

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Gastroenteritis Akut

2.1.1 Definisi

Gastrointestinal akut (GEA) dalam konteks SDKI (Standard of Care in Indonesian) merujuk pada peradangan pada lambung dan usus yang menyebabkan diare, muntah, dan gejala lain seperti mual dan nyeri perut. GEA biasanya disebabkan oleh infeksi virus, bakteri, atau parasit yang mengganggu fungsi pencernaan.

Menurut penulis Gastroenteritis Akut adalah peradangan pada lambung akibat bakteri yang masuk kedalam tubuh dan biasanya gejalanya buang air besar lebih dari 3x, mual.

2.1.2 Etiologi

Menurut (Sedán *et al.*, 2020)

- a. Infeksi interal : Infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama GE.
- b. Infeksi bakteri : vibrio, E. coli, salmonella, campylobacter, shigella.
- c. Infeksi Virus : Rotavirus, norovirus, Calcivilus, Enterovirus, Adenovirus, Astrovirus.
- d. Infeksi Parasit : Cacing (*Ascariasis*, *Trichuris*, *Oxyuris*), Protozoa (*Entamoeba Histolyca*, *Tricomonas hominis*, *Giardia Lambia*), Jamur (*Candida Albicans*).

- e. Infeksi Parental : Infeksi diluar alat pencernaan seperti : Tonsilitis, Encefalitis, Broncopneumonia.

1. Faktor Malabsorbsi :

- a) Karbohidrat. Terutama pada bayi kepekaan terhadap lactoglobulis dalam susu formula dapat menyebabkan gastroenteritis. Gejalanya berupa gastroenteritis berat , tinja berbau asam, sakit daerah perut.
- b) Malabsorbsi Lemak. Lemak terdapat dalam makanan yaitu yang disebut
- c) dengan triglyserida. Dengan bantuan kelenjar lipase, triglyserida mengubah lemak menjadi micelles yang bisa di serap usus. Tetapi karena kegagalan penyerapan sehingga lemak tidak dapat diproses akibat tidak ada lipase karena kerusakan dinding usus sehingga terjadi gastroenteritis . Gastroenteritis pada kasus ini fecesnya berlemak.
- d) Malabsorbsi Protein. Gastroenteritis yang terjadi akibat mukosa usus tidak dapat menyerap protein.

- 2. Faktor Makanan : Makanan yang sudah basi, Alergi makanan tertentu, makanan kurang matang, makanan tercemar atau beracun.

- 3. Faktor Psikis : Rasa takut dan cemas.

2.1.3 Patofisiologi

Menurut (Sedán *et al.*, 2020), patofisiologi dari Gastroenteritis adalah meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat dari gangguan absorpsi dan ekskresi cairan yang berlebihan, cairan sodium, potasium dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstra seluler kedalam tinja, sehingga mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit dan dapat terjadi asidosis metabolik. Gastroenteritis yang terjadi merupakan proses dari transpor aktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit ke dalam usus halus, sel dalam mukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatnya sekresi cairan . Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal sehingga mengurangi fungsi permukaan intestinal. Perubahan kapasitas intestinal dan terjadi gangguan absorpsi cairan dan elektrolit. Peradangan akan menurunkan kemampuan intestinal untuk mengabsorpsi cairan dan elektrolit dan bahan-bahan makanan. Ini terjadi pada sindrom malabsorpsi. Peningkatan motilitas intestinal dapat mengakibatkan gangguan absorpsi intestinal sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Sedán *et al.*, 2020) manifestasi klinis dari gastroenteritis adalah:

- a. Diare dan muntah gejala utama.
- b. Demam dan menggigil.

