

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Definisi Gastroenteritis

Gastroenteritis adalah peradangan pada lapisan lambung dan usus kecil, yang mengakibatkan hilangnya cairan dan elektrolit secara berlebihan. Penyebabnya adalah buang air besar satu kali atau lebih disertai dengan tinja yang cair dan encer (Ngastiyah 2014).

Gastroenteritis merupakan diare yang gejalanya muncul secara tiba-tiba dan berlangsung kurang dari 14 hari. gastroenteritis juga dapat mengakibatkan kehilangan cairan dan elektrolit akibat frekuensi buang air besar satu atau lebih encer (Nari, 2019).

Gastroenteritis adalah peradangan pada selaput lendir lambung dan usus kecil. Gastroenteritis akut didefinisikan sebagai diare tiba-tiba ditandai dengan adanya mual, muntah, dan kram perut (Lweis, Dirksen. Heitkemper & Bucher, 2014).

2.1.2. Etiologi

Faktor-faktor penyebab gastroenteritis antara lain:

- a. Faktor Infeksi
 1. Infeksi Virus
 - a) Rotavirus

1) Penyebab tersering diare akut pada bayi, sering didahului atau disertai dengan muntah.

2) Timbul sepanjang tahun, tetapi biasanya pada musim dingin.

3) Dapat ditemukan demam atau muntah.

4) Di dapatkan penurunan HCC

b) Enterovirus

Biasanya timbul pada musim panas.

c) Adenovirus

1) Timbul sepanjang tahun.

2) Menyebabkan gejala pada saluran pencernaan / pernapasan.

d) Norwalk

1) Epidemik

2) 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.

2. Faktor Non Infeksi

Malabsorpsi bisa menjadi faktor non infeksi pada pasien gastroenteritis. Malabsorpsi akan karbohidrat disakarida (intoleransi laktosa, maltosa, dan sukrosa), atau non sakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa). Penyebab non-infeksi pada bayi dan anak yang menderita gastroenteritis paling sering adalah intoleransi laktosa. Malabsorpsi lain yang umum terjadi adalah malabsorpsi lemak (long chain triglyceride) dan malabsorpsi protein seperti asam amino atau B-laktoglobulin.

3. Faktor makanan

Makanan basi, beracun, atau alergi terhadap makanan tertentu (milk allergy, food allergy, cow's milk protein sensitive enteropathy/CMPSE).

4. Faktor Psikologis

Rasa takut dan cemas yang tidak tertangani dapat menjadi penyebab psikologis akan gangguan gastroenteritis.

2.1.3. Patofisiologi

Secara umum kondisi peradangan pada gastrointestinal disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin dan atau memproduksi sitotoksin. Mekanisme ini menghasilkan peningkatan sekresi cairan dan atau menurunkan absorpsi cairan sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit.

Mekanisme dasar yang menyebabkan diare (Diskin, 2008), meliputi hal-hal sebagai berikut.

- a. Gangguan osmotik, kondisi ini berhubungan dengan asupan makanan atau zat yang sukar diserap oleh mukosa intestinal dan akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.
- b. Respons inflamasi mukosa, terutama pada seluruh permukaan intestinal akibat produksi enterotoksin dari agen infeksi memberikan respons peningkatan aktivitas sekresi air dan elektrolit oleh dinding usus ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat peningkatan isi rongga usus.
- c. Gangguan motilitas usus, terjadinya hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare, sebaliknya bila peristaltik usus

menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

Usus halus menjadi bagian absorpsi utama dan usus besar melakukan absorpsi air yang akan membuat solid dari komponen feses, dengan adanya gangguan dari gastroenteritis akan menyebabkan absorpsi nutrisi dan elektrolit oleh usus halus, serta absorpsi air menjadi terganggu.

Selain itu, diare juga dapat terjadi akibat masuknya mikroorganisme hidup ke dalam usus setelah berhasil melewati rintangan asam lambung. Mikroorganisme tersebut berkembang biak, kemudian mengeluarkan toksin dan akibat toksin tersebut terjadi hipersekresi yang selanjutnya akan menimbulkan diare. Mikroorganisme memproduksi toksin. Enterotoksin yang diproduksi agen bakteri (seperti *E. coli* dan *Vibrio cholera*) akan memberikan efek langsung dalam peningkatan pengeluaran sekresi air ke dalam lumen gastrointestinal. Beberapa agen bakteri bisa memproduksi sitotoksin (seperti *Shigella dysenteriae*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Clostridium difficile*, enterohemorrhagic *E. coli*) yang menghasilkan kerusakan sel-sel mukosa, serta menyebabkan feses bercampur darah dan lendir bekas sisa sel-sel yang terinflamasi. Invasi enterosit dilakukan beberapa mikroba seperti *Shigella*, organisme *campylobacter*, dan enterovasif *E. coli* yang menyebabkan terjadinya destruksi, serta inflamasi (Jones, 2003).

Pada manifestasi lanjut dari diare dan hilangnya cairan, elektrolit memberikan manifestasi pada ketidakseimbangan asam basa dan gangguan sirkulasi yaitu terjadinya gangguan keseimbangan asam basa (metabolik asidosis). Hal ini terjadi karena kehilangan Na-bikarbonat bersama feses. Metabolisme lemak tidak sempurna sehingga benda kotor tertimbun dalam tubuh dan terjadinya penimbunan asam laktat karena adanya anoreksia jaringan. Produk metabolisme yang bersifat asam meningkat karena tidak dapat dikeluarkan oleh ginjal (terjadi oliguria/anuria) dan terjadinya pemindahan ion Na dari cairan ekstraseluler kedalam cairan intraseluler (Levine, 2009).

