

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit: Gastroenteritis Akut (GEA)

2.1.1. Pengertian

Gastroenteritis Akut adalah peradangan akut pada saluran cerna, terutama lambung dan usus halus. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh infeksi virus, bakteri, atau parasit (WHO, 2024). Gastroenteritis Akut merupakan inflamasi pada lambung dan usus yang disebabkan oleh berbagai bakteri patogen, virus dan parasit, yang biasanya menimbulkan gejala diare, kadang disertai mual dan muntah. (Doris, 2021).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Gastroenteritis Akut merupakan peradangan pada lambung, usus halus, atau usus besar yang disebabkan oleh berbagai macam infeksi, virus, atau makanan yang terkontaminasi dapat menimbulkan masalah keperawatan diare, diare merupakan keadaan ketika buang air besar encer atau berair yang terjadi lebih dari 3 kali dalam sehari, diare umumnya akan berlangsung kurang dari 14 hari.

2.1.2. Etiologi

Etiologi menurut Arda, dkk (2020) menyatakan bahwa ada sejumlah faktor penyebab terjadinya Gastroenteritis Akut, antara lain:

a. Faktor Infeksi

Faktor infeksi menjadi penyebab utama terjadinya Gastroenteritis Akut, terutama pada anak-anak, infeksi pada saluran pencernaan ini dapat disebabkan oleh berbagai hal, diantaranya:

1. Infeksi bakteri seperti *Vibrio*, *E. coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*, dan lainnya.
2. Infeksi virus seperti Enterovirus (termasuk virus ECHO, Coxsacki, dan Poliomyelitis), Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus, dan berbagai virus lainnya.
3. Infeksi parasit seperti cacing (*Ascaris*, *Trichuris*, *Oxycaris*, *Strongyloides*), protozoa (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas hominis*), dan jamur (*Candida albicans*).

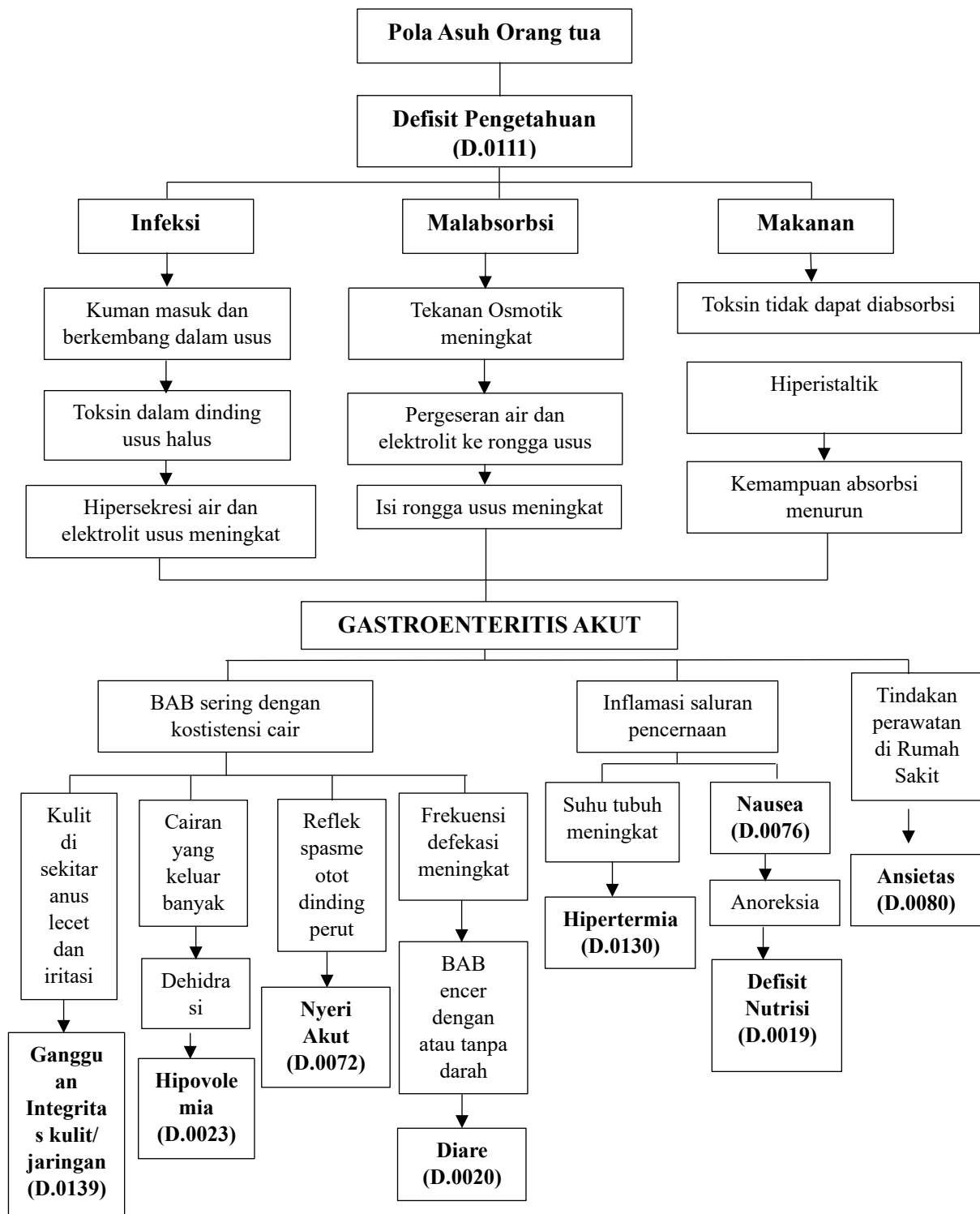
- b. Faktor malabsorpsi makanan seperti mencakup malabsorpsi karbohidrat, lemak, dan protein.
- c. Faktor keracunan makanan, meliputi makanan yang beracun, makanan yang telah basi, serta makanan yang dapat memicu reaksi alergi.
- d. Faktor lain yang turut berpengaruh dapat berasal dari penggunaan obat-obatan, seperti antibiotik dan antacid yang mengandung magnesium, serta faktor psikologis, penggunaan laksatif, atau adanya kelainan anatomi.

2.1.3. Patofisiologi

Menurut Mujassaroh (2019) yang dikutip oleh Aulia (2022) didapatkan bahwa penyebab terjadinya gastroenteritis akut disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu:

- a. Faktor infeksi, baik itu virus atau bakteri, berperan penting dalam perkembangan gastroenteritis. Proses ini dimulai ketika mikroorganisme masuk ke saluran pencernaan, lalu berkembang biak di dalam usus dan merusak sel-sel mukosa usus, yang akhirnya dapat merusak luas permukaan usus tersebut. Akibatnya, terjadi perubahan kapasitas yang mengganggu fungsi usus dalam menyerap cairan dan elektrolit. Hal ini menyebabkan iritasi pada sel mukosa usus, yang kemudian meningkatkan sekresi cairan dan elektrolit.
- b. Faktor malabsorpsi. Ketidakmampuan untuk melakukan proses penyerapan, menyebabkan kenaikan tekanan osmotik, yang membuat air dan elektrolit berpindah ke dalam rongga usus. Hal ini dapat menambah volume isi rongga usus yang pada akhirnya menyebabkan gastroenteritis.
- c. Faktor makanan. Hal ini terjadi ketika racun tidak dapat atau tidak mampu diserap dengan baik sehingga mengakibatkan peningkatan gerak peristaltik usus yang mengakibatkan berkurangnya kesempatan menyerap makanan yang kemudian menyebabkan gastroenteritis.