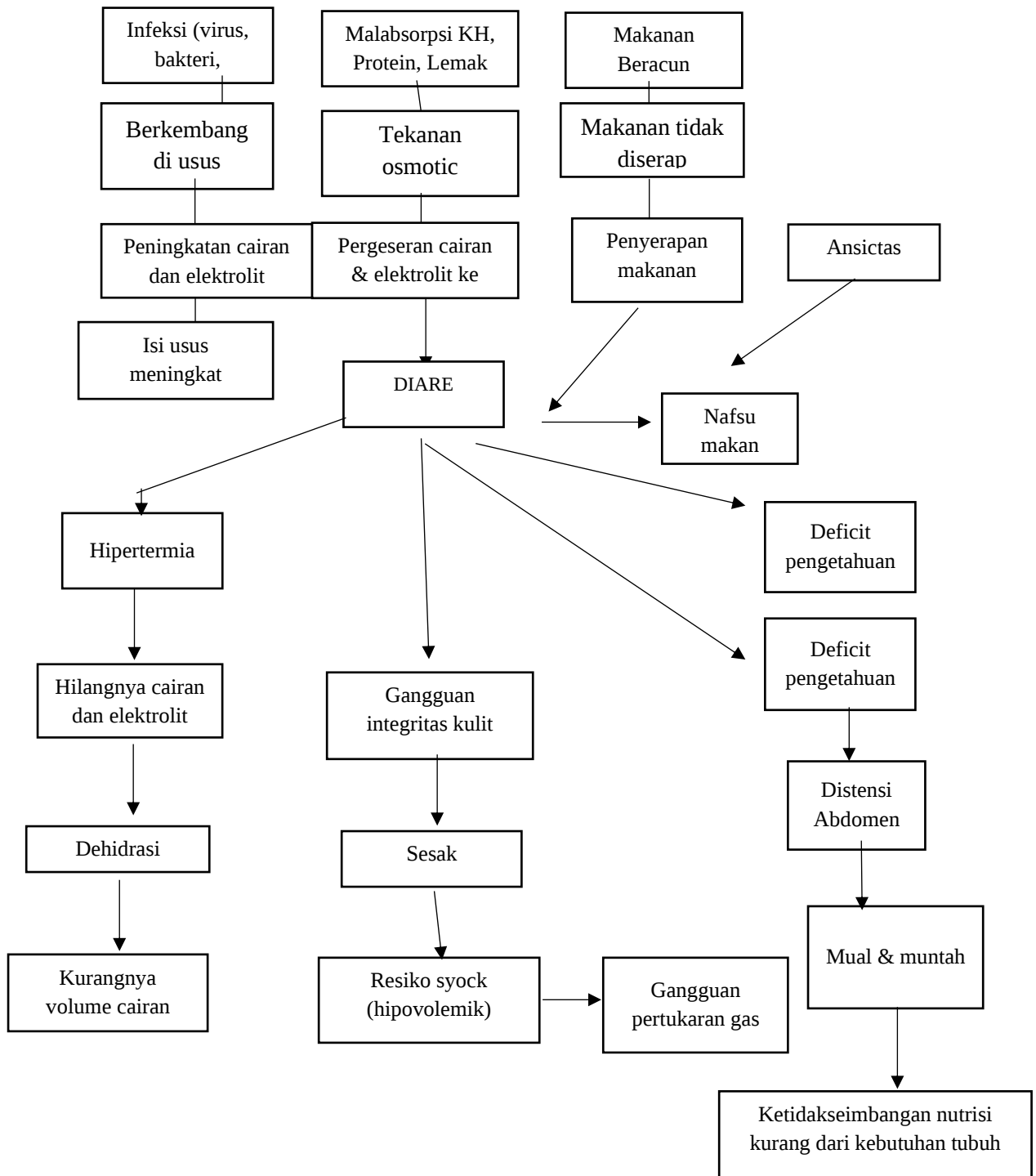
- c. Tidak nafsu makan.
- d. Anoreksia, mual, muntah .
- e. Nyeri dan kram abdomen .
- f. Malaise, kelemahan dan nyeri otot.
- g. Sakit kepala .
- h. Kulit dan membrane mukosa kering.
- i. Turgor kulit buruk .
- j. Hipotensi ortostatik, takikardia.
- k. Borborigmi (bising usus yang hiperaktif dan sangat keras).

