - 1. pH darah (Natrium, Kalium, Kalsium dan Fosfor) dalam serum untuk menentukan keseimbangan asam basa
 - 2. Kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
- c. Intubasi Duodenum

Untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

2.2.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis menurut Ida Mardalena (2018) pada penderita gastroenteritis akut, yaitu:

- a. Pemberian cairan untuk mengganti cairan yang hilang
- b. Dietetik, yaitu pemberian makanan dan minuman khusus pada penderita dengan tujuan penyembuhan dan menjaga kesehatan.

Adapun hal yang perlu diperhatikan seperti:

1. Memberi ASI (pada anak usia 0-2 tahun)
2. Memberikan bahan makanan yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral dan makanan yang bersih.
- c. Monitor dan koreksi input dan output elektrolit
- d. Pemberian obat-obatan, seperti:
 1. Berikan antibiotik.
 2. Koreksi asidosis metabolic

Penanganan diare lainnya, yaitu dengan terapi pijat diare, sebagai berikut:

- a. Pijat Diare

Pijat merupakan salah satu bentuk dari terapi sentuh yang berfungsi sebagai salah satu teknik pengobatan penting. Bahkan menurut penelitian modern, pijat bayi secara rutin akan

membantu tumbuh kembang fisik dan emosi bayi, di samping mempertahankan kesehatannya. Manfaat pijat bayi tidak hanya dirasakan oleh bayi saja, tapi demikian juga oleh ibu.

Touch atau sentuhan meningkatkan aktifitas *neurotransmitter serotonin* sehingga *glucocorticoi receptor binding capacity* meningkat, akibatnya terjadi penurunan kadar hormon *glucocorticoid* (adrenalin dan hormon stress lain) dan dapat meningkatkan daya tahan tubuh. *Touch* dapat meningkatkan aktivitas vagal, sehingga menyebabkan pelepasan hormon gastrin, insulin, *cholecystokinin* sehingga meningkatkan penyerapan saluran pencernaan pada saat bayi dipijat.

Pijat diare adalah terapi sentuh yang digunakan untuk mengatasi masalah diare dan menurunkan frekuensi buang air besar, karena pijat bayi dapat memperbaiki saraf nervus dan dapat memperbaiki proses absorpsi makanan. Teknik pijatan berlangsung selama lima belas menit dan dilakukan dua kali sehari selama tiga hari: pagi, sore, dan malam.

Teori Kesehatan Cina membuat teknik pemijatan bayi untuk mengatasi diare dengan cara berikut: Letakkan tangan di atas perut, putar berlawanan arah jarum jam, antara dua jari di bawah lutut, tekan melingkar tapi jangan terlalu kuat. Balikkan badan bayi, putar di belakang punggung, putar di area tulang

ekor bayi. Gerakan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari. Lakukan Gerakan jari telunjuk menjauhi ibu jari, penekanan pada tulang ekor dengan jari berjalan di atas punggung (Setiawandri, 2019).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Anak pada Pasien Gastroenteritis

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan menjadi dasar utama dalam proses keperawatan yang nantinya akan membantu untuk penentuan masalah keperawatan dan kebutuhan pada pasien. Menurut Ida Mardalena (2018), ada beberapa data yang harus dikaji pada anak gastroenteritis dengan dehidrasi, yaitu:

- a. Identitas pasien
- b. Riwayat keperawatan yang terdiri dari:
 1. Awal serangan: anak cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, anoreksia, diare.
 2. Keluhan utama: feses cair, muntah, bila kehilangan banyak air dan elektrolit terjadi gejala dehidrasi, berat badan menurun dan pada bayi biasa muncul tanda ubun-ubun tampak cekung, tonus dan turgor kulit berkurang, selaput lendir mulut dan bibir kering, frekuensi BAB lebih dari 4 kali dengan konsistensi encer.
- c. Riwayat kesehatan masa lalu, berupa penyakit yang pernah diderita oleh pasien dan riwayat imunisasi yang telah diberikan.