Respons patologis penting dari gastroenteritis dengan diare berat adalah dehidrasi, pemahaman perawat sangatlah penting mengenai bagaimana patofisiologi dehidrasi dapat membantu dalam menyusun rencana intervensi sesuai kondisi individu. Dehidrasi adalah suatu gangguan dalam keseimbangan air yang disebabkan output melebihi intake sehingga jumlah air pada tubuh berkurang Meskipun yang hilang adalah cairan tubuh, tetapi dehidrasi juga disertai gangguan elektrolit. Dehidrasi dapat terjadi karena kekurangan air (water deflection), kekurangan natrium (sodium deflection, serta kekurangan air dan natrium secara Bersama-sama (Prescilia, 2009)

Kekurangan air atau dehidrasi primer (water deflection): pada peradangan gastroenteritis, fungsi usus besar dalam melakukan absorpsi

cairan terganggu sehingga masuknya air sangat terbatas. Gejala-gejala khas pada dehidrasi primer adalah haus, saliva sedikit sekali sehingga mulut kering, oliguria sampai anuri, sangat lemah, serta timbulnya gangguan mental seperti halusinasi dan delirium. Pada stadium awal kekurangan cairan, ion natrium dan klorida ikut menghilang dengan cairan tubuh, tetapi akhirnya terjadi reabsorpsi ion melalui tubulus ginjal yang berlebihan sehingga cairan ekstrasel mengandung natrium dan klor berlebihan, serta terjadi hipertoni. Hal ini menyebabkan air keluar dari sel sehingga terjadi dehidrasi intrasel, inilah yang menimbulkan rasa haus. Selain itu, terjadi perangsangan pada hipofisis yang kemudian melepaskan hormon antidiuretik sehingga terjadi oliguria.

Dehidrasi sekunder (sodium depletion). Pada gastroenteritis, dehidrasi sekunder merupakan dehidrasi yang terjadi karena tubuh kehilangan cairan tubuh yang mengandung elektrolit. Kekurangan natrium sering terjadi akibat keluarnya cairan melalui saluran pencernaan pada keadaan muntah-muntah dan diare yang hebat. Akibat dari kekurangan natrium terjadi hipotoni ekstrasel sehingga tekanan osmotik menurun. Hal ini menghambat dikeluarkannya hormon antidiuretik sehingga ginjal mengeluarkan air agar tercapai konsentrasi cairan ekstrasel yang normal. Akibatnya volume plasma dan cairan interstisial menurun. Selain itu, karena terdapat hipotoni ekstrasel, air akan masuk ke dalam sel. Gejala-gejala dehidrasi sekunder adalah nausea, muntah-muntah, sakit kepala,

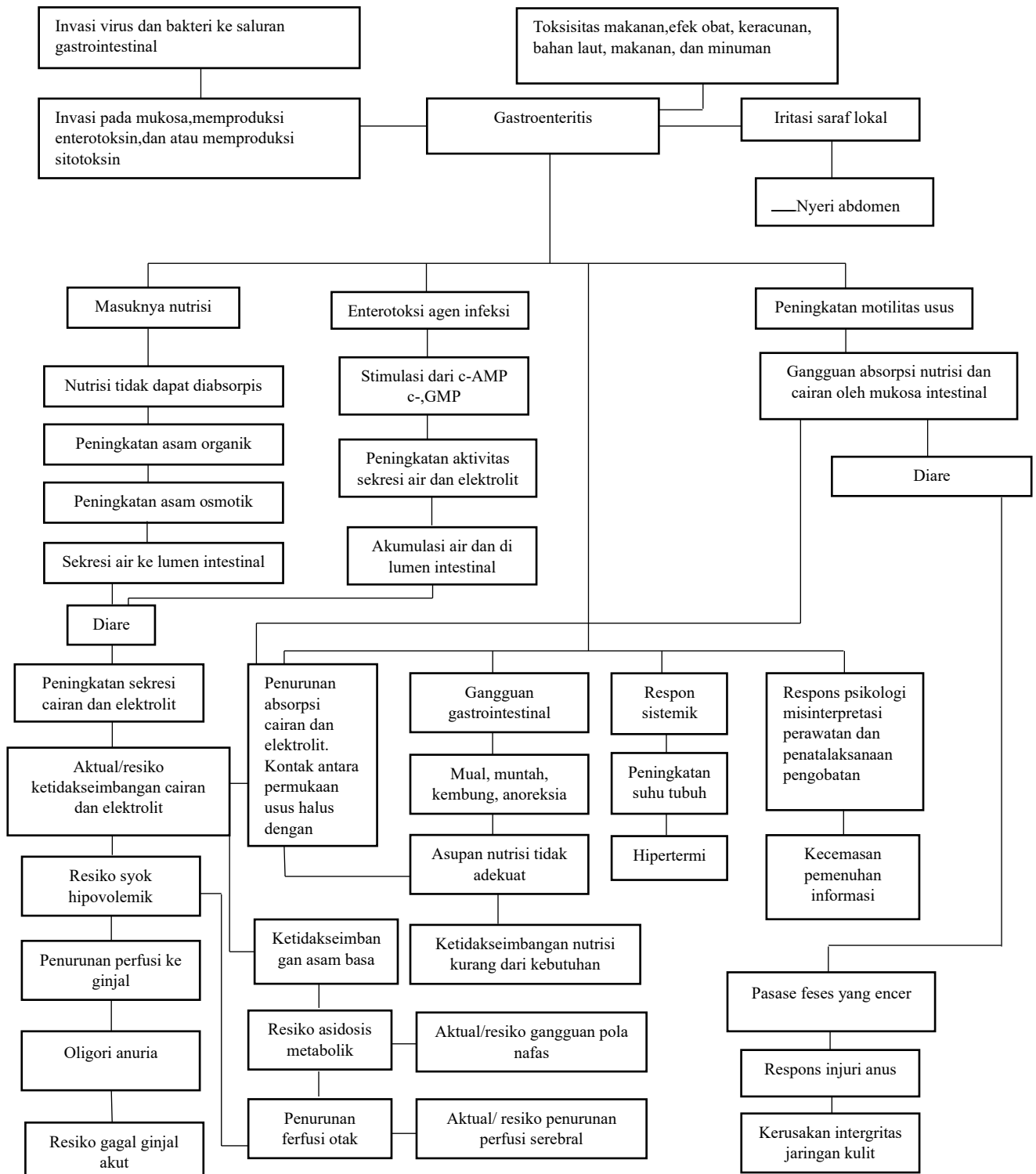
serta perasaan lesu dan lelah. Akibat turunnya volume darah, maka curah jantung pun menurun sehingga tekanan darah juga menurun dan filtrasi glomerulos menurun, kemudian menyebabkan terjadinya penimbunan nitrogen yang akan meningkatkan risiko gangguan keseimbangan asam basa dan hemokonsentrasi.