2.1.5 Komplikasi

Menurut (Sedán *et al.*, 2020)

- a. Dehidrasi.
- b. Kejang.
- c. Bakterikimia .
- d. Malnutrisi .
- e. Hipoglikimia.
- f. Intoleransi sekunder akibat kerusakan mukosa usus Dari komplikasi Gastroenteritis.

2.1 pathway Gaastroenteritis (Rohman & Marsusanti, 2023), (Fulazzaky et al., 2023)



2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut wulandari dan erawati (2020), dasar Penatalaksanaan gastroenteritis adalah sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

Jenis cairan cairan:

1. Rehidrasi Oral.

Formula lengkap mengandung NaCl, NaHCO₃, KCl, dan glukosa.

Kadar natrium 90 mEq/L untuk kolera dan gastroenteritis akut dengan dehidrasi ringan (untuk pencegahan dehidrasi). Kadar natrium 50 – 60 mEq/L untuk gastroenteritis akut non kolera dengan dehidrasi ringan atau tanpa dehidrasi. Formula lengkap sering disebut oralit.

Formula sederhana (tidak lengkap) hanya mengandung NaCl dan sukrosa atau karbohidrat lain, misalnya larutan gula garam, larutan air tajin garam, larutan tepung beras garam dan sebagainya untuk pengobatan pertama di rumah pada penyakit gastroenteritis akut baik sebelum ada dehidrasi maupun setelah ada dehidrasi ringan.

2. Cairan parenteral

b. Jalan pemberian cairan .

1. Per oral pada dehidrasi ringan, sedang dan tanpa dehidrasi dan bila klien dapat minum serta kesadaran baik.

2. Intragastritik untuk dehidrasi ringan, sedang, atau tanpa dehidrasi,

tetapi klien tidak dapat minum atau kesadaran menurun.

3. Intravena untuk dehidrasi berat.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Anwar (2020) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan :

- a. Pemeriksaan Tinja
- b. Makroskopis dan mikroskopis
- c. pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet dinistest
- d. Bila diperlukan lakukan pemeriksaan biakal dan uji resistensi
- e. Pemeriksaan Darah
- f. pH darah dan elektrolit (Natrium, kalium, dan fosfor) dalam serum untuk menentukan keseimbangan asam dan basa b) Kadar ureum dan kreatin untuk mengetahui faal ginjal
- g. Intubasi Doudenum (Doudenal Intubation) Untuk mengetahui jasad atau parasite secara kuantitatif dan kualitatif terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses sistematis yang dilakukan untuk mengidentifikasi tanda dan gejala (karakteristik definisi), serta faktor risiko yang menjadi dasar penetapan diagnosis keperawatan.

- a. Identitas/Biodata

Identitas pasien Lakukan pengkajian identitas seperti nama, alamat, tempat tanggal lahir, asal suku bangsa, jenis kelamin, agama
Identitas Orangtua/ Penanggung Jawab, nama ayah atau ibu, pekerjaan orang tua, pendidikan, agama alamat.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering terjadi pada pasien gastroenteritis yaitu: nyeri yang diakibatkan BAB > dari 5 kali.

c. Riwayat kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang.

Mula muntah, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada dan kemungkinan timbul gastroenteritis. gejala muntah terjadi sebelum atau sesudah gastroenteritis.

2. Riwayat kesehatan dahulu.

Riwayat penyakit yang diderita, riwayat inflamasi. apakah klien pernah menderita gastroenteritis sebelumnya, apakah klien pernah di rawat sebelumnya.