- d. Riwayat psikososial keluarga
- e. Kebutuhan dasar
 - 1. Pola eliminasi: akan mengalami perubahan, yaitu BAB >4 kali sehari dengan konsistensi encer dan BAK sedikit atau jarang.
 - 2. Pola nutrisi: diawali dengan mual, muntah, anoreksia, sehingga terjadi penurunan BB.
 - 3. Pola tidur dan istirahat akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.
 - 4. Pola hygiene: kebiasaan mandi setiap harinya.
 - 5. Aktivitas: akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen.
- f. Keadaan umum: tampak lemah, kesadaran compos mentis sampai koma, suhu tubuh tinggi, nadi cepat dan lemah, pernapasan agak cepat.
- g. Pemeriksaan sistematis, terdiri dari:
 - 1. Inspeksi: mata cekung, ubun-ubun besar atau cekung, selaput lendir, mulut dan bibir akan kering, BB menurun, anus kemerahan
 - 2. Perkusi: distensi abdomen
 - 3. Palpasi: turgor kulit kurang elastis
 - 4. Auskultasi: terdengarnya bising usus

- h. Pemeriksaan tingkat tumbuh kembang, dilakukan karena pada anak dengan dehidrasi akan mengalami penurunan BB secara signifikan
- i. Pemeriksaan penunjang seperti pada tinja, darah lengkap dan *duodenum intubation* yang berguna untuk mengetahui penyebab secara kuantitatif dan kualitatif.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua pada proses dokumentasi keperawatan adalah diagnosa yang merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas kepada masalah kesehatan, risiko masalah kesehatan atau proses kehidupan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada anak dengan gastroenteritis Muttaqin (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) menyatakan diagnosa yang sering muncul, yaitu:

- a. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- c. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076)
- d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
- e. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)

- g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)
- h. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi (D.0111)
- i. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan kukurangan/kelebihan volume cairan (D.0129)

2.3.3 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dari diagnosa yang sudah ditegakkan, maka akan terbentuk intervensi yang akan dilakukan, beberapa intervensi yang dapat dilakukan pada anak dengan gastroenteritis, yaitu:

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)	Eliminasi Fekal Membaik (L.04033)	Manajemen Diare (I.03101)	Manajemen Diare (I.03101)
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. waspada, menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur 	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka eliminasi fekal membaik, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat 2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3) Mengejan saat defekasi menurun 4) Konsistensi feses membaik 5) Frekuensi BAB membaik 6) Peristaltik usus membaik 	1) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu) - Identifikasi Riwayat pemberian makanan - Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, kepucatan pada bayi) - Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses - Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun) - Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal - Monitor jumlah dan pengeluaran diare - Monitor keamanan penyiapan makanan 2) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, <i>Pedialyte</i>, 	1) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengidentifikasi penyebab diare - Untuk mengidentifikasi pola makanan pasien - Untuk mengidentifikasi gejala invaginasi - Membantu membedakan penyakit individu dan mengkaji berat nya defekasi - Untuk memonitoring tanda dan gejala hypovolemia untuk dilakukan antisipasi - Untuk memonitoring iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal - Untuk memonitoring jumlah dan pengeluaran diare - Untuk memonitoring keamanan penyiapan makanan 2) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui kadar asupan cairan yang dibutuhkan - Sebagai akses untuk pemberian kebutuhan cairan - Untuk memberikan cairan yang hilang melalui intravena - Mengetahui adanya gangguan pada

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
		<i>renalyte</i>) - Pasang jalur intravena - Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu - Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit - Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu 3) Edukasi - Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap - Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa - Anjurkan melanjutkan pemberian ASI 4) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat) - Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine) - Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: atapugit, smektit, kaolin-pektin)	jumlah kadar elektrolit dalam tubuh - Untuk mengetahui adanya alergi atau peradangan di saluran cerna, adanya infeksi, gangguan pencernaan dan perdarahan pada saluran cerna. 3) Edukasi - Untuk mensabikan sistem metabolisme tubuh - Mencegah terjadinya iritasi pada saluran cerna - Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi 4) Kolaborasi - Untuk membantu menghambat pergerakan usus, sehingga usus dilumpuhkan dan frekuensi diare berkurang - Untuk membantu mengeraskan feses - Untuk mengurangi frekuensi BAB