Diare dengan dehidrasi berat dapat mengakibatkan renjatan (syok) hipovolemik. Syok adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh defisiensi sirkulasi akibat disparitas (ketidakseimbangan) antara volume darah dan ruang vaskular. Faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan ini adalah bertambahnya kapasitas ruang susunan vaskular dan berkurangnya volume darah. Syok dibagi dalam syok primer dan syok sekunder. Pada syok primer terjadi defisiensi sirkulasi akibat ruang vaskular membesar karena vasodilatasi. Ruang vaskular yang membesar mengakibatkan darah seolah-olah ditarik dari sirkulasi umum dan segera masuk ke dalam kapiler dan venula alat-alat dalam (visera). Pada syok sekunder terjadi gangguan keseimbangan cairan yang menyebabkan defisiensi sirkulasi perifer disertai jumlah volume darah yang menurun, aliran darah yang kurang, serta hemokonsentrasi dan fungsi ginjal yang terganggu. Sirkulasi yang kurang tidak langsung terjadi setelah adanya kena serangan/ kerusakan, tetapi baru beberapa waktu sesudahnya, oleh karena itu disebut syok sekunder atau delayed shock. Gejala-gejalanya adalah rasa lesu dan lemas, kulit yang basah, kolaps vena terutama vena-vena superfisial, pernapasan

dangkal, nadi cepat dan lemah, tekanan darah yang rendah, oliguria, dan terkadang disertai muntah. Faktor yang menyebabkan terjadinya disparitas pada gastroenteritis adalah karena volume darah berkurang akibat permeabilitas yang bertambah secara menyeluruh. Hal ini membuat cairan keluar dari pembuluh-pembuluh dan kemudian masuk dalam jaringan sehingga terjadi pengentalan (hemokonsentrasi) darah (Vardy, 2007).

Kondisi gastroenteritis memberikan manifestasi berbagai masalah keperawatan (Bagan 2.1 Pathway Gastroenteritis) yang diberikan pada pasien untuk menurunkan keluhan melalui asuhan keperawatan.

Pathway Gastroenteritis



Bagan 2.1 Pathway Gastroenteritis

2.1.4. Tanda dan Gejala

1. Gastroenteritis akibat bakteri salmonella menimbulkan gejala:
 - a. Naiknya suhu tubuh
 - b. Konsistensi tinja cair/encer dan berbau tidak enak, kadang-kadang mengandung lendir dan darah;
 - c. Stadium prodromal berlangsung selama 2-4 hari dengan gejala sakit kepala, nyeri dan perut kembung.
2. Gastroenteritis akibat bakteri escherichia coli menimbulkan gejala:
 - a. Lemah;
 - b. Berat badan turun drastis;
 - c. Mulas menetap pada pasien bayi.
3. Gastroenteritis akibat virus vibrio menimbulkan gejala:
 - a. Rasa mulas singkat dapat terjadi sewaktu-waktu;
 - b. Konsistensi tinja encer, dan mungkin berubah menjadi cairan putih keruh tidak berbau;
 - c. Mual dan kejang pada otot kaki.
4. Gastroenteritis choleform menimbulkan gejala:
 - a. Diare dan muntah
 - b. Diare mungkin terjadi tanpa mulas dan tidak mual
 - c. Bentuk feses cair dan berwarna putih keruh
 - d. Dehidrasi.

5. Gastroenteritis disenterium menimbulkan gejala:
 - a. Gejala yang timbul adalah toksik diare.
 - b. Tinja mengandung darah dan lendir (sindrom disentri)
 - c. Jarang mengakibatkan dehidrasi.
 - d. Febris, perut kembung, anoreksia, mual dan muntah muncul setiap empat hari.