3. Riwayat kesehatan keluarga.

Perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit gastroenteritis.

a. Pola nutrisi

Frekuensi makan pasien dengan Gastroenteritis menurun, jenis

makanan diit

,nafsu makan menurun,porsi makan tidak di habiskan,makanan yang tidak di sukai, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan.

b. Pola Eliminasi

Akan mengalami perubahan yaitu BAB lebih dari > 3 kali sehari,BAB encer, BAK sedikit atau jarang.

c. Pola aktivitas

Akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri,pasien berfokus pada diri sendiri.

d. Pola tidur atau istirahat

Kesulitan tidur dan gangguan tidur karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.

e. Pola Hygiene

Pada pasien dengan penyakit gastroenteritis dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya memerlukan bantuan.

f. Riwayat Psikososial Dan Spiritual

g. Pemeriksaan fisik (kozier & erb, 2018)

h. keadaan umum

Kesadaran compos mentis, lemah, lesu, gelisah. TTV (tanda-tanda vital) :TD: Sistolik suhu :>37,2°C, respirasi:>40 kali/menit, nadi :>100 kali/menit. BB (berat badan) biasanya s tidak terjadi penurunan

berat badan yang berarti.

a) Sistem pernafasan

- 1) Inspeksi : bentuk hidung, ada tidaknya secret, adakah ada peradangan.
- 2) Palpasi : ada masa dan lesi atau tidak, ada vocal premitus atau tidak.
- 3) Asukultasi : ada atau tidak suara nafas tambahan (ronhik/weezing).

b) Sistem kardiovaskuler

- 1) Inspeksi : mukosa bibir kering, clubbing finger, distensi vena jugularis
- 2) Palpasi : penyebaran ictus cordis, akral dingin atau tidak, capilari refail time .
- 3) Auskultasi : bunyi jantung S1, S2.

c) Sistem pencernaan

- 1) Inspeksi : lidah biasanya kotor, bibir kering dan bau mulut.
- 2) Auskultasi : biasanya bising usus hiperaktif.
- 3) Palpasi : terdapat nyeri tekan dibagian perut.
- 4) Perkusi : dapat ditemukan keadaan perut kembung, bisa terjadi konstipasi, diare atau normal

d) Sistem persyarafan

- 1) Inspeksi : apakah pada pasien ada dehidrasi berat

- 2) Palpasi : apakah ada gangguan reflek menelan atau tidak.
- 3) Perkusi : apakah ada gangguan reflek fisiologis (trisept, biseps, patella).

e) Sistem penglihatan

- 1) inspeksi : kesimetrisan bentuk mata, apakah ada peradangan pada konjungtiva dan cekung pada mata
- 2) Palpasi : tekanan intraocular.

f) Sistem pendengaran

- 1) Inspeksi : bentuk kesimetrisan telinga antara kiri dan kanan ada kotoran apa tidak pada telinga.
- 2) Palpasi : apakah terdapat nyeri tekan apa tidak.

g) Sistem Perkemihan

- 1) Inspeksi : pada kondisi berat didapatkan curah jantung menurun yang menyebabkan menurunnya urine output.
- 2) Palpasi : keadaan kandung kemih ada nyeri tekan atau tidak.
- 3) Perkusi : ada nyeri ketuk pada ginjal atau tidak

h) Sistem mukuloskeletal

- 1) Inspeksi : bentuk tubuh , kekuatan otot menurun , rentan gerak (ROM) menurun apa tidak, gerakan terbatas dan fisik, lemah.
- 2) Palpasi : uji kekuatan otot dan ROM .

j) Sistem endoktrin

- 1) Inspeksi : ada pembesaran tiroid atau tidak.
- 2) Palpasi : terdapat nyeri tekan apa tidak.
- k) Sistem integument
 - 1) Inspeksi : warna kulit, muka tampak pucat, kulit kemerahan, kulit kering, turgor kulit menurun.
 - 2) Palpasi : turgor kulit , adanya edema apa tidak.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) merupakan standar yang digunakan untuk menentukan **luaran (hasil) keperawatan**, bukan diagnosis. Namun, luaran ini **selalu terkait dengan suatu diagnosis keperawatan** (yang biasanya mengacu pada SDKI - Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)