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisiologis (D.0077) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. waspada, protektif posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur Gejala dan Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Tekanan darah meningkat - pola napas berubah - nafsu makan berubah proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis	Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) Setelah dilakukan keperawatan : selama 2x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (L.08238) 1) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik 2) Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu	Manajemen Nyeri (L.08238) 1) Observasi - Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Untuk mengetahui tingkatan rasa nyeri yang diidderita klien - Untuk mengetahui respon nyeri klien - Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan meringankan nyeri - Untuk mengetahui pemahaman klien tentang nyeri - Agar mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri klien - Agar mengetahui pengaruh nyeri pada kuliatis hidup klien - Untuk memonitor tingkat keberhasilan terapi yang diberikan - Untuk mengetahui efek samping dari penggunaan analgetik 2) Terapeutik - Dengan terapi nonfarmakologis mengurangi nyeri yang diderita klien - Dengan mengontrol lingkungan dapat mengurangi nyeri yang

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
		ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 3) Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri 4) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	diderita klien - Untuk mendistraksi rasa nyeri - Untuk mempertimbangkan strategi yang tepat untuk meredakan nyeri 3) Edukasi - Agar klien mengetahui penyebab, periode dan pemicu terjadinya nyeri - Agar klien mengetahui cara meredakan nyeri - Agar klien mengetahui tingkatan nyeri secara mandiri - Agar klien mengetahui penggunaan analgesik dengan tepat - Agar klien mengetahui cara mengurangi nyeri dengan teknik farmakologis 4) Kolaborasi - Memberikan penanganan dengan analgetik bila diperlukan
Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076)	Tingkat Nausea Menurun (L.08065)	Manajemen Mual (I.03117)	Manajemen Mual (I.03117)
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif - Mengeluh mual - Merasa ingin muntah - Tidak berminat makan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka tingkat nausea menurun, dengan kriteria hasil:	1) Observasi - Identifikasi pengalaman mual - Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)	1) Observasi - Untuk mengetahui pengalaman mual - Untuk mengetahui isyarat nonverbal ketidaknyamanan yang di derita klien saat ini

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
Objektif (tidak tersedia) Gejala dan Tanda Minor Subjektif <ul style="list-style-type: none"> - Merasa asam di mulut - Sensasi panas/dingin - Sering menelan Objektif - Saliva meningkat - Pucat - Diaforesis - Takikardia Pupil dilatasi	1. Perasaan ingin muntah menurun	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) - Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) - Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) - Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 2) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) - Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) - Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik - Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu 3) Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup - Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual - Anjurkan makanan tinggi 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar mengetahui dampak mual terhadap kualitas hidup klien - Untuk mengetahui faktor penyebab mual - Agar mengetahui antiemetik untuk mencegah mual - Untuk mengetahui mual yang dialami pasien secara berkelanjutan 2) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengurangi faktor penyebab mual - Meminimalkan mual - Memenuhi kebutuhan nutrisi - Memenuhi kebutuhan nutrisi dan mencegah mual 3) Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Untuk meminimalkan mual - Untuk menghindari efek mual - Untuk menghindari efek mual - Untuk membantu mengurangi efek mual dan mencegah nya. 4) Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi mual dengan aksi sentralnya

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
		karbohidrat, dan rendah lemak - Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) 4) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu	
Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif(D.0023) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Frekuensi nadi meningkat - Nadi teraba lemah - Tekanan darah menurun - Tekanan Nadi menyempit - Turgor kulit menyempit - Membran mukosa kering - Voluem urin menurun - Hemtokrit meningkat Gejala dan Tanda Minor Subjektif - Merasa lemah - Mengeluh haus Objektif - Pengisian vena menurun - Status mental berubah	Status Cairan Membaik (L.03028) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Output urin meningkat 2. Membrane darah membaik 3. Frekuensi nadi membaik 4. Kekuatan nadi membaik mukosa lembab meningkat 5. Tekanan darah membaik 6. Frekuensi nadi membaik 7. Kekuatan nadi membaik	Manajemen Hipovolemia (I.03116) 1) Observasi - Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) - Monitor intake dan output cairan 2) Terapeutik - Hitung kebutuhan cairan - Berikan posisi modified Trendelenburg - Berikan asupan cairan oral 3) Edukasi - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Anjurkan menghindari perubahan	Manajemen Hipovolemia (I.03116) 1) Observasi - Untuk memenuhi cairan yang dibutuhkan pasien - Untuk membantu mempercepat pemenuhan kebutuhan cairan pasien