Pathway Gastroenteritis Akut



Bagan 2. 1 Pathway Gastroenteritis Akut

Sumber: Muttaqin 2011, TIM POKJA DPP SDKI PPNI 2017

2.1.4. Tanda dan Gejala

Menurut (Apriani, Putri, & Widiyari, 2022), klien yang mengalami Gastroenteritis Akut dengan Diare akan mengalami gejala seperti:

- a. BAB dengan sering dan konsistensi feses yang cair atau bahkan encer
- b. Demam
- c. Muntah
- d. Membran mukosa kering, turgor kulit menurun
- e. Tidak napsu makan
- f. Kelemahan, pucat
- g. Adanya perubahan tanda-tanda vital, seperti peningkatan denyut nadi dan pernapasan yang cepat.

2.1.5. Komplikasi

Masalah yang sering timbul akibat diare adalah sebagai berikut:

- a. Dehidrasi

Berdasarkan penelitian oleh Wibowo dkk, (2019). Balita yang sedang mengalami Gastroenteritis Akut dengan masalah diare yang berkepanjangan akan menyebabkan dehidrasi.

Tabel 2. 1 Klasifikasi dehidrasi menurut MTBS

Sumber (Kemenkes, 2019)

Tanda dan Gejala	Tingkat Dehidrasi
Letargis / tidak sadar	Dehidrasi Berat
Mata cekung	
Tidak mau minum atau malas minum	
Cubitan kulit perut kembali sangat lambat	

Gelisah, rewel / mudah marah	Dehidrasi Ringan / Sedang
Mata cekung	
Haus, minum dengan lahap	
Turgor kulit kembali lambat	
Tidak ada tanda dan gejala	Tidak ada Dehidrasi

b. Kejang Demam

Masalah pada keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga berpotensi menyebabkan ketidakseimbangan yang dapat mengakibatkan kejang dan akan menyebabkan gangguan termoregulasi pada hipotalamus sehingga menimbulkan demam. (Ami, 2022).

c. Syok Hipovolemik

Menurut (Andriati & Trisutrisno, 2021). Syok hipovolemik merupakan keadaan medis atau bedah yang ditandai oleh hilangnya cairan secara cepat yang mengakibatkan kegagalan fungsi organ secara bersamaan. Keadaan ini dapat dikelompokkan berdasarkan penyebabnya, yang terdiri dari syok hemoragic akibat pendarahan, dan syok non hemoragic yang disebabkan oleh hilangnya cairan dalam tubuh.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus gastroenteritis Akut yang disertai diare pada anak meliputi:

a. Pemeriksaan Darah Rutin

Pada pasien dengan Gastroenteritis Akut, pemeriksaan darah dapat menunjukkan adanya kelainan, seperti peningkatan hematokrit dan kadar hemoglobin, yang mengindikasikan kondisi dehidrasi. Selain itu, baik peningkatan maupun penurunan jumlah leukosit dapat memberikan petunjuk mengenai penyebab infeksi yang mungkin disebabkan oleh virus, bakteri, ataupun parasite (Annisa, 2022).

- b. Pemeriksaan Uji elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium, dan fosfat (Muttaqin & Sari, 2011)
- c. Pemeriksaan Feses (Tinja)

Pemeriksaan feses atau tinja, adalah suatu prosedur pemeriksaan laboratorium yang telah lama diterapkan untuk membantu tenaga medis dalam menetapkan diagnosis berbagai penyakit. Proses Analisa ini mencakup pemeriksaan secara makroskopis, mikroskopis, dan analisis kimia (Haikal, Soleha, dan Lisiswanti, 2020).

2.1.7. Penatalaksanaan

Indriyani dan Putra (2020), menyatakan bahwa penanganan Gastroenteritis Akut dapat dilakukan melalui lima langkah utama yang telah direkomendasikan oleh WHO yang dikenal sebagai pendekatan manajemen pada kasus Gastroenteritis Akut yang disertai diare, yaitu:

- a. Rehidrasi yang adekuat

- 1. Cairan Rehidrasi Oral (CRO)

Rehidrasi untuk pasien yang mengalami diare disertai dehidrasi ringan-sedang dapat dilakukan berdasarkan berat

badan pasien. Bagi bayi yang masih menerima Air Susu Ibu, ASI tetap dapat diberikan. (Indriyani & Putra, 2020).

2. Parenteral

Selanjutnya dalam situasi diare yang disertai dehidrasi tinggi, baik yang menunjukkan tanda-tanda syok maupun yang tidak, diperlukan penanganan reshidrasi tambahan menggunakan cairan yang diberikan melalui infus vena seperti Ringer Laktat (RL). (Indriyani & Putra, 2020).

b. Zinc

Secara ilmiah, zinc telah terbukti efektif dalam mengurangi frekuensi buang air besar (BAB) serta volume tinja dan juga dapat membantu menurunkan resiko dehidrasi. Zinc memiliki peran yang sangat penting dalam pertumbuhan sel dan system kekebalan tubuh. Zinc berfungsi untuk mencegah terjadinya diare kembali. Meskipun kondisi diare telah membaik, (Indriyani & Putra, 2020).

c. Nutrisi Adekuat

Makanan dengan gizi seimbang dan atau ASI dapat diberikan segera setelah pasien menunjukkan tanda-tanda perbaikan. Pemberian nutrisi ini dapat mencegah terjadinya gangguan gizi, merangsang perbaikan fungsi usus, dan mengurangi Tingkat keparahan penyakit (Indriyani & Putra, 2020).

d. Antibiotic Selektif

Salah satu metode yang efektif dalam menangani pasien dengan Gastroenteritis Akut yang mengalami diare adalah penggunaan antibiotik selektif. Antibiotik tidak wajib diberikan kepada anak yang mengalami diare akut, kecuali terdapat alasan khusus, seperti diare yang disertai darah atau masalah lainnya. (Indriyani & Putra, 2020).

e. Edukasi

Orangtua disarankan untuk memeriksakan anak yang mengalami diare ke pusat kesehatan terdekat atau dokter bila didapatkan gejala seperti: demam, feses dengan darah, nafsu makan dan minum yang sangat berkurang, tampak dehidrasi, serta peningkatan intensitas dan frekuensi diare. Selain itu, jika tidak ada perbaikan setelah tiga hari, sebaiknya segera larikan ke rumah sakit dan segera konsultasikan kepada dokter (Indriyani & Putra, 2020).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Gastroenteritis Akut

2.2.1 Pengkajian

Menurut Mardalena (2019), pengkajian pada anak dengan Gastroenteritis Akut (GEA) meliputi beberapa aspek penting sebagai berikut:

a. Identitas Pasien atau Biodata

Identitas atau biodata ini berisi data penting mengenai pasien. Seperti nama lengkap, Alamat, jenis kelamin, tanggal lahir, usia, identitas orang tua, serta pekerjaan orang tua.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang perlu diperhatikan adalah frekuensi buang air besar (BAB). Seorang anak dikategorikan mengalami diare jika BAB lebih dari tiga kali dalam sehari. Adapun rincian lebih lanjut adalah sebagai berikut: BAB kurang dari 4x dengan konsistensi cair menunjukkan diare tanpa dehidrasi. Jika BAB terjadi antara 4 – 10 kali dengan konsistensi cair dapat diindikasikan sebagai diare dengan dehidrasi ringan hingga sedang. Jika frekuensi BAB melebihi 10 kali, maka anak tersebut mungkin mengalami diare dengan dehidrasi berat.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