- 1. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan kehilangan cairan
- 2. Diare berhubungan dengan iritasi mukosa usus
- 3. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi intestinal
- 4. Risiko defisit nutrisi berhubungan kehilangan cairan aktif
- 5. Gangguan ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan Disfungsi intestinal (D.0036)

Definisi : pola ekuilibrium antara volume cairan dan komposisi kimia cairan tubuh yang cukup untuk memenuhi fisik dan dapat ditingkatkan

Penyebab :

- a) Gagal jantung
- b) Sindrom iritasi usus
- c) Penyakit Addison
- d) Makanan enteral atau parenteral
- Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif
 1. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan keseimbangan cairan
 - Objektif
 1. Mengekspresikan keinginan untuk menginginkan keseimbangan cairan
 2. Membrane mukosa lembab
 3. Asupan makanan dan cairan adekuat untuk kebutuhan harian
 4. Turgor jaringan baik
 5. Tidak ada tanda edema atau dehidrasi
- Gejala dan tanda minor
 - Subjektif
 1. (tidak tersedia)
 - Objektif
 1. Urin berwarna kuning bening dengan berat jenis dalam rentang normal

2. Haluaran urin sesuai dengan asupan

3. Berat badan stabil

6. Diare berhubungan dengan Iritasi gastrointestinal (D.0020)

Definisi : penegluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk

Penyebab:

1. Inflamasi gastrointestinal

2. Iritasi gastrointestinal

3. Proses infeksi

4. Mlabsorpsi

5. Kecemasan

6. Tingkat stress tinggi

7. Terpapar kontaminasi

8. Terpapar toksin

- Gejala dan tanda mayor
- Subjektif (tidak tersedia)
- Objektif

1. Defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam

2. Feses lembek atau cair

- Gejala dan tanda minor
- Subjektif

1. Urgency

2. Nyeri/kram abdomen

- Objektif

1. Frekuensi peristaltik meningkat
2. Bising usus hiperaktif

7. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat.

Penyebab :

1. Agen pencedera fisiologis (mis . inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

- Gejala dan tanda mayor

- Subjektif :

1. Mengeluh nyeri

- Objektif :

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat

5. Sulit tidur

- Gejala dan tanda minor
- Subjektif : (tidak tersedia)
- Objektif :

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berfikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaphoresis

8. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
(D.0055)

Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal

Penyebab :

1. hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/ pemeriksaan/ Tindakan)
2. kurang kontrol tidur
3. kurang privasi
4. restraint fisik

5. ketiadaan teman tidur
 6. tidak familiar dengan peralatan tidur
 - gejala dan tanda mayor
 - subjektif
1. mengeluh sulit tidur
 2. mengeluh sering terjaga
 3. mengeluh tidak puas tidur
 4. mengeluh pola tidur berubah
 5. mengeluh istirahat tidak cukup
 - objektif (tidak tersedia)
 - gejala dan tanda minor
 - subjektif
 1. mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
 - objektif (tidak tersedia)

2.2.3 Perencanaan

Tindakan keperawatan merupakan aktifitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Pada tahap ini tujuan perlu ditetapkan, jangka pendek maupun jangka Panjang. Sasaran SMART yaitu *specific* (spesifik), *measurable* (terukur), *achivable* (dapat dicapai), *realistic* (realistis) dan *timely* (tepat waktu) harus diidentifikasi saat menetapkan tujuan. Sedangkan Tindakan perawatan yang akan dilakukan perlu

diprioritaskan berdasarkan pada kebutuhan pasien dan keseriusan masalah yang telah dilakukan identifikasi (Baringbing, 2020).