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
<ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh meningkat - Konsentrasi urin meningkat - Berat badan turun tiba-tiba 		posisi mendadak 4) Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) 	
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh diatas nilai normal Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif <ul style="list-style-type: none"> - Kulit merah - Kejang - Takikardi - Takipnea - Kulit terasa hangat 	Termoregulasi membaik (L.14134) Setelah dilakukan keperawatan selama 2x 24 jam, maka termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Suhu tubuh membaik	Manajemen Hipertermia (L.15506) 1) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) - Monitor suhu tubuh - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluaran urin - Monitor komplikasi akibat hipertermia 2) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Basahi dan kipasi permukaan tubuh - Berikan cairan oral - Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) - Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) - Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 	Manajemen Hipertermia (L.15506) 1) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipotermia - Untuk mengetahui kenaikan ataupun penurunan suhu tubuh - Untuk mengetahui kadar elektrolit - Untuk mengetahui volume urin yang keluar - Untuk mengetahui adanya komplikasi akibat hipertermia 2) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien hipertermia - Untuk membantu proses penurunan suhu tubuh - Untuk menurunkan suhu tubuh - Agar kebutuhan cairan pasien terjaga - Untuk menurunkan kehilangan panas melalui evaporasi - Agar suhu permukaan tubuh

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
		<ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - tetap hangat maupun dingin
		3) Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk menghindari terjadinya komplikasi - Untuk memenuhi kebutuhan oksigen
		4) Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu 	3) Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Untuk menghindari komplikasi seperti pendarahan atau perforasi
			4) Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Untuk menghindari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)	Status Nutrisi Membaik (L.03030)	Manajemen Nutrisi (L.03119)	Manajemen Nutrisi (L.03119)
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal. 	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 	1) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 	1) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui kebutuhan nutrisi yang diperlukan sehingga dapat menentukan perencanaan yang akan diberikan - Agar dapat melakukan perencanaan dalam pemberian makanan atau obat-obatan pada pasien - Agar mempermudah dalam pemenuhan nutrisi - Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi pasien - Untuk mengetahui perlunya penggunaan selang nasogastric
Gejala dan Tanda Minor Subjektif <ul style="list-style-type: none"> - Cepat kenyang setelah makan - Kram/nyeri abdomen 		2) Terapeutik	

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
<ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan menurun <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus hiperaktif - Otot pengunyah lemah - Otot menelan lemah - Membran mukosa pucat - Sariawan - Serum albumin turun - Rambut rontok berlebihan - Diare 		<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan, jika perlu - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>3) Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan <p>4) Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui asupan makanan pasien - Membantu mengidentifikasi defisit nutrisi dan kebutuhan diet - Mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium untuk melakukan perencanaan keperawatan pada pasien <p>2) Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjaga kebersihan mulut pasien - Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya - Meningkatkan ketertarikan pasien - Untuk mencegah konstipasi - Untuk memenuhi kalori dan protein pasien - Membantu proses pemenuhan/pemulihan nutrisi - Menghentikan pemberian makan melalui selang NGT <p>3) Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar memudahkan dalam pemberian makan dan proses mencerna makanan - Agar pasien dapat menerapkan diet yang telah diajarkan dalam kehidupan sehari-hari sehingga mempercepat pemulihan asupan