1. Bayi atau anak dapat menjadi cengeng, gelisah, serta memungkinkan terjadi peningkatan suhu tubuh, berkurangnya nafsu makan, mual, muntah dan kemungkinan munculnya diare
2. Tinja akan menjadi lebih cair, mungkin disertai dengan lendir atau bahkan darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur dengan empedu.
3. Akan timbul lecet di daerah anus dan daerah sekitarnya karena sering defeksi.
4. Gejala dehidrasi mulai terlihat ketika pasien mengalami kehilangan cairan dan elektrolit yang signifikan.
5. Diuresis: Oliguria dapat muncul ketika jumlah urin yang dihasilkan kurang dari 1 ml per kilogram berat badan per jam, yang disebabkan oleh dehidrasi. Pada individu yang tidak mengalami dehidrasi, produksi urin akan berada dalam batas normal. Sementara itu, pada pasien yang mengalami dehidrasi ringan hingga sedang, urin cenderung berwarna sedikit lebih gelap. Pada kasus dehidrasi berat, tidak akan ada produksi urin selama enam jam.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

- 1) Penting untuk memperhatikan Riwayat imunisasi, terutama bagi mereka yang belum mendapatkan imunisasi campak. Anak-anak yang terinfeksi campak, terutama dalam rentan waktu empat

minggu terakhir, cenderung lebih rentan mengalami diare akibat penurunan system kekebalan tubuh mereka.

- 2) Riwayat alergi, serta konsumsi makanan yang sudah basi juga dapat menjadi penyebab diare pada anak.
- 3) Selain itu, riwayat air minum yang tercemar, penggunaan botol susu yang kurang bersih, serta kebiasaan tidak mencuci tangan setelah buang air dapat meningkatkan resiko terjadinya diare.
- 4) Riwayat penyakit, anak-anak dibawah usia lima tahun umumnya sering terkena berbagai penyakit, seperti batuk, demam, dan mengalami kejang yang bisa terjadi sebelum, selama, atau setelah menderita diare.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Anggota keluarga yang mengalami diare sebelumnya dapat menularkan infeksi kepada anggota keluarga lainnya, terutama jika kebersihan makanan yang disajikan kepada anak tidak terjaga dengan baik.

f. Pola aktivitas sehari hari

1. Pola eliminasi: Klien biasanya mengalami peningkatan frekuensi BAB dengan konsistensi yang encer dan BAK yang sedikit bahkan jarang.
2. Pola nutrisi: pada beberapa kejadian biasanya klien mengalami mual, muntah, bahkan anoreksia yang menyebabkan turunnya nafsu makan

3. Pola tidur dan istirahat dapat terganggu akibat distensi abdomen yang menyebabkan rasa tidak nyaman.
4. Pola hygiene: menjaga kebiasaan mandi dan rutinitas kebersihan lainnya setiap hari
5. Aktivitas sehari-hari mungkin terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan rasa nyeri akibat distensi abdomen.

g. Pemeriksaan Fisik

1. Kondisi Umum: Pasien tampak lemas, dengan kesadaran yang bervariasi antara sadar penuh hingga tidak sadar. Suhu tubuhnya meningkat, denyut nadinya cepat dan lemah, serta pernapasannya sedikit lebih cepat daripada biasanya.

2. Berat badan

Anak yang menderita Gastroenteritis Akut dengan gejala diare dan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan, persentase penurunan berat badan ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 2. 2 Presentase kehilangan Berat Badan berdasarkan tingkat dehidrasi

(Nursalam, 2008)

Tingkat Dehidrasi	persentase kehilangan BB	
	Bayi	Anak
Dehidrasi ringan	5% (50 ml/kg)	3% (30 ml/kg)
Dehidrasi sedang	5 – 10% (50 – 100 ml/kg)	6% (60 ml/kg)
Dehidrasi berat	10 – 15% (100-150% ml/kg)	9% (90 ml/kg)

3. Pertumbuhan dan perkembangan

Mengkaji pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan umur anak.

4. Pemeriksaan fisik *Head to toe*

Pemeriksaan sistematis, terdiri dari:

- a) Inspeksi: mata cekung, ubun-ubun besar atau cekung, selaput lendir, mulut dan bibir akan kering, BB menurun, adanya iritasi pada anus.
- b) Perkusi: periksa adanya distensi abdomen, dan hipertimpani
- c) Palpasi: turgor kulit kurang elastis
- d) Auskultasi: terdengarnya bising usus, pada diare biasanya diatas normal
- e) Pemeriksaan tingkat tumbuh kembang dilakukan karena anak yang mengalami dehidrasi dapat mengalami penurunan berat badan yang signifikan.
- f) Pemeriksaan penunjang, seperti analisis tinja, pemeriksaan darah lengkap, dan intubasi duodenum, bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab masalah secara kuantitatif dan kualitatif.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis yang dilakukan untuk memahami respons pasien atau klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang mereka hadapi, baik yang sedang terjadi saat ini maupun yang berpotensi muncul di masa

depan. Berikut adalah beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada anak dengan diagnose Gastroenteritis Akut atau GEA menurut Muttaqin (2011) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017):

- a. Diare berhubungan dengan fisiologis (inflamasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi). (D.0020)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Tidak ada

Objektif :

- 1) Frekuensi BAB lebih dari tiga kali dalam 24 jam.
- 2) Feses yang dihasilkan bertekstur lembek bahkan cair.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

- 1) Nyeri atau kram pada perut.

Objektif:

- 1) Peningkatan frekuensi peristaltic.
- 2) Bising usus yang hiperaktif.

- b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D. 0023)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Tidak ada

Objektif :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Nadi terasa lemah

- 3) Tekanan darah meningkat
- 4) Tekanan nadi menyempit
- 5) Turgor kulit menurun
- 6) Membran mukosa yang kering.
- 7) Penurunan volume urin.
- 8) Peningkatan pada nilai hematokrit.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- 1) Merasa lemah.
- 2) Mengeluh merasa haus.

Objektif :

- 1) Perubahan pada status mental.
- 2) Peningkatan pada suhu tubuh.
- 3) Peningkatan konsentrasi urin.
- 4) Penurunan berat badan secara tiba tiba.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan. (D.0019)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Tidak ada

Objektif :

- 1) Penurunan berat badan minimal 10%, dibawah ideal.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

- 1) Merasa cepat kenyang setelah makan.
- 2) Mengalami kram atau nyeri pada perut.
- 3) Nafsu makan berkurang.

Objektif:

- 1) Bising usus yang hiperaktif.
- 2) Kekuatan otot mengunyah lemah.
- 3) Kekuatan otot menelan lemah.
- 4) Membrane mukosa kering
- 5) Muncul sariawan.
- 6) Penurunan kadar serum albumin.
- 7) Rambut yang rontok secara berlebihan.
- 8) Mengalami diare.