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan Gaastroenteritis (SDKI,SLKI,SIKI,2019)

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		Rasional
		Tujuan	Tindakan	
1.	Gangguan ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan Disfungsi intestinal (D.0036)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Membrane mukosa lembab meningkat 3. Turgor kulit membaik Output urin meningkat	Manajemen Cairan (I.03098) <i>Observasi</i> 1. Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN) 5. Monitor status hemodinamik (mis: MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia) <i>Terapeutik</i> 1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 3. Berikan cairan intravena, jika perlu <i>Kolaborasi</i>	1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor waktu pengisian kapiler 6. Monitor elastisitas atau turgor kulit 7. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin 8. Monitor kadar albumin dan protein total 9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN) 10. Monitor intake dan output cairan 11. Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun,

			1. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu	membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, hasil, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) 12. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)
2.	Diare berhubungan dengan Iritasi gastrointestinal (D.0020)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka eliminasi fekal membaik, dengan kriteria hasil: 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat	Manajemen Diare (I.03101) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu)	1. Untuk meningkatkan rasa percaya sehingga pasien dan keluarga lebih kooperatif terhadap perawat dan tindakan medis yang akan dilakukan 2. Untuk mengetahui perkembangan pasien

		2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Konsistensi feses membaik 5. Frekuensi BAB membaik Peristaltik usus membaik	2. Identifikasi Riwayat pemberian makanan 3. Identifikasi gejala invaginasi (mis: tangisan keras, kepucatan pada bayi) 4. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses 5. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun) 6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 7. Monitor jumlah dan pengeluaran diare 8. Monitor keamanan penyiapan makanan <i>Terapeutik</i> 1. Pasang jalur intravena 2. Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat), jika perlu 3. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 4. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu	3. Agar perawat bisa menangani dengan tepat sesuai penyebab 4. Agar mengetahui kegawatan diare dan mengetahui rencana tindakan selanjutnya 5. Untuk mencegah resiko dehidrasi pada pasien 6. Agar diare dapat teratasi dan BAB normal kembali 7. Agar keluarga dapat mengerti perkembangan pasien
--	--	---	---	---

			<i>Edukasi</i> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa 3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide, difenoksilat) 2. Kolaborasi pemberian antispasmodik/spasmolitik (mis: papaverine, ekstrak belladonna, mebeverine) 3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis: atapugit, smektit, kaolin-pektin).	
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	<i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	1. Untuk mengetahui perkembangan pasien 2. Untuk mengetahui penyebab nyeri serta membantu menyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam mengurangi nyeri

		5. Kesulitan tidur menurun Frekuensi nadi membaik	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <i>Terapeutik</i> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis 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 rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	3. Untuk mengetahui respon non verbal pasien 4. Untuk mengetahui skala nyeri pasien 5. Untuk mengetahui faktor yang memperberat nyeri 6. Untuk mengetahui reaksi pasien setelah diberi analgesik 7. Untuk mengurangi rasa nyeri 8. Untuk mendukung pengurangan akibat nyeri 9. Untuk memenuhi kebutuhan tidur pasien 10. Untuk membantu mempercepat meredakan nyeri
--	--	--	--	--

			2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)	Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <i>Terapeutik</i> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu	1. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3. Mengidentifikasi makan dan minuman mengganggu tidur 4. Memodifikasi lingkungan agar nyaman 5. Membatasi waktu tidur siang 6. Agar Stress berkurang 7. Menetapkan jadwal tidur rutin 8. Mengajarkan terapi relaksasi otot progresif untuk meningkatkan kualitas tidur 9. Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur

			3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	Mengedukasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.
--	--	--	---	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan menurut standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI) melibatkan penerapan diagnosis keperawatan yg telah diidentifikasi berdasarkan data pasien dan standar yang ada.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan (SDKI) merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik

Evaluasi formatif : hasil observasi dan analisis perawat terhadap respon segera pada saat dan setelah dilakukan Tindakan keperawatan

Evaluasi sumatif : rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status Kesehatan sesuai waktu pada tujuan ditulis pada catatan perkembangan.

Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai berikut:

S : Respon subjektif klien terhadap Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif klien terhadap Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : Analisa ulang atas atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil Analisa pada respon klien

I : Implementasi

E : Evaluasi

R : Reassessment atau pengkajian ulang.

2.3 Konsep Risiko Ketidakseimbangan Cairan pada Pasien Gastroenteritis Akut

2.3.1 Definisi Risiko Ketidakseimbangan Cairan

Risiko ketidakseimbang berisiko mengalami penurunan, peningkatan, atau pergeseran cepat satu atau lebih komponen cairan tubuh: cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseluler yang dapat membahayakan kesehatan. didefinisikan sebagai keadaan di mana individu berisiko ,termasuk kehilangan cairan secara berlebihan. Pada pasien dengan gastroenteritis, hal ini sering disebabkan oleh diare dan muntah yang berkelanjutan, yang mengakibatkan kehilangan secara signifikan.(nanda,2020).

2.3.2 Tanda dan Gejala Risiko Ketidakseimbangan Cairan

Adapun tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan menurut PPNI tahun 2016.

Subjektif	Objektif	Tabel	
Mengekspresikan Keinginan	1. Mengekspresikan keinginan untuk menginginkan keseimbangan cairan	2.	2
	2. Membrane mukosa lembab		
	3. Asupan makanan dan cairan adekuat untuk kebutuhan harian		
	4. Turgor jaringan baik		
	5. Tidak ada tanda edema atau dehidrasi		
Subjektif	Objektif		
Tidak tersedian	1. Urin berwarna kuning bening dengan berat		
	2. jenis dalam rentang normal		
	3. Haluaran urin sesuai dengan asupan Berat badan stabil		
	4. Berat badan stabil		
Tanda dan Gejala Ketidaseimbangan cairan			

2.3.3 Penatalaksanaan risiko Ketidakseimbangan cairan Pada Pasien

Gastroenteritis Akut

a. Rehidrasi

1. Rehidrasi Oral (Oral Rehydration Therapy/ORT)

- Indikasi: Dehidrasi ringan hingga sedang.
- Cairan: Oralit (ORS) osmolaritas rendah.
- Prinsip: Diberikan sedikit-sedikit namun sering, terutama setelah setiap episode diare/muntah.
- Teori: WHO (2019) dan Kemenkes RI menganjurkan ORS sebagai lini pertama penanganan dehidrasi ringan.

2. Rehidrasi Intravena (IV)

Indikasi: Dehidrasi sedang hingga berat, pasien tidak sadar, atau tidak mampu minum.

Jenis Cairan:

- Ringer Laktat (RL) → pilihan utama.
- NaCl 0,9% → alternatif jika RL tidak tersedia.
- Titrasi: Sesuai berat badan dan tingkat dehidrasi.

3. Monitoring Ketat

- Tanda vital: Tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi.
- Turgor kulit dan mukosa mulut: Untuk melihat tanda-tanda dehidrasi.
- Intake dan output cairan: Pantau jumlah minum dan urin setiap hari.

- Berat badan harian: Untuk menilai kehilangan cairan secara objektif.
- Pemeriksaan elektrolit serum: Jika tersedia, untuk memantau natrium, kalium, dan klorida.

b. Intervensi Keperawatan

Menurut Doenges, Moorhouse & Murr (2020):

- Observasi tanda dehidrasi: kulit kering, turgor jelek, oliguria.
- Berikan cairan sesuai program medis.
- Ajarkan pentingnya asupan cairan pada pasien dan keluarga.
- Kolaborasi dengan tim medis untuk pemeriksaan penunjang (darah, elektrolit).
- Pencegahan infeksi silang: karena gastroenteritis bersifat infeksius.