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
			nutrisi
			4) Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Menghilangkan mual yang mengganggu proses pemenuhan nutrisi - Untuk menentukan jumlah dan jenis kalori yang dibutuhkan
Anxietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)	Tingkat Anxietas Menurun (L.09093)	Reduksi Anxietas (L.09314)	Reduksi Anxietas (L.09314)
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif. <ul style="list-style-type: none"> - Merasa bingung. - Merasa khawatir dengan akibat. - Sulit berkonsentrasi. Objektif. <ul style="list-style-type: none"> - Tampak gelisah. - Tampak tegang. - Sulit tidur 	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka tingkat anxietas menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Perilaku gelisah menurun Perilaku tegang Konsentrasi membaik	1) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat anxietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda anxietas (verbal dan nonverbal) 2) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat anxietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situasi 	1) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui perubahan pada tingkat anxietas pasien - Untuk mengetahui kemampuan pengambilan keputusan - Untuk mengetahui tanda-tanda anxietas 2) Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Untuk menumbuhkan kepercayaan pasien - Membantu merelaksasikan perasaan pasien - Agar mengetahui situasi yang menyebabkan anxietas - Untuk mengetahui keluhan dari pasien - Untuk memberikan kepercayaan kepada pasien - Memberikan rasa nyaman kepada pasien - Agar mengetahui situasi apa
Gejala dan Tanda Minor Subjektif. <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh pusing. - Anoreksia. - Palpitasi. - Merasa tidak berdaya. Objektif <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi napas meningkat. 			

Diagnosa Keperawatan		Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi meningkat. - Tekanan darah meningkat. - Diaforesis. - Tremors. - Muka tampak pucat. - Suara bergetar. - Kontak mata buruk. - Sering berkemih. - Berorientasi pada masa lalu. 			<ul style="list-style-type: none"> - yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>3) Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih teknik relaksasi <p>4) Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu 	<p>saja yang menyebabkan pemicu ansietas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar memiliki perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>3) Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien mengetahui tujuan prosedur yang diberikan - Agar pasien mengetahui mengenai diagnosis pengobatannya - Agar klien merasa nyaman - Agar dapat melakukan kegiatan yang tidak kompetitif sesuai dengan kebutuhan pasien - Agar perawat mengetahui perasaan yang dialami pasien - Meminimalisir ketegangan - Agar meningkatkan coping yang sesuai dengan pasien - Meningkatkan rasa nyaman pasien <p>4) Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar memperingankan gejala yang diderita pasien
Defisit berhubungan ketidaktahuan sumber informasi (D.0111)	Pengetahuan dengan menemukan	Tingkat Meningkat (L.12111)	Pengetahuan dilakukan keperawatan	Edukasi Kesehatan (I.12383)
		Setelah intervensi	dilakukan keperawatan	1) Observasi
				<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
				Edukasi Kesehatan (I.12383)
				1) Observasi
				<ul style="list-style-type: none"> - Untuk menentukan teknik penyampaian perilaku hidup

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	selama 2 x 24 jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	- Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat 2) Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya 3) Edukasi - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	bersih dan sehat - Untuk meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat 2) Terapeutik - Agar dapat memperjelas penyampaian pendidikan kesehatan - Dengan adanya kesepakatan waktu pendidikan kesehatan pasien lebih siap dan tidak mengganggu waktu pasien - Agar meningkatkan pemahaman pasien tentang materi pendidikan kesehatan 3) Edukasi - Untuk mengetahui faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan dan meningkatkan pengenalan masalah kesehatan - Agar dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat juga meningkatkan kualitas hidup - Untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat agar dapat menambah minat/motivasi dalam keluarga
Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan Kelembaban ditandai	Integritas Kulit Meningkat (L.14125)	Perawatan Integritas Kulit (L.11353) 1) Observasi	Perawatan Integritas Kulit (L.11353) 1) Observasi

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
<p>dengan Kerusakan Lapisan Kulit (D.0129)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit. <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri - Perdarahan - Kemerahan - Hermatoma 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan lapisan kulit menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) <p>2) Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu - Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>3) Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendeteksi penyebab tindakan yang diberikan dalam perawatan luka <p>2) Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencegah tekanan pada kulit - Memperlancar aliran darah - Menjaga kelembaban kulit - Mengoptimalkan perlindungan dan kelembaban kulit agar tidak kering - Untuk menjaga kesehatan kulit dan mencegah terjadinya alergi - Mencegah kekeringan pada kulit <p>3) Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjaga kelembaban kulit - Membantu menjaga kesehatan kulit - Untuk memberi energi bagi aktivitas tubuh - Meningkatkan metabolisme dan kesehatan kulit - Mengurangi iritasi pada kulit - Melindungi kulit dari kerusakan akibat paparan sinar UVA atau UVB. - Menjaga kelembaban kulit

Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Rasional
		<ul style="list-style-type: none">- Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim- Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah- Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	

2.3.4 Implementasi

Pangkey (2021) menuturkan tahap yang keempat pada proses dokumentasi keperawatan adalah implementasi yaitu pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dalam fase perencanaan. Hal ini terdiri dari aktivitas perawat dalam membantu pasien mengatasi masalah kesehatan dan juga untuk mencapai hasil yang diharapkan dari pasien. Perawat juga mendelegasikan beberapa intervensi keperawatan kepada pasien. Implementasi keperawatan harus focus kepada kebutuhan pasien, komunikasi terapeutik, faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan perawatan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana pada dokumentasi ini akan membandingkan secara sistematis dan tidak terencana tentang kesehatan pada pasien dengan tujuan yang telah diformulasikan dengan kenyataan yang dialami oleh pasien dan melibatkan tenaga kesehatan lainnya. Diagnose keperawatan, masalah kolaborasi, prioritas, intervensi keperawatan dan kriteria hasil merupakan pedoman khusus yang menentukan fokus pada evaluasi (Pangkey, 2021).

2.4 Konsep Anak

2.4.1 Definisi

World Health Organisation (2020) mendefinisikan anak sebagai usia individu mulai dari lahir sampai berusia 19 tahun. Sedangkan dalam bab perlindungan anak menurut Undang Undang Republik Indonesia nomor 23 tahun 2002 dalam pasal 1 ayat 1, definisi anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas tahun), termasuk anak yang masih dalam kandungan. Definisi ini dijadikan rujukan dalam penerapan hukum di Indonesia. Sebagai pembandingan dalam kompilasi hukum Islam pasal 98 ayat 1 dan 2, disebutkan bahwa batas usia anak yang dianggap mampu dewasa atau berdiri sendiri adalah 21 tahun, selama anak tidak dalam kondisi cacat fisik maupun mental dan belum pernah melakukan perkawinan.

2.4.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Konvensi Hak-hak anak yang disetujui oleh majelis umum perserikatan bangsa-bangsa pada tanggal 20 november 1989 dan telah diratifikasi Indonesia pada tahun 1990, anak mempunyai hak dengan 4 prinsip dasar, yaitu kepentingan yang terbaik bagi anak, hak untuk hidup, kelangsungan hidup dan perkembangan. Menurut prinsip dasar hak anak yang ke-3, anak mempunyai hak untuk tumbuh dan berkembang. Bertumbuh berarti bertambahnya ukuran tubuh dan jumlah sel serta jaringan di antara sel-sel dengan indikator adanya penambahan tinggi badan, berat badan dan lingkar kepala.

Berkembang adalah bertambahnya struktur, fungsi dan kemampuan anak yang lebih kompleks, meliputi kemampuan sensorik, motorik, berkomunikasi, kognitif, bersosialisasi, kreativitas, moral dan spiritual. pada proses pertumbuhan dan perkembangan ini terjadi secara bersamaan. Tumbuh kembang anak dapat berlangsung secara optimal, dengan memenuhi kebutuhan dasarnya, yaitu:

- a. Kebutuhan Fisik – Biologis (ASUH), meliputi kebutuhan sandang, pangan dan papan.
- b. Kebutuhan Kasih Sayang dan Emosi (ASIH), untuk menjamin anak tumbuh kembang fisik-mental agar serasi dan selaras dengan ibunya.
- c. Kebutuhan Stimulasi (ASAH), yang bertujuan untuk mengembangkan sedini mungkin kemampuan sensorik, emosi-sosial, motorik, bicara, kognitif, kemandirian, kreativitas, kepemimpinan, moral dan spiritual anak (Kemenkes RI, 2011).

2.4.3 Hospitalisasi

Keperawatan et al. (2023) menjelaskan bahwa hospitalisasi adalah stress yang ditimbulkan anak selama rawat inap. Anak-anak mengalami berbagai macam reaksi saat berada di lingkungan asing, kegelapan dikelilingi orang asing, peralatan asing dan juga tindakan yang menyakitkan, sehingga hal tersebut dapat menimbulkan kecemasan. Stressor utama dari hospitalisasi biasanya seperti cemas

karena perpisahan, ketakutan, kehilangan kendali, perasaan marah, rasa nyeri pada tubuh.