- d. Hipertermia berhubungan dengan Proses inflamasi (mis. Infeksi) (D.0130)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Tidak ada

Objektif:

- 1) Suhu tubuh meningkat

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Tidak ada

Objektif:

- 1) Kulit merah
- 2) Kejang

- 3) Takikardi
 - 4) Takipnea
 - 5) Kulit teraba hangat
- e. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status Kesehatan (D.0080)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- 1) Merasa bingung
- 2) Merasa khawatir mengenai kondisinya.
- 3) Kesulitan dalam berkonsentrasi

Objektif :

- 1) Tampak gelisah
- 2) Tampak tegang.
- 3) Mengalami kesulitan tidur.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

- 1) Mengeluh pusing
- 2) Tidak nafsu makan.
- 3) Mengalami palpitasi.
- 4) Merasa tidak berdaya

Objektif :

- 1) Peningkatan frekuensi napas.
- 2) Peningkatan frekuensi nadi.

- 3) Peningkatan nilai tekanan darah.
 - 4) Berkeringat berlebihan
 - 5) Tremor/getaran.
 - 6) Muka tampak pucat
 - 7) Suara bergetar
 - 8) Kontak mata yang buruk
 - 9) Sering berkemih
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. (D.0111)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif:

- 1) Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif:

- 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Tidak Tersedia

Objektif:

- 1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
 - 2) Menunjukkan perilaku berlebihan (miss apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)
- g. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh nyeri

Objektif:

- 1) Tampak meringis.
- 2) Bersikap protektif.
- 3) Gelisah.
- 4) Peningkatan frekuensi nadi.
- 5) Kesulitan tidur.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Tidak ada.

Objektif:

- 1) Peningkatan tekanan darah.
 - 2) Perubahan pola napas.
 - 3) Perubahan nafsu makan.
 - 4) Gangguan dalam proses berfikir.
 - 5) Menarik dirinya dari interaksi sosial.
 - 6) Berfokus pada diri sendiri
 - 7) Berkeringat berlebihan (diaphoresis).
- h. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif:

- 1) Mengeluh mual
- 2) Merasa ingin muntah

- 3) Tidak berminat makan

Objektif: Tidak ada.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif:

- 1) Merasa asam di mulut.
- 2) Mengalami sensasi panas atau dingin.
- 3) Sering menelan.

Objektif:

- 1) Peningkatan produksi saliva.
- 2) Tampak pucat.
- 3) Diaphoresis (berkeringat berlebihan).
- 4) Takikardia (peningkatan frekuensi jantung).
- 5) Pupil yang dilatasi.

- i. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan kukurangan/kelebihan volume cairan (D.0129).

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Tidak ada

Objektif:

- 1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Tidak ada.

Objektif:

- 1) Nyeri.

- 2) Kemerahan.
- 3) Hematoma (Kumpulan darah di jaringan).

2.2.3 Perencanaan

Intervensi keperawatan merupakan berbagai bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat, yang berlandaskan pada pengetahuan dan penilaian klinis. Tujuannya adalah untuk meningkatkan, mencegah, dan memulihkan Kesehatan individu, keluarga, serta komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dalam asuhan keperawatan anak dengan Gastroenteritis Akut, penting untuk menerapkan intervensi berbasis bukti. Salah satunya adalah pemberian cairan rehidrasi untuk mencegah dehidrasi, serta suplemen zinc yang terbukti mengurangi durasi dan keparahan diare. Selain itu, dukungan nutrisi melalui pemberian ASI atau makanan bergizi tetap dilanjutkan untuk mendukung proses penyembuhan dan mencegah malnutrisi. Berikut ini adalah perencanaan tindakan asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan pada klien Gastroenteritis Akut (GEA).

a. Diare (D.0020)

*Tabel 2. 3 Perencanaan Keperawatan Diare
(TIM POKJA DPP SLKI SIKI PPNI 2018)*

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
ELIMINASI FEKAL MEMBAIK L. 04033	MANAJEMEN DIARE I. 03101	MANAJEMEN DIARE I. 03101
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan eliminasi fekal membaik dengan :	OBSERVASI: 1. Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi,	OBSERVASI: a. untuk memilih intervensi yang tepat

KRITERIA HASIL: MEMBAIK	malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu)	dan mencegah komplikasi.
1. Peningkatan kontrol terhadap pengeluaran feses.	1. Identifikasi Riwayat Lakukan identifikasi mengenai riwayat pemberian makanan pada pasien.	b. Makanan yang dikonsumsi dapat menjadi penyebab diare, terutama jika terjadi intoleransi atau alergi makanan.
2. Keluhan mengenai waktu dan kesulitan saat defekasi berkurang	2. Kenali gejala invaginasi, seperti tangisan yang keras dan keputihan pada bayi.	c. Invaginasi dapat menyebabkan diare berdarah, nyeri hebat, dan komplikasi serius yang memerlukan intervensi segera.
3. Penurunan frekuensi mengejan saat melakukan defekasi.	3. Pantau warna, volume, frekuensi, serta konsistensi feses pasien.	d. Perubahan karakteristik feses dapat menunjukkan etiologi diare dan tingkat keparahan kondisi pasien.
4. Perbaikan dalam konsistensi feses.	4. Amati tanda-tanda dan gejala hipovolemia, yang dapat meliputi takikardia, nadi yang lemah, penurunan tekanan darah, turgor kulit yang menurun, mukosa kulit yang kering, waktu capillary refill time (CRT) yang melambat, serta penurunan berat badan.	e. Dapat berisiko menimbulkan dehidrasi berat.
5. Peningkatan frekuensi buang air besar (BAB).	5. Perhatikan adanya iritasi dan ulserasi pada kulit di area perianal.	f. dapat menyebabkan iritasi dan luka, meningkatkan risiko infeksi sekunder.
6. Perbaikan peristaltik usus.	6. Catat jumlah dan frekuensi pengeluaran diare.	g. membantu menentukan kebutuhan cairan dan elektrolit.
	7. Pastikan keamanan dalam proses penyiapan makanan.	h. Makanan yang tidak higienis dapat menjadi sumber infeksi yang memperburuk diare.
	TERAPEUTIK	
	1. Berikan cairan oral, seperti larutan garam gula, oralit, Pedialyte, atau Renalyte.	
	2. Pasang akses intravena untuk pemberian cairan.	TERAPEUTIK
	3. Jika diperlukan, berikan cairan intravena seperti Ringer asetat atau Ringer laktat.	a. Membantu menggantikan cairan dan elektrolit yang hilang akibat diare.
	4. Ambil sampel darah untuk melakukan pemeriksaan lengkap dan analisis elektrolit.	b. memudahkan pemberian cairan dan obat jika pasien mengalami dehidrasi berat
	5. Jika diperlukan, ambil sampel feses untuk kultur.	c. untuk mengatasi dehidrasi berat dan
	EDUKASI	
	1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap	

-
2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa.
 3. Sarankan untuk melanjutkan pemberian ASI.

KOLABORASI

1. Kolaborasi dalam pemberian obat antimotilitas, seperti loperamide atau difenoksilat.
 2. Bekerja sama dalam pemberian antispasmodik atau spasmolitik, seperti papaverine, ekstrak belladonna, atau mebeverine.
 3. Bekerja sama dalam pemberian obat untuk mengerasakan feses, seperti atapugit, smektit, atau kaolin-pektin.
- d. Menilai status elektrolit dan tanda infeksi yang dapat memengaruhi penatalaksanaan diare.
 - e. Membantu mengidentifikasi patogen penyebab diare, terutama pada kasus yang berlangsung lama atau disertai darah.