2.1.5. Komplikasi

Menurut (Lestari, 2016), komplikasi yang disebabkan oleh diare akut ataupun kronis, yaitu:

- a. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, isotonik, atau hipertonik.
- b. Syok hipovolemik.
- c. Hipokalemia (dengan gejala mekanisme, hipotonia, kelemahan, bradikardia, perubahan elektrokardiogram)
- d. Hipoglikemia.
- e. Intoleransi laktosa sekunder akibat kekurangan enzim lactase.
Kerusakan vili mukosa, usus halus.
- f. Kejang, terutama pada dehidrasi hipertonik.
- g. Gizi buruk energi dan protein yang diderita penderita selain diare dan muntah-muntah mengalami kelaparan.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang Menurut Muttaqin & Sari (2011) pemeriksaan penunjang pada gastroenteritis diantaranya:

- a. Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui berat jenis plasma dan adanya kelainan jumlah kadar leukosit.
- b. Uji elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dan fosfat.
- c. Pemeriksaan analisis gas darah untuk mengetahui gangguan keseimbangan asam basa dalam darah.
- d. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.
- e. Tes enzim untuk menilai keterlibatan rotavirus menggunakan ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*)

2.1.7. Penatalaksanaan

- a. Pemberian cairan untuk mengganti cairan yang hilang.
- b. Dietetik: pemberian makanan dan minuman khusus pada penderita dengan tujuan penyembuhan dan menjaga kesehatan adapun hal yang perlu diperhatikan:
 - 1. Memberikan ASI.
 - 2. Memberikan bahan makanan yang mengandung kalori, protein,
 - 3. vitamin, mineral, dan makanan yang bersih.
- c. Monitor dan koreksi input dan output elektrolit.
- d. Obat-obatan.
 - 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.

Trend Evidence Based Pracrise (EBP) merupakan alternatif dan metode baru dalam pemberian asuhan. Hal ini terjadi seiring dengan makin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang kesehatan yang dituntut untuk menemukan metode baru dalam pelayanan kesehatan. Salah satu EBP dalam asuhan yang sedang berkembang, yaitu terapi komplementer, terapi yang menggunakan pendekatan tidak umum yang sejalan dengan pendekatan

konvensional-medis. Beberapa dari terapi komplementer telah dilakukan dalam intervensi asuhan. Dalam The National Intervention Classification (NIC) teridentifikasi 400 intervensi asuhan yang terkait dengan terapi komplementer, salah satunya terapi pijat (Perdani & Setiyani, 2021).

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.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastroenteritis

Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, UU No. 38, Tahun 2014).

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan menjadi dasar utama dalam proses keperawatan yang nantinya akan membantu untuk penentuan masalah keperawatan dan kebutuhan pada pasien. Menurut 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 sistematik, 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

2.2.2. 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 (2011) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) menyatakan diagnosa yang sering muncul, yaitu:

- 1. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)
- 2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- 3. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076)
- 4. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)

5. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
6. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)
7. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)
8. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi (D.0111)
9. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan kukurangan/kelebihan volume cairan (D.0129)

2.2.3. 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) Definisi : Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Tampak meringis	Eliminasi Fekal Membaik (L.04033) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka eliminasi fekal membaik, dengan kriteria hasil: 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	Manajemen Diare (I.03101) 1) Observasi - Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan, pemberian botol susu)b - 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)	Manajemen Diare (I.03101) 1) Observasi - 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

- Bersikap protektif (mis. waspada, 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		- Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal - Monitor jumlah dan pengeluaran diare - Monitor keamanan penyiapan makanan 2) Terapeutik - Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte) - 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	- Untuk mengetahui kadar asupan cairan yang dibutuhkan - Sebagai akses untuk pemberian kebutuhan cairan - Untuk memberikan cairan yang hilang melalui intravena - Mengetahui adanya gangguan pada 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 mensabilkan 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
--	--	--	--

		- 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)	- Untuk membantu mengeraskan feses - Untuk mengurangi frekuensi BAB
Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisiologis (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau	Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) Setelah dilakukan keperawatan : selama 2x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:	Manajemen Nyeri (I.08238) 1) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Idenfitikasi respon nyeri non verbal	Manajemen Nyeri (I.08238) 1) Observasi - Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Untuk mengetahui tingkatan rasa nyeri yang diiderita klien

fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. waspada, 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	1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	- 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)	- 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 kualitas 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 diderita klien
--	--	---	--

- Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis		- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu 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	- 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)
		1) Observasi - Identifikasi pengalaman mual	1) Observasi

Definisi : Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif - Mengeluh mual - Merasa ingin muntah - Tidak berminat makan Objektif (tidak tersedia) Gejala dan Tanda Minor Subjektif - Merasa asam di mulut - Sensasi panas/dingin - Sering menelan Objektif - Salva meningkat - Pucat - Diaforesis - Takikardia - Pupil dilatasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka tingkat nausea menurun, dengan kriteria hasil: 1. Perasaan ingin muntah menurun	- Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) - 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 - 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)	- Untuk mengetahui pengalaman mual - Untuk mengetahui isyarat nonverbal ketidaknyamanan yang di derita klien saat ini - 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 - Untuk mengurangi faktor penyebab mual - Meminimalkan mual - Memenuhi kebutuhan nutrisi - Memenuhi kebutuhan nutrisi dan mencegah mual 3) Edukasi - Untuk meminimalkan mual - Untuk menghindari efek mual
---	--	--	---

		- Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik - Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu 3) Edukasi - Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup - Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual - Anjurkan makanan tinggi 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	- Untuk menghindari efek mual - Untuk membantu mengurangi efek mual dan mencegah nya. 4) Kolaborasi - Mengurangi mual dengan aksi sentralnya
Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif(D.0023)	Status Cairan Membaik (L.03028) Setelah dilakukan intervensi keperawatan	Manajemen Hipovolemia (I.03116) 1) Observasi	Manajemen Hipovolemia (I.03116) 1) Observasi