Anak-anak dapat bereaksi terhadap stress hospitalisasi sebelum mereka masuk, hal tersebut merupakan dampak dari pemahaman yang terbatas dan mekanisme koping anak dalam mengatasi stress selama anak dirawat. Kecemasan pada anak akan perpisahan membuat anak merasa gelisah dan akan berdampak buruk saat anak merasa lapar, perilaku anak semakin keras, menangis sulit dihentikan, lelah serta tidak enak badan. Anak memiliki respon dirinya sendiri saat dilakukan rawat inap, menurut (Keperawatan et al., 2023) respon dapat dilihat dari usia anak, yaitu:

- a. Masa bayi (0-1 tahun), dengan masalah utama dampak dari perpisahan dengan orang tua, menimbulkan gangguan pembentukan rasa percaya dan kasih sayang. Reaksi yang sering muncul ialah menangis, marah dan banyak melakukan gerakan serta ekspresi wajah yang tidak menyenangkan.
- b. Masa toddler (2-3 tahun), memiliki respon perilaku dengan 3 tahap seperti protes dengan menangis kuat, putus asa yang ditunjukkan dengan menangis yang berkurang, serta denial dengan mulai menerima perpisahan dan membina hubungan secara dangkal.

- c. Masa prasekolah (3-6 tahun), merupakan masa dengan reaksi perpisahan berupa menolak makan, menangis, sering bertanya dan tidak kooperatif.
- d. Usia sekolah (6-12 tahun), biasa mengalami kecemasan karena perpisahan terhadap kelompok sosial dan reaksi yang ditunjukkan berupa reaksi terhadap nyeri yang mereka alami.
- e. Usia remaja (12-18 tahun), memiliki kecemasan karena perpisahan dengan teman sebaya serta kehilangan kontrol karena pembatasan fisik, tidak kooperatif dan menarik diri.

2.5 Konsep Diare pada Pasien Anak dengan Gastreoneteritis Akut

2.5.1 Definisi Diare

Ida Mardalena (2018) Diare didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana terjadi peningkatan jumlah buang air besar yang terjadi akibat adanya suatu infeksi. Seorang anak bisa dikatakan telah mengalami diare apabila volume buang air besarnya terukur lebih besar dari 10 ml / kg per hari. Konsistensi tinja yang encer, banyak mengandung cairan (cair) dan sering (pada umumnya buang air besar lebih dari 3 kali dalam 24 jam).

2.5.2 Penatalaksanaan Diare pada Pasien Anak Gastreconteritis Akut

- a. Bila dehidrasi masih ringan Berikan minum sebanyak-banyaknya, 1 gelas setiap kali setelah pasien defekasi. Cairan mengandung elektrolit, seperti oralit. Bila tidak ada oralit dapat diberikan larutan garam dan 1 gelas air matang yang agak dingin

dilarutkan dalam satu sendok teh gula pasir dan 1 jumput garam dapur.

Jika anak terus muntah tidak mau minum sama sekali perlu diberikan melalui sonde. Bila cairan per oral tidak dapat dilakukan, dipasang infuse dengan cairan Ringer Laktat (RL) atau cairan lain (atas persetujuan dokter).

Yang penting diperhatikan adalah apakah tetesan berjalan lancar terutama pada jam-jam pertama karena diperlukan untuk mengatasi dehidrasi (Keperawatan et al., 2023)

b. Pada dehidrasi berat Selama 4 jam pertama tetesan lebih cepat. untuk mengetahui kebutuhan sesuai dengan yang diperhitungkan, jumlah cairan yang masuk tubuh dapat dihitung dengan cara:

1. Jumlah tetesan per menit dikali 60, dibagi 15/20 (sesuai set infuse yang dipakai). Berikan tanda batas cairan pada botol infuse waktu memantaunya.
2. Perhatikan tanda vital : denyut nadi, pernapasan, suhu.
3. Perhatikan frekuensi buang air besar anak apakah masih sering, encer atau sudah berubah konsistensinya.
4. Berikan minum teh atau oralit 1-2 sendok jam untuk mencegah bibir dan selaput lendir mulut kering.