EDUKASI

1. Mengurangi beban kerja saluran cerna dan mencegah kekambuhan diare.
2. Makanan ini dapat memperparah iritasi saluran cerna dan memperburuk diare.
3. dapat membantu melawan infeksi dan menjaga hidrasi bayi.

KOLABORASI

1. Obat seperti loperamide dapat memperlambat peristaltik usus, mengurangi frekuensi diare.
 2. Obat seperti mebeverine dapat mengurangi kejang otot usus dan nyeri akibat diare.
 3. membantu menyerap racun dan mengurangi sekresi cairan di usus, sehingga feses lebih padat.
-

b. Hipovolemia

**Tabel 2. 4 Perencanaan Keperawatan Hipovolemia
(TIM POKJA DPP SLKI SIKI PPNI 2018)**

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
STATUS CAIRAN MEMBAIK L. 03028	MANAJEMEN HIPOVOLEMIA L. 04033	MANAJEMEN HIPOVOLEMIA L. 04033
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan status cairan membaik dengan :	OBSERVASI: 1. Periksa tanda-tanda dan gejala hipovolemia, seperti peningkatan frekuensi nadi, nadi yang lemah, penurunan tekanan darah, penyempitan tekanan nadi, penurunan turgor kulit, membran mukosa yang kering, penurunan volume urin, peningkatan hematokrit, serta gejala haus dan kelemahan.	OBSERVASI: 1. Pemantauan ini penting untuk mendeteksi tingkat keparahan dan menentukan intervensi yang tepat.
KRITERIA HASIL: MEMBAIK	2. Pantau asupan dan pengeluaran cairan.	2. Output urin yang menurun merupakan tanda dehidrasi berat yang perlu segera ditangani.
1. Kekuatan nadi meningkat.	TERAPEUTIK	TERAPEUTIK
2. Output urin meningkat,.	1. Hitung kebutuhan cairan pasien.	1. Penting untuk mencegah defisit atau kelebihan cairan.
3. Membran mukosa lembab meningkat.	2. Berikan posisi modified Trendelenburg.	2. membantu meningkatkan aliran darah ke otak dan organ vital, mengurangi risiko syok akibat hipovolemia.
4. Frekuensi nadi membaik.	3. Sediakan asupan cairan oral.	3. Dapat membantu menggantikan kehilangan cairan ringan hingga sedang.
5. Tekanan darah membaik.	EDUKASI	EDUKASI
6. Turgor kulit membaik.	1. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan oral.	1. membantu mencegah dehidrasi dan mempercepat pemulihan.
7. Hemoglobin membaik.	2. Sarankan untuk menghindari perubahan posisi secara mendadak.	2. Hipovolemia dapat menyebabkan hipotensi ortostatik, yang meningkatkan risiko pusing dan jatuh
8. Hematokrit membaik.	KOLABORASI	
	1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL)	
	2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis:	

glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)	saat perubahan posisi tiba-tiba.
3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)	KOLABORASI
4. Kolaborasi pemberian produk darah	1. membantu meningkatkan volume intravaskular secara efektif. 2. diberikan untuk menggantikan kehilangan cairan intraseluler dan menghidrasi sel yang mengalami dehidrasi. 3. mempertahankan volume intravaskular, dan mencegah edema jaringan. 4. untuk menggantikan volume darah dan meningkatkan kapasitas oksigenasi tubuh

c. Defisit Nutrisi (D.0019)

*Tabel 2. 5 Perencanaan Keperawatan Defisit Nutrisi
(TIM POKJA DPP SLKI SIKI PPNI 2018)*

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
STATUS NUTRISI MEMBAIK L. 03030	MANAJEMEN NUTRISI I. 03119	MANAJEMEN NUTRISI I. 03119
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan :	OBSERVASI :	OBSERVASI
KRITERIA HASIL : MEMBAIK	1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Pantau asupan makanan pasien.	1. Mengetahui kebutuhan nutrisi yang diperlukan sehingga dapat menentukan perencanaan yang akan diberikan 2. Agar dapat melakukan perencanaan dalam pemberian makanan
1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat/ 2. Berat badan membaik.		

3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik.	7. Amati perubahan berat badan.	atau obat-obatan pada pasien
„	8. Periksa hasil pemeriksaan laboratorium.	3. Agar mempermudah dalam pemenuhan nutrisi
		4. Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi pasien
		5. Untuk mengetahui perlunya penggunaan selang nasogastrik
		6. Mengetahui asupan makanan pasien
		7. Membantu mengidentifikasi defisit nutrisi dan kebutuhan diet
		8. Mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium untuk melakukan perencanaan keperawatan pada pasien
	TERAPEUTIK	TERAPEUTIK
	1. Lakukan perawatan kebersihan mulut sebelum makan, jika diperlukan.	1. Menjaga kebersihan mulut pasien
	2. Bantu dalam menentukan pedoman diet, seperti piramida makanan.	2. Meningkatkan ketertarikan pasien
	3. Sajikan makanan dengan cara yang menarik dan pada suhu yang tepat.	3. Untuk mencegah konstipasi
	4. Berikan makanan yang kaya serat untuk mencegah konstipasi.	4. Untuk memenuhi kalori dan protein pasien
	5. Sediakan makanan yang tinggi kalori dan protein.	5. Membantu proses pemenuhan/pemulihan nutrisi
	6. Berikan suplemen makanan jika diperlukan.	6. Menghentikan pemberian makan melalui selang NGT
	7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika pasien dapat mentolerir asupan oral.	
	EDUKASI	EDUKASI
	1. Ajarkan posisi duduk yang benar, jika pasien mampu.	1. Agar memudahkan dalam pemberian makan dan proses mencerna makanan
	2. Berikan informasi mengenai diet yang telah diprogram.	2. Agar pasien dapat menerapkan diet yang telah diajarkan dalam kehidupan sehari-hari sehingga mempercepat
	KOLABORASI	
	1. Kolaborasi dalam pemberian medikasi sebelum makan, seperti pereda nyeri atau antiemetik, jika diperlukan.	
	2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi	

yang dibutuhkan, jika diperlukan. .	pemulihan asupan nutrisi
KOLABORASI	
1. Menghilangkan mual yang mengganggu proses pemenuhan nutrisi	
2. Untuk menentukan jumlah dan jenis kalori yang dibutuhkan	

d. Hipertermi (D.0130)

*Tabel 2. 6 Perencanaan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit
(TIM POKJA DPP SLKI SIKI PPNI 2018)*