Definisi : Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan / atau intraselular. 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 - Volume urin menurun - Hematokrit meningkat Gejala dan Tanda Minor Subjektif - Merasa lemah - Mengeluh haus Objektif - Pengisian vena menurun - Status mental berubah - Suhu tubuh meningkat	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	- 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 posisi mendadak 4) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL)	- Untuk mengetahui tanda dan gejala hipovolemia - Untuk mengetahui intake dan output cairan pasien 2) Terapeutik - Untuk mengetahui kebutuhan cairan pada tubuh pasien - Melancarkan peredaran darah ke otak - Untuk mengatasi kebutuhan cairan pada pasien 3) Edukasi - Agar tidak mengalami dehidrasi berat - Untuk mencegah kesalahan posisi pasien dalam menjalani perencanaan keperawatan 4) Kolaborasi - Untuk menambah cairan yang dibutuhkan pasien - Untuk membantu mempercepat pemenuhan kebutuhan cairan pasien
---	--	---	--

- Konsentrasi urin meningkat - Berat badan turun tiba-tiba		- Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) - Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) - Kolaborasi pemberian produk darah	- Untuk memenuhi cairan yang dibutuhkan pasien - Untuk membantu mempercepat pemenuhan kebutuhan cairan pasien
Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130) Definisi : Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Suhu tubuh diatas nilai normal Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Kulit merah	Termoregulasi membaik (L.14134) Setelah dilakukan keperawatan selama 2x 24 jam, maka termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Suhu tubuh membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) 1) Observasi - 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 - 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)	Manajemen Hipertermia (I.15506) 1) Observasi - 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 - Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien hipertermia - Untuk membantu proses penurunan suhu tubuh

- Kejang - Takikardi - Takipnea - Kulit terasa hangat		- Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) - Hindari pemberian antipiretik atau aspirin - Berikan oksigen, jika perlu 3) Edukasi - Anjurkan tirah baring 4) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	- Untuk menurunkan suhu tubuh - Agar kebutuhan cairan pasien terjaga - Untuk menurunkan kehilangan panas melalui evaporsi - Agar suhu permukaan tubuh tetap hangat maupun dingin - Untuk menghindari terjadinya komplikasi - Untuk memenuhi kebutuhan oksigen 3) Edukasi - Untuk menghindari komplikasi seperti pendarahan atau perforasi 4) Kolaborasi - Untuk menghindari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih
Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019) Definisi :	Status Nutrisi Membaik (L.03030) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka	Manajemen Nutrisi (I.03119) 1) Observasi - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan	Manajemen Nutrisi (I.03119) 1) Observasi - Mengetahui kebutuhan nutrisi yang diperlukan sehingga dapat

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal. Gejala dan Tanda Minor Subjektif - Cepat kenyang setelah makan - Kram/nyeri abdomen - Nafsu makan menurun Objektif - Bising usus hiperaktif - Otot pengunyah lemah - Otot menelan lemah - Membran mukosa pucat - Sariawan - Serum albumin turun - Rambut rontok berlebihan	status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik Indeks massa tubuh (IMT) membaik	- 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 2) Terapeutik - 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	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 - Mengetahui asupan makanan pasien - Membantu mengidentifikasi defisit nutrisi dan kebutuhan diet - Mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium untuk melakukan perencanaan keperawatan pada pasien 2) Terapeutik - Menjaga kebersihan mulut pasien
--	--	--	--

- Diare		- Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi 3) Edukasi - Ajarkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan 4) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	- Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrsinya - Meningkatkan ketertarikan pasien - Untuk mencegah konstipasi - Untuk memenuhi kalori dan protein pasien - Membantu proses pemenuhan/pemulihan nutrisi - Menghentikan pemberian makan melalui selang NGT 3) Edukasi - 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 nutrisi 4) Kolaborasi - Menghilangkan mual yang mengganggu proses pemenuhan nutrisi
---	--	---	--

			- Untuk menentukan jumlah dan jenis kalori yang dibutuhkan
Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080) Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Gejala dan Tanda Mayor Subjektif. - Merasa bingung. - Merasa khawatir dengan akibat. - Sulit berkonsentrasi. Objektif. - Tampak gelisah. - Tampak tegang. - Sulit tidur	Tingkat Ansietas Menurun (L.09093) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Perilaku gelisah menurun Perilaku tegang 3. Konsentrasi membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) 1) Observasi - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 2) Terapeutik - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan	Reduksi Ansietas (I.09314) 1) Observasi - Untuk mengetahui perubahan pada tingkat ansietas pasien - Untuk mengetahui kemampuan pengambilan keputusan - Untuk mengetahui tanda-tanda ansietas 2) Terapeutik - Untuk menumbuhkan kepercayaan pasien - Membantu merelaksasikan perasaan pasien - Agar mengetahui situasi yang menyebabkan ansietas - Untuk mengetahui keluhan dari pasien - Untuk memberikan kepercayaan kepada pasien - Memberikan rasa nyaman kepada pasien

Gejala dan Tanda Minor Subjektif. - Mengeluh pusing. - Anoreksia. - Palpitasi. - Merasa tidak berdaya. Objektif - Frekuensi napas meningkat. - Frekuensi nadi meningkat. - Tekanan darah meningkat. - Diaforesis. - Tremors. - Muka tampak pucat. - Suara bergetar. - Kontak mata buruk. - Sering berkemih. - Berorientasi pada masa lalu.		- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang 3) Edukasi - 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 4) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	- Agar mengetahui situasi apa saja yang menyebabkan pemicu ansietas - Agar memiliki perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang 3) Edukasi - 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 4) Kolaborasi
--	--	---	--

			- Agar memperingankan gejala yang diderita pasien
Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi (D.0111) Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Gejala dan Tanda Mayor Subjektif (tidak tersedia) Objektif - Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor - Menjalani pemeriksaan yang tepat - Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis,	Tingkat Pengetahuan Meningkat (L.12111) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 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	Edukasi Kesehatan (I.12383) 1) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - 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	Edukasi Kesehatan (I.12383) 1) Observasi - Untuk menentukan teknik penyampaian perilaku hidup 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

bermusuhan, agitasi,histeria)	sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun		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 dengan Kerusakan Lapisan Kulit (D.0129) Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen). Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Integritas Kulit Meningkat (L.14125) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x 24 jam, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) 1) Observasi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) 2) Terapeutik - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) 1) Observasi - Mendeteksi penyebab tindakan yang diberikan dalam perawatan luka 2) Terapeutik - 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

(tidak tersedia) Objektif : - Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : - Nyeri - Perdarahan - Kemerahan - Hermatoma		- 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 3) Edukasi - Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah	- Mencegah kekeringan pada kulit 3) Edukasi - 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
--	--	---	---

		- Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	
--	--	---	--

2.2.4. 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.