5. Jika dehidrasi telah terjadi, infus dihentikan, pasien diberikan makan lunak atau secara realimentasi.
(Keperawatan et al., 2023)

Penanganan diare lainnya, yaitu dengan terapi pijat diare:

1. Pijat Diare Pijat diare adalah terapi sentuh yang digunakan untuk mengatasi masalah diare dan menurunkan frekuensi buang air besar, karena pijat bayi dapat memperbaiki saraf nervus dan dapat memperbaiki proses absorpsi makanan.
2. Hasil Penelitian Jurnal Terkait

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Berliana Irianti, Nurisyarati, 2017) yang berjudul Efektifitas Pijat Bayi Terhadap Frekuensi Buang Air Besar (BAB) Pada Anak Usia 6-24 Bulan Dengan Diare di Smc RS Telogorej, dan penelitian penelitian oleh (Een Husanah, Salnis Midian Haria, 2020) yang berjudul Pelaksanaan Pijat Diare Pada Bayi Diare di Pmb Murtinawita Pekanbaru Tahun 2020. Dari kesimpulan ke 2 jurnal tersebut pijat diare efektif untuk menurunkan frekuensi buang air besar. Memberikan kesimpulan bahwa ada pengaruh pijat diare pada pasien anak dengan diare:

a) Kesimpulan jurnal Ke-1

Ada perubahan yang semakin membaik pada bayi, dimana frekuensi BAB bayi sudah kembali normal

dan konsistensi menjadi lembek, bayi juga sudah mau makan dan aktif bermain Kembali, suhu tubuh bayi 36,7°C, frekuensi BAB sudah 1x sehari.

b) Kesimpulan Jurnal Ke-2

Pijat diare dapat mengatasi masalah diare pada bayi dan memberikan manfaat bagi ibu dan bayi. Bayi dapat menjadi lebih rileks dan tenang serta dapat menjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan anak.

2.5.3 Edukasi Diare pada Pasien Gastroenteritis

(Rospita, 2017) Pencegahan diare bertujuan untuk tercapainya angka kesakitan. Upaya kegiatan pencegahan diare, yaitu:

a. Pemberian air susu ibu

Air susu ibu mempunyai khasiat preventif secara imunologik dengan adanya antibodi dan zat-zat lain yang dikandungnya. ASI turut memberikan perlindungan terhadap diare.

b. Makanan Pendamping ASI

Pemberian makanan pendamping ASI adalah saat bayi secara bertahap mulai dibiasakan dengan makanan orang dewasa. Pada masa tersebut merupakan masa yang berbahaya bagi bayi sebab perilaku pemberian makanan pendamping ASI

dapat menyebabkan meningkatnya resiko terjadinya diare ataupun penyakit lain yang menyebabkan kematian.

c. Menggunakan air bersih yang cukup

Sebagian besar kuman infeksius penyebab diare ditularkan melalui jalur fekal oral. Mereka dapat ditularkan dengan memasukkan kedalam mulut, cairan atau benda yang tercemar dengan tinja, misalnya air minum, jari-jari tangan, makanan yang disiapkan dalam panci yang dicuci dengan air yang tercemar.

d. Mencuci tangan

Mencuci tangan dengan sabun, terutama sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi makan anak dan sebelum makan, mempunyai dampak dalam kejadian diare.

e. Menggunakan jamban

Pengalaman di beberapa negara membuktikan bahwa upaya penggunaan jamban mempunyai dampak besar dalam penurunan resiko terhadap penyakit diare.

f. Membuang tinja bayi yang benar

Banyak orang beranggapan bahwa tinja bayi itu tidak berbahaya. Hal ini tidak benar karena tinja bayi dapat pula menularkan penyakit pada anak-anak dan orang tuanya. Tinja bayi harus dibuang secara bersih dan benar.

g. Cakupan Pemberian Imunisasi

Campak Diare sering timbul menyertai campak, sehingga pemberian imunisasi campak juga dapat mencegah diare. Oleh karena itu beri anak imunisasi campak segera setelah berumur 9 bulan.