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
TERMOREGULASI MEMBAIK L. 14134	MANAJEMEN HIPERTERMIA I. 15506	MANAJEMEN HIPERTERMI I. 15506
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan termoregulasi membaik dengan :	OBSERVASI 1. Identifikasi penyebab hipertermia, seperti dehidrasi, paparan lingkungan panas, atau penggunaan inkubator. 2. Pantau suhu tubuh pasien. 3. Amati kadar elektrolit. 4. Periksa haluaran urin. 5. Monitor komplikasi yang mungkin timbul akibat hipertermia.	OBSERVASI a. Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipotermia b. Untuk mengetahui kenaikan ataupun penurunan suhu tubuh c. Untuk mengetahui kadar elektrolit d. Untuk mengetahui volume urin yang keluar e. Untuk mengetahui adanya komplikasi akibat hipertermia
KRITERIA HASIL : MEMBAIK 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik	TERAPEUTIK 1. Ciptakan lingkungan yang sejuk. 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian pasien. 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh untuk membantu pendinginan. 4. Berikan cairan oral untuk rehidrasi. 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika pasien mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih). 6. Lakukan pendinginan eksternal, seperti	TERAPEUTIK a. Untuk memberikan lingkungan yang nyaman pada pasien b. Untuk mendukung proses

menggunakan selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, dan aksila. 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin. 8. Berikan oksigen, jika perlu EDUKASI Anjurkan tirah baring KOLABORASI 3. Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.	penurunan suhu tubuh. c. Untuk menurunkan suhu tubuh. d. Agar kebutuhan cairan pasien tetap terjaga. e. Untuk mengurangi kehilangan panas melalui evaporasi. f. Agar suhu permukaan tubuh tetap dalam kondisi hangat maupun dingin. g. Untuk mencegah terjadinya komplikasi. h. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen. EDUKASI Untuk menghindari komplikasi seperti pendarahan atau perforasi KOLABORASI Untuk menghindari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih
---	---

e. Ansietas (D.0080)

*Tabel 2. 7 Perencanaan Keperawatan Ansietas
(TIM POKJA DPP SLKI SIKI PPNI 2018)*

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
TINGKAT ANSIETAS MENURUN L. 09093 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan :	REDUKSI ANSIETAS I. 09314 OBSERVASI - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan	REDUKSI ANSIETAS I. 09314 OBSERVASI - Membantu mengenali pola ansietas dan faktor pemicunya agar dapat dilakukan intervensi yang tepat. - nsietas dapat mengganggu proses berpikir, sehingga

KRITERIA HASIL: MENURUN	3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)	penting untuk menilai sejauh mana pasien mampu membuat keputusan yang rasional.
	1. Verbalisasi kebingungan menurun	3. pemantauan membantu dalam penanganan yang lebih efektif.
2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun	TERAPEUTIK	TERAPEUTIK
3. Perilaku gelisah menurun	1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	1. memberikan rasa aman dan meningkatkan kenyamanan pasien.
4. Perilaku tegang menurun	2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan	2. berikan rasa dukungan emosional dan mengurangi ketAkutan.
5. Konsentrasi membaik	3. Pahami situasi yang membuat ansietas	3. membantu dalam perencanaan intervensi yang lebih sesuai dengan kebutuhan pasien.
6. Pola tidur membaik	4. Dengarkan dengan penuh perhatian	4. dapat mengurangi ketegangan.
	5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	5. Membantu menurunkan kecemasan pasien melalui efek psikologis yang menyenangkan.
	6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan	6. Memberikan rasa familiar dan aman bagi pasien.
	7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	7. Membantu pasien mengenali dan mengelola faktor pemicu ansietas secara mandiri.
	8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	8. Memberikan kepastian dan kontrol terhadap situasi dapat mengurangi kecemasan yang berlebihan.
	EDUKASI	EDUKASI
	1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami	1. dapat mengurangi ketAkutan akibat ketidaktahuan.
	2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis	2. Mengurangi ketidakpastian yang dapat memperburuk ansietas
	3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu	3. M emberikan dukungan emosional yang dapat
	4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan	
	5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	
	6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	
	7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat	
	8. Latih Teknik relaksasi	

KOLABORASI Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	meningkatkan ketenangan pasien. 4. membantu mengalihkan perhatian dari stresor yang menyebabkan kecemasan.
	KOLABORASI Obat antiansietas dapat digunakan untuk membantu mengontrol gejala yang tidak dapat diatasi dengan intervensi nonfarmakologis.

f. Defisit Pengetahuan (D.0111)

*Tabel 2. 8 Perencanaan Keperawatan Defisit Pengetahuan
(TIM POKJA DPP SLKI SIKI PPNI 2018)*

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
TINGKAT PENGETAHUAN MENINGKAT L. 12111	EDUKASI KESEHATAN I. 12383	EDUKASI KESEHATAN I. 12383
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat dengan :	OBSERVASI 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat	OBSERVASI 1. Agar edukasi dapat diberikan dengan cara yang efektif dan sesuai dengan tingkat pemahaman pasien. 2. Dapat memengaruhi keberhasilan penerapan PHBS
KRITERIA HASIL: MENINGKAT 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan	TERAPEUTIK 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya EDUKASI 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan	TERAPEUTIK 1. Dapat membantu meningkatkan pemahaman dan daya ingat pasien tentang PHBS. 2. dapat meningkatkan efektivitas penyampaian informasi dan mencegah kelelahan atau

pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat	2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	ketidaksiapan mental saat menerima edukasi.
5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	EDUKASI
6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun		1. dapat meningkatkan kesadaran pasien untuk menerapkan PHBS.
7. Persepsi yang keliru terhadap masalah		2. dapat membantu pasien mengadopsi kebiasaan positif.
		3. dapat membantu mempertahankan PHBS dalam jangka panjang.

g. Nyeri Akut (D.0077)

*Tabel 2. 9 Perencanaan Keperawatan Nyeri Akut
(TIM POKJA DPP SLKI SIKI PPNI 2018)*

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
TINGKAT NYERI MENURUN L. 08066	MANAJEMEN NYERI I. 08238	MANAJEMEN NYERI I. 08238
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan :	OBSERVASI:	OBSERVASI:
KRITERIA HASIL: MENURUN	1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
1. Keluhan nyeri menurun	2. Identifikasi skala nyeri	2. Untuk mengetahui tingkatan rasa nyeri yang diidderita klien
2. Meringis menurun	3. Idenfitikasi respon nyeri non verbal	3. Untuk mengetahui respon nyeri klien
3. Sikap protektif menurun	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan meringankan nyeri
4. Gelisah menurun	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	5. Untuk mengetahui pemahaman klien tentang nyeri
5. Kesulitan tidur menurun	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	6. Agar mengetahui pengaruh budaya
6. Frekuensi nadi membaik	7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	
	8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	
	9. Monitor efek samping penggunaan analgetic	

TERAPEUTIK

1. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

EDUKASI

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat
5. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

KOLABORASI

Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu

terhadap respon nyeri klien

7. Agar mengetahui pengaruh nyeri pada kuliatis hidup klien
8. Untuk memonitor tingkat keberhasilan terapi yang diberikan – Untu
9. mengetahui efek samping dari penggunaan analgetik

TERAPEUTIK

1. mengurangi nyeri yang diderita klien
2. Dengan mengontrol lingkungan dapat mengurangi nyeri yang diderita klien
3. Untuk mendistraksi rasa nyeri
4. Untuk mempertimbangkan strategi yang tepat untuk meredakan nyeri

EDUKASI

1. Agar klien mengetahui penyebab, periode dan pemicu terjadinya nyeri
 2. Agar klien mengetahui cara meredakan nyeri
 3. Agar klien mengetahui tingkatan nyeri secara mandiri
 4. Agar klien mengetahui penggunaan analgesik dengan tepat
 5. Agar klien mengetahui cara mengurangi nyeri
-

dengan teknik farmakologis
KOLABORASI
Membantu mengurangi nyeri

h. Nausea (D.0076)