2.2.5. 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).

2.3. Konsep Anak

2.3.1. Definisi

World Health Organisation (WHO) 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.

Kamus Bahasa Indonesia mendefinisikan anak adalah individu baik laki-laki maupun Perempuan yang belum dewasa atau baligh. Istilah baligh ini merujuk pada istilah dalam agama Islam, baligh memiliki arti kondisi kedewasaan seseorang. dalam hal ini kedewasaan secara fisik yang ditandai dengan adanya "mimpi basah". Dalam kajian kesehatan "mimpi basah" merupakan kondisi yang menunjukkan fungsinya hormon khususnya reproduksi, sehingga individu sudah memasuki usia subur.

2.3.2. Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan adalah bagian penting dari pengkajian keperawatan pada anak. Pertumbuhan adalah penambahan atau peningkatan ukuran tubuh seperti tinggi badan, berat badan dan lingkar kepala. Sedangkan perkembangan adalah peningkatan keterampilan dan kemampuan individu yang terjadi sepanjang hidupnya seperti sensorik (dengar, lihat, raba, rasa dan cium), motorik (gerak kasar

dan halus), kognitif (pengetahuan dan kecerdasan), komunikasi/berbahasa, emosi-sosial, serta kemandirian.

Tahapan tumbuh-kembang anak dibagi menjadi lima, yaitu:

1. Bayi adalah periode dari baru lahir sampai usia 1 tahun.
2. Batita adalah periode dari usia 1-3 tahun.
3. Anak usia pra sekolah adalah usia dari 3-6 tahun.
4. Anak usia sekolah adalah usia 6-12 tahun.
5. Remaja adalah usia 12-19 tahun.

Ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas tumbuh-kembang anak, yaitu:

faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi tumbuh kembang anak adalah genetik atau bawaan, umur, jenis kelamin serta ras/etnik/bangsa.

Faktor genetik atau bawaan sangat sulit diubah atau sangat sedikit diubah oleh lingkungan. Sebagai contoh anak yang telahir dari ras Eropa akan mempunyai tungkai yang lebih panjang daripada ras Mongol. Begitu juga dengan jenis kelamin, pada masa pubertas anak perempuan umumnya tumbuh lebih cepat daripada anak laki-laki, kemudian setelah melewati masa pubertas sebaliknya laki-laki akan tumbuh lebih cepat. Selain itu jika anak memiliki kelainan genetik dan kromosom pertumbuhan dan perkembangannyapun akan berpengaruh seperti yang terjadi pada anak yang menderita Sindrom Down atau Sindrom Turner.

Selain faktor internal, faktor eksternal juga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Faktor eksternal dapat dilakukan perubahan sesuai kondisi lingkungan yang ada. Yang termasuk faktor eksternal adalah gizi atau nutrisi, penyakit, aktivitas fisik, kualitas pengasuh/keluarga, teman atau sekolah.

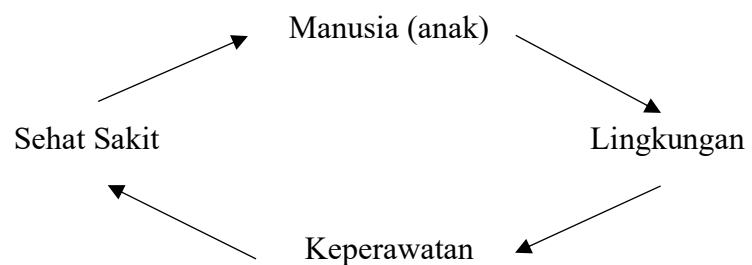
Tumbuh kembang pada anak memerlukan zat makanan yang adekuat. Apabila pemenuhan gizi baik selama di dalam kandungan

maupun saat setelah lahir tidak tercukupi, maka akan mempengaruhi pertumbuhannya.

Perkembangan anak juga dipengaruhi oleh stimulasi dan psikologis. Rangsangan/stimulasi khususnya dalam keluarga dengan keterlibatan ibu dan anggota lain, penyediaan mainan akan mempengaruhi anak dalam mencapai perkembangan yang optimal. Misalnya seorang anak yang keberadaannya tidak dikehendaki oleh orang tua atau yang selalu merasa tertekan akan mengalami hambatan dalam pertumbuhan dan perkembangannya (Chamidah, 2009). Begitu pula anak yang tidak pernah diajak berkomunikasi oleh orangtuanya, anak akan mengalami keterlambatan dalam berbicara.

2.3.3. Falsafah Keperawatan

Seperti telah dikemukakan sebelumnya bahwa keperawatan anak telah mengalami beberapa perubahan yang sangat mendasar, terutama dalam cara memandang terhadap klien anak itu sendiri dan pendekatan dalam pelayanan keperawatan anak.



Gambar 2.1 Komponen Paradigma Keperawatan Anak

b. Manusia (anak)

Manusia sebagai klien dalam keperawatan anak adalah individu yang berusia antara 0 s/d 18 tahun yang sedang dalam proses tumbuh kembang, mempunyai kebutuhan yang spesifik (fisik, psikologis, sosial, dan spiritual).

Sedangkan menurut UU. RI No 4 tahun 1979 anak adalah seseorang yang berusia 21 tahun dan belum menikah. Batasan usia 21 tahun dipakai karena pada usia ini dinggap sudah terbentuk kematangan mental & psikologis.

c. Sehat

Sehat dalam keperawatan anak adalah sehat dalam rentang sehat sakit. Sehat adalah keadaan kesejahteraan optimal antara fisik, mental, dan sosial yang harus dicapai sepanjang kehidupan anak dalam rangka mencapai tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang optimal sesuai dengan usianya. Dengan demikian apabila anak sakit, hal ini akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan fisik, psikologis, intelektual, sosial dan spiritual.



Gambar 2.2 Rentang sehat sakit

d. Lingkungan

Anak adalah individu yang masih bergantung pada lingkungan yaitu orang dewasa disekitarnya. Lingkungan terdiri atas lingkungan:

1. Lingkungan Internal meliputi: genetik (keturunan), kematangan biologis, jenis kelamin, intelektual, emosi dan adanya predisposisi atau resistensi terhadap penyakit.
2. Lingkungan Eksternal meliputi: status nutrisi, orang tua, saudara sekandung (sibling), masyarakat kelompok sekolah, kelompok/geng, disiplin yang ditanamkan orang tua, agama, budaya, status sosial ekonomi, iklim, cuaca sekitar dan lingkungan fisik biologis baik rumah maupun sanitasi sekelilingnya. Perkembangan anak sangat dipengaruhi

rangsangan terutama dari lingkungan eksternal, yaitu lingkungan yang aman, peduli, dan penuh dengan kasih sayang.

e. Keperawatan

Fokus utama dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan adalah peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, dengan falsafah yang utama yaitu asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga (family center) dan perawatan yang terapeutik (Atraumatik care).

1. Family Center

Dimana 2 konsep yang mendasari family center adalah:

- a) Memfasilitasi keluarga untuk aktif terlibat dalam asuhan keperawatan anaknya dirumah sakit.
- b) Memberdayakan kemampuan keluarga baik dari aspek pengetahuan, ketrampilan maupun sikap dalam melaksanakan perawatan anaknya dirumah sakit, melalui interaksi yang terapeutik dala keluarga (empowering).

Elemen pokok asuhan yang berpusat pada keluarga

- b) Hubungan anak dan orang tua adalah unik, berbeda antara yang satu dan yang lainnya. Setiap anak mempunyai karakteristik yang berbeda dan berespons terhadap sakit dan perawatan dirumah sakit secara berbeda pula. Demikian pula orang tua mempunyai latar belakang individu yang berbeda dalam berespons terhadap kondisi anak dan perawatan rumah sakit.
- c) Orang tua dapat memberikan asuhan yang efektif selama hospitalisasi anaknya. Telah terbukti dalam beberapa penelitian bahwa anak akan merasa aman apabila berada disamping orang tuanya. Terlebih lagi pada saat menghadapi situasi menakutkan seperti dilakukan seperti dilakukan prosedur infasif. Dengan demikian, tujuan asuhan akan

tercapai dengan baik apabila ada kerja sama yang baik antara perawat dan orang tua.

- d) Kerjasama dalam model asuhan adalah fleksibel dan menggunakan konsep dasar asuhan keperawatan anak. Saat tertentu perawat dapat melakukan asuhan keluarga dan keluarga dapat melakukan asuhan keperawatan. Pada kondisi tertentu ketika orang tua harus meninggalkan anak sesaat (misalnya membeli obat, pergi ke kamar kecil) perawat harus siap mengantikannya. Sebaliknya orang tua harus belajar melakukan tindakan keperawatan, seperti memberikan kompres, mengukur suhu, atau mengobservasi gejala panas pada anak, melalui proses pendidikan kesehatan yang diberikan perawat.
- e) Keberhasilan pendekatan ini tergantung pada kesepakatan tim kesehatan untuk mendukung kerja sama yang aktif dari orang tua. Kesepakatan untuk menggunakan pendekatan family centred tidak cukup hanya dari perawat, tetapi juga seluruh petugas kesehatan yang ada.

2. Atraumatic care

Adalah asuhan yang tidak menimbulkan trauma pada anak dan keluarganya merupakan asuhan yang terapeutik karena bertujuan sebagai terapi bagi anak. Atraumatik care bukan satu bentuk intervensi yang nyata terlihat, tetapi memberikan perhatian pada apa, siapa, dimana, mengapa, dan bagaimana prosedur dilakukan pada anak dengan tujuan mencegah dan mengurangi stres fisik dan psikologis.

Prinsip Utama dalam asuhan terapeutik

- b) Cegah atau turunkan dampak perpisahan antara orang tua dan anak dengan menggunakan pendekatan family centred.

- c) Tingkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan anaknya. Pendidikan kesehatan merupakan strategi yang tepat untuk menyiapkan orang tua sehingga terlibat aktif dalam perawatan anaknya.
- d) Cegah dan atau turunkan cedera baik fisik maupun psikologisnya. Rasa nyeri karena tindakan perlukaan (misalnya, disuntik) tidak akan bisa dihilangkan, tetapi dapat dikurangi dengan menggunakan teknik distraksi atau relaksasi.
- e) Modifikasi lingkungan fisik rumah sakit, dengan mendesainnya seperti di rumah, yaitu penataan dan dekorasi yang bernuansa anak. (misalnya menggunakan alat tenun dan tirai bergambar bunga atau binatang lucu, hiasan dinding bergambar dunia binatang atau fauna, papan nama pasien bergambar lucu, dinding berwarna dan penggunaan warna yang cerah di ruangan, tangga di cat berwarna warni)

3. Peran Perawat Anak

a. Pembela (advocacy)

Perawat dituntut sebagai pembela bagi anak/keluarganya pada saat mereka membutuhkan pertolongan, tidak dapat mengambil keputusan/menentukan pilihan, dan menyakinkan keluarga untuk menyadari pelayanan yang tersedia

b. Pendidik

Perawat berperan sebagai pendidik baik secara langsung dengan memberi penyuluhan/pendidikan kesehatan kepada orang tua anak maupun secara tidak langsung menolong orang tua/anak memahami pengobatan dan perawatan anaknya. kebutuhan orang tua terhadap pendidikan dapat mencakup pengertian dasar tentang

penyakit anaknya, perawatan anak selama di rumah sakit, serta perawatan lanjut untuk persiapan pulang di rumah.

c. Konselor

Suatu waktu anak dan keluarganya mempunyai kebutuhan psikologis berupa dukungan/dorongan mental. Sebagai konselor, perawat dapat memberikan konseling keperawatan dengan cara mendengarkan segala keluhan, sentuhan, dan hadir secara fisik, bertukar pikiran dan pendapat serta membantu mencari alternatif pemecahannya.

d. Koordinator

Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain, dengan tujuan terlaksananya asuhan holistik dan komprehensif.

e. Pembuat keputusan etik

Perawat dituntut untuk dapat berperan sebagai pembuat keputusan etik dengan berdasarkan pada nilai moral yang diyakininya dengan penekanan pada hak pasien berdasarkan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal hal yang merugikan pasien, keuntungan askep & meningkatkan kesejahteraan pasien.

f. Perencana Kesehatan

Perawat harus mempunyai suara untuk didengar oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Oleh karena itu, perawat harus dapat menyakinkan pemegang kebijakan bahwa usulan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak.

g. Pembina Hubungan terapeutik

- h. Pemantau
- i. Evaluator dan peneliti

Akhirnya sebagai peneliti, perawat anak membutuhkan keterlibatan penuh dalam upaya menemukan masalah-masalah keperawatan anak yang harus diteliti, melaksanakan penelitian secara langsung, menggunakan hasil penelitian dengan tujuan meningkatkan kualitas askep pada anak. Untuk peran ini diperlukan kemampuan berfikir kritis, menelusuri penelitaian yang sudah dilakukan serta menggunakan literatur untuk memvalidasi masalah penelitian yang ditemukan.

2.3.4. Hospitalisasi

(Halstroom & Elander 1997) mengatakan "Hospitalisasi pada anak dapat menjadi suatu pengalaman yang menimbulkan trauma baik pada anak maupun orang tua sehingga dapat menimbulkan reaksi tertentu yang akan sangat berdampak pada kerja anak dan orang tua dalam perawatan anaknya selama di RS. Sehingga betapa pentingnya perawat memahami konsep hospitalisasi". Hospitalisasi merupakan pengalaman yang mengancam pada setiap orang. Stres akibat hospitalisasi menyebabkan perasaan tidak nyaman. Anak akan meggunakan mekanisme koping yang terbatas. Bila tidak mampu menanganinya akan terajadi stres, sehingga menimbulkan krisis. Peran perawat diperlukan untuk dapat mengerti kebutuhan anak dan dapat memenuhi tahap perkembangannya. Hal tersebut dapat mengurangi stres, sehingga dapat meningkatkan perkembangan anak sesuai usia.

2.5. Konsep Diare Pada Pasien Anak Dengan Gastroenteritis

2.3.1. Definisi Diare

(Roberton, D.M 2008) 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).

2.3.2. Penatalaksanaan Diare Pada Pasien Anak Gastroenteritis

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.

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. (Ngastiyah, 2014)

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 Ayi Hanafiani , Berliana Irianti, (2021) yang berjudul asuhan kebidanan pada bayi diare dengan terapi pijat diare, penelitian oleh Marina Duwi Hapsari, Sri Hartini, Achmad Solechan,(2017) yang berjudul Efektifitas Pijat Bayi Terhadap Frekuensi Buang Air Besar (BAB) Pada Anak Usia 6-24 Bulan Dengan Diare Di Smc RS Telogorej, penelitian oleh Happy Marthalena Simanungkalit, Siska (2019) yang berjudul Baby Massage terhadap Frekuensi Buang Air Besar pada Balita dengan Diare penelitian oleh Hamidatu Faishara, Nella Vallen Ika Puspita, Mudy Oktiningrum (2023) yang berjudul Hubungan Antara Pijat Diare Dengan Intensitas Diare Pada Balita Di Wilayah Puskesmas Mijen Semarang dan 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 5 jurnal tersebut pijat diare efektif untuk menurunkan frekuensi buang aing 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

Dari hasil penelitian menunjukkan, pijat bayi berpengaruh terhadap penurunan frekuensi BAB dan tingkat dehidrasi pada anak usia 0-2 tahun dengan diare.

c) Kesimpulan Jurnal Ke 3

Ada perbedaan rata-rata frekuensi diare yang signifikan pada balita antara kelompok intervensi yang diberikan Baby Massage dengan kelompok kontrol tidak diberikan Baby Massage.

d) Kesimpulan Jurnal Ke 4

Dapat disimpulkan terdapat hubungan pijat diare terhadap intensitas diare pada balita di wilayah Puskesmas Mijen, Semarang.

e) Kesimpulan Jurnal Ke-5

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.

2.3.3. Edukasi Diare Pada Pasien Anak Gastroenteritis

(Yamin, A. et al, 2008) 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.