*Tabel 2. 10 Perencanaan Keperawatan Nausea
(TIM POKJA DPP SLKI SIKI PPNI 2018)*

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
TINGKAT NAUSEA MENURUN L. 08065	MANAJEMEN MUAL I. 03117	MANAJEMEN MUAL I. 03117
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan Tingkat nausea menurun dengan.	OBSERVASI: 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)	OBSERVASI: 1. Untuk mengetahui pengalaman mual 2. Untuk mengetahui isyarat nonverbal ketidaknyamanan yang di derita klien saat ini 3. Agar mengetahui dampak mual terhadap kualitas hidup klien 4. Untuk mengetahui faktor penyebab mual 5. Agar mengetahui antiemetik untuk mencegah mual 6. Untuk mengetahui mual yang dialami pasien secara berkelanjutan
KRITERIA HASIL: MENURUN Perasaan ingin muntah menurun	TERAPEUTIK 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)	TERAPEUTIK 1. Untuk mengurangi faktor penyebab mual 2. Meminimalkan mual Memenuhi kebutuhan nutrisi 3. Memenuhi kebutuhan nutrisi

2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan)	dan mencegah mual
3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik	EDUKASI
4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu	1. Untuk meminimalkan mual
EDUKASI	2. Untuk menghindari efek mual
1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup	3. Untuk menghindari efek mual
2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual	4. Untuk membantu mengurangi efek mual dan mencegahnya.
3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak	KOLABORASI
4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)	Mengurangi mual dengan aksi sentralnya
KOLABORASI	
Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu	

i. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)

**Tabel 2. 11 Perencanaan Keperawatan Gangguan integritas kulit atau jaringan
(TIM POKJA DPP SLKI SIKI PPNI 2018)**

TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
INTEGRITAS KULIT MENINGKAT L. 14125	PERAWATAN INTEGRITAS KULIT I. 11353	PERAWATAN INTEGRITAS KULIT I. 11353
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan Integritas kulit meningkat dengan.	OBSERVASI: Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)	
KRITERIA HASIL: MENURUN		

Kerusakan lapisan kulit menurun	TERAPEUTIK	OBSERVASI:
	a. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu c. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive f. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering	Mendeteksi penyebab tindakan yang diberikan dalam perawatan luka
	EDUKASI	TERAPEUTIK
	a. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b. Anjurkan minum air yang cukup c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	a. Mencegah tekanan pada kulit b. Memperlancar aliran darah c. Menjaga kelembaban kulit d. Mengoptimalkan perlindungan dan kelembaban kulit agar tidak kering e. Untuk menjaga kesehatan kulit dan mencegah terjadinya alergi f. Mencegah kekeringan pada kulit
		EDUKASI
		a. Menjaga kelembaban kulit b. Membantu menjaga kesehatan kulit c. Untuk memberi energi bagi aktivitas tubuh d. Meningkatkan metabolisme dan kesehatan kulit e. Mengurangi iritasi pada kulit f. Melindungi kulit dari kerusakan akibat paparan sinar UVA atau UVB. g. Menjaga kelembaban kulit

2.2.4 Pelaksanaan

Implementasi merujuk pada pelaksanaan rencana intervensi yang telah ditentukan. Tujuan utama dari implementasi adalah untuk mendukung klien dalam mencapai target yang telah ditentukan, yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, serta membantu proses coping. Dalam konteks keperawatan, implementasi mencakup tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan rencana atau intervensi keperawatan yang telah disusun. Selama pelaksanaan, penting untuk mengikuti Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan yang ada untuk memastikan implementasi dilakukan dengan benar (Purba, 2020).

2.2.5 Evaluasi

Menurut Kurniati, (2019) Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Atau yang sering dikenal sebagai Evaluasi formatif (proses) dan Evaluasi sumatif (hasil). Proses evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP/SOAPIER, yang terdiri dari beberapa langkah. Pertama, catat respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Selanjutnya, amati respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan, Lalu analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien..

2.3. Konsep Teori: Diare

2.3.1. Definisi

Diare adalah suatu kondisi yang ditandai oleh perubahan konsistensi feses dan peningkatan frekuensi buang air besar yang terjadi lebih dari 3 kali dalam sehari (Prawati, Haqi, 2019). Ketika buang air besar menjadi encer dan berlangsung terus-menerus, kondisi ini disebut diare. Gejala paling umumnya adalah mencret, yang disebabkan oleh makanan yang dicerna cepat menjadi bubur (chymus) dan adanya gangguan penyerapan air di usus besar (Halimatussa'diah, Ervan, & Riyadi, 2022).

Berdasarkan berbagai definisi, dapat disimpulkan bahwa diare adalah kondisi di mana terjadi perubahan pola buang air besar (BAB) yang lebih sering dari biasanya, yaitu lebih dari tiga kali dalam sehari. Keadaan ini juga ditandai dengan perubahan konsistensi feses yang menjadi lebih encer, bahkan bisa berair, dan dapat disertai atau tidak dengan adanya darah dan lendir.

2.3.2. Penatalaksanaan pada klien dengan masalah Diare

Oktiawati dan Julianti (2019), menuturkan bahwa penanganan gastroenteritis dengan diare, dibedakan berdasarkan jenis dehidrasinya, yaitu:

- a. Tanpa dehidrasi: terapkan rencana terapi A dan sarankan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang dalam waktu 5 hari jika kondisi anak tidak membaik.

Rencana terapi A (penanganan diare dirumah)

1. Berikan cairan tambahan sebanyak yang diinginkan anak, seperti ASI. Jika anak tidak mendapatkan ASI, berikan cairan makanan seperti kuah sayur, air tajin, atau air matang dan oralit.
2. Berikan tablet Zinc selama 10 hari.
3. Lanjutkan pemberian makanan kepada anak.
4. Informasikan kepada orang tua kapan mereka harus kembali untuk pemeriksaan.

b. Dehidrasi ringan / sedang: lakukan rencana terapi B

1. Berikan oralit sesuai anjuran selama periode 3 jam pertama dengan berat badan (kg) x 75 ml

***Tabel 2. 12 Pemberian Oralit Sesuai Takaran
(Oktiawati dan Julianti, 2019)***

Umur	≤ 4 bulan	4- < 12 bulan	1 - < 2 tahun	2 - < 5 tahun
Berat badan (kg)	< 6	6 - 10	10 - <12	12 - 19
Jumlah (ml)	200-400	400-700	700-900	900-1400

2. Setelah 3 jam maka ulangi penilaian klasifikasi dehidrasi, pilih rencana terapi yang sesuai, lakukan pemberian makan
3. Jika ibu memaksa pulang sebelum pengobatan selesai maka lakukan hal berikut:
 - a) Tunjukkan cara menyiapkan cairan oralit dirumah.

- b) Tentukan jumlah oralit yang harus diberikan.
- c) Berikan oralit yang cukup untuk memenuhi kebutuhan rehidrasi.
- c. Dehidrasi berat: terapkan rencana terapi C. berikut adalah rencana untuk pemberian cairan tambahan dalam penanganan diare serta melanjutkan pemberian makanan atau ASI.

Rencana Terapi C: segera rujuk ke layanan Kesehatan terdekat.

1. Berikan cairan intravena secepatnya dengan dosis 100ml/kg menggunakan Ringer Laktat (RL) atau NaCl, dengan pembagian sebagai berikut:

***Tabel 2. 13 Pemberian Cairan Intravena
(Oktiawati dan Julianti, 2019)***

Usia	Pemberian 30 ml/kgBB	Pemberian 700 ml/kgBB
Bayi < 12 bulan	1 jam	5 jam
Anak 1 – 5 tahun	30 menit	2 ½ jam

2. Setelah pemberian cairan intravena, lakukan pemantauan terhadap anak setiap 15-30 menit. Jika nadi tidak teraba, percepat tetesan cairan. Segera berikan oralit (dosis 5 ml/kgBB/jam) ketika anak sudah bisa minum, kemudian evaluasi kembali kondisi anak setelah 3-6 jam.
3. Sesudah 6 jam, lakukan pemeriksaan ulang pada anak dan lanjutkan dengan Tindakan sesuai rencana yang telah ditetapkan.
- d. Penanganan diare lainnya yaitu dengan pemberian air dan madu:

1) Pemberian air dan madu

Pemberian madu dapat mengurangi frekuensi diare berkat efek antioksidannya. Flavonoid yang terkandung dalam madu berperan dalam meningkatkan penyerapan cairan dan elektrolit. Selain itu, efek prebiotik dari madu dapat menghambat pertumbuhan bakteri patogen. Intervensi yang dilakukan meliputi pemberian satu sendok makan madu yang dilarutkan dalam 100 cc air, yang harus diminum secara rutin sebanyak tiga kali sehari. Penelitian yang dilakukan oleh Dwi Nurmaningsih dan Rokhaidah (2019) dengan judul “Madu Sebagai Terapi Komplementer Pada Anak Dengan Diare Akut” menunjukkan bahwa pemberian madu memiliki dampak positif dalam mengurangi frekuensi buang air besar (BAB) dan memperbaiki konsistensi feses pada anak balita yang mengalami diare akut. Pemberian madu pada klien diare dapat membantu menurunkan frekuensi buang air besar (BAB) dan memperbaiki kondisi pasien. Penelitian oleh Intan & Setiawati (2021) serta Devita Dewi (2023) menunjukkan bahwa intervensi ini efektif dalam mengatasi masalah keperawatan terkait diare. Penelitian yang dilakukan oleh Devita Dewi, Dian (2023) menunjukkan bahwa penerapan terapi komplementer dengan madu pada pasien anak balita di RSUD Karanganyar juga memberikan hasil yang positif dalam menurunkan frekuensi diare. dengan hasil Bahwa ada pengaruh terapi komplementer

pemberian madu terhadap penurunan frekuensi diare pada anak balita.

2) SOP Pemberian terapi air madu

Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk pemberian obat herbal, menurut Purnamawati, T., Nuraeni, N., & Agustini (2018), adalah sebagai berikut:

Persiapan alat.

- a. Siapkan madu alami.
- b. Siapkan 1 sendok teh.
- c. Siapkan air hangat.

Fase kerja

- a. Ambil sendok yang telah disiapkan.
- b. Tuangkan madu ke dalam satu sendok teh.
- c. Larutkan kedalam air sebanyak 100cc
- d. madu alami dapat diberikan 3 kali sehari.

2.3.3. Edukasi pada anak Gastroenteritis Akut dengan masalah Diare

Pencegahan dan penularan diare sangat penting untuk mencegah terjadinya diare.

1. Pencegahan diare pada anak menurut Yamin dalam Penelitian Anggraini, Kumala (2022), 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 merupakan tahap di mana bayi secara bertahap diperkenalkan dengan makanan yang biasa dikonsumsi oleh orang dewasa. Namun, periode ini bisa menjadi berisiko bagi bayi, karena cara pemberian makanan pendamping ASI yang tidak tepat dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya diare atau penyakit lain yang dapat berujung pada kematian..

c. Menggunakan air bersih yang cukup.

Sebagian besar kuman penyebab diare menyebar melalui jalur fekal-oral. Penularan dapat terjadi ketika seseorang memasukkan ke dalam mulut cairan atau benda yang terkontaminasi tinja, seperti air minum, jari tangan, atau makanan yang disiapkan dengan peralatan yang dicuci menggunakan air yang terkontaminasi.

d. Mencuci tangan

Mencuci tangan dengan sabun, terutama setelah buang air besar, setelah membersihkan tinja anak, sebelum menyiapkan makanan, sebelum memberi makan anak, dan

sebelum makan sendiri, dapat mengurangi risiko terjadinya diare.

e. Menggunakan jamban

Pengalaman dari berbagai negara menunjukkan bahwa penggunaan jamban memiliki pengaruh signifikan dalam mengurangi risiko penyakit diare.

f. Pemberian Imunisasi Campak

Diare sering kali muncul bersamaan dengan campak, sehingga imunisasi campak dapat berfungsi sebagai langkah pencegahan terhadap diare. Oleh karena itu, penting untuk memberikan imunisasi campak kepada anak segera setelah mereka mencapai usia 9 bulan.

2. Cara penularan, Diare dapat menular melalui jalur fekal-oral, yaitu melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi kuman, atau melalui kontak langsung dengan tangan penderita. Penularan juga dapat terjadi secara tidak langsung melalui berbagai alat, seperti feses, lalat, makanan, cairan, dan jari tangan menurut (Salsabila, 2022).

2.4. Konsep Anak

2.4.1. Definisi

Anak adalah individu yang sedang berada dalam proses pertumbuhan dan perkembangan, yang berlangsung secara bertahap. Pembagian kelompok umur anak terdiri dari dua kategori yaitu usia 0 hingga 6 tahun, yang dikenal sebagai masa anak usia dini, dan usia 7 hingga 12 tahun, yang merupakan masa sekolah dasar. (Puti Rahmi, Hijriati 2021). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, anak didefinisikan sebagai individu, baik laki-laki maupun Perempuan, yang belum mencapai kedewasaan atau baligh.

2.4.2. Aspek Tumbuh Kembang Anak

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009) dalam Buku Ajar Keperawatan Anak (2018), terdapat beberapa aspek perkembangan yang dapat dipantau, yaitu:

1. Gerak kasar (Motorik kasar).

Aspek ini merujuk pada kemampuan anak dalam melakukan pergerakan dan mengatur posisi tubuh yang melibatkan otot-otot besar, seperti duduk, berdiri, dan aktivitas fisik lainnya.

2. Gerak halus (Motorik halus).

Aspek ini berkaitan dengan kemampuan anak untuk melakukan Gerakan yang melibatkan bagian tubuh tertentu dan dikoordinasikan oleh otot-otot kecil. Gerakan ini

memerlukan ketelitian, contohnya saat mengamati sesuatu, menjepit, menulis dan aktivitas lainnya.

3. Kemampuan Berbicara dan Bahasa

Aspek ini berhubungan dengan kemampuan individu untuk merespons susara, berbicara, berkomunikasi, serta mengikuti perintah dan instruksi yang diberikan.

4. Sosialisasi dan Kemandirian

Aspek ini terkait dengan kemampuan anak untuk mandiri, seperti makan sendiri. Selain itu, hal ini juga mencakup kemampuan anak untuk bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya.