

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTROENTERITIS AKUT DENGAN
GANGGUAN KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANGAN
AGATE ATAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR SLAMET GARUT**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

**Ira Hertia
NIM: AKX. 17. 100**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
2020**

I.EMBAR PERSETUJUAN

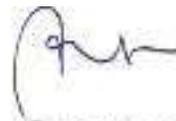
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTROENTERITIS AKUT DENGAN GANGGUAN KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANG AGATE ATAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR.SLAMET GARUT

IRA H RTIA
NIM: AKX..17.100

Karya.Tulis ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada
tanggal 04 september 2020



Ade Tika Herawati, S.kep.,Ners.,M.Kep



Tuti Suprapti, S.KP.,M.Kep
NIK: 02016020178

Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
GASTROENTERITIS AKUT DENGAN GANGGUAN
KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANG
AGATE ATAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR.SLAMET GARUT

IRA HERTIA
NIM: AKX 17100.

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal 04 september 2020



(.....)

Agus Mi'raj Darajat, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kes



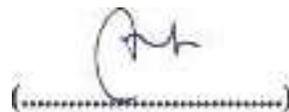
(.....)

Penguji 2

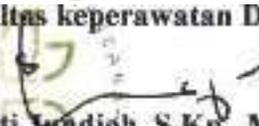


(.....)

Tuti Suprapti,S.Kp.,M.Kep



(.....)

Mengetahui,
Fakultas keperawatan Dekan

Rd. Siti Jundish, S.Kp., M.Kep

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ira Hertia
NPM : AKX 17100
Fakultas : Keperawatan
Prodi : D3 Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Klien Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Di RSUD Dr.Siamet Garut

Bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung,20.....

Yang membuat pernyataan,



Pembimbing I

Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing II

Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTROENTERITIS AKUT DENGAN GANGGUAN KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANGAN AGATE ATAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR SLAMET GARUT”** dengan sebaik – baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di UNIVERSITAS Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Ade Tika H,S.kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Tuti Suprapti,S.Kp.,M.Kepselaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

8. Rostika S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan Agate Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
9. Seluruh staff Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
10. Yang tercinta kedua orang tua Bapak Iwan Kartiwa dan Ibu Ita Rosita dan adik-adiku Riki Hermawan dan Nadila Putri yang selalu memberikan doa dan dukungan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Terimakasih kepada Gilang pratama yang telah setia menemani deri masa SMA, daftar kuliah, masa-masa perkuliahan, terimakasih atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan kepada penulis.
12. Terimakasih kepada Cindy Pujianti semasa kuliah ini telah menjadi teman terbaik dalam segala hal. Terimakasih selalu memberikan do'a, semangat, dukungan, dan selalu membantu dalam segi hal apapun. Selalu ada cerita disetiap moment. Terimakasih untuk waktu yang singkat ini, semoga persahabatan kita selalu baik seperti sekarang ini sampai kita punya kehidupan baru.
13. Erna nurhaipah, cacah ratnengsih, siti osah rohimah, terimakasih atas dorongan , semangat,dan kebersamaan yang tidak akan terlupakan
14. Seluruh teman-teman mahasiswa Diploma III Keperawatan Angkatan 2017 Universitas Bhakti Kencana Bandung yang telah membantu selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 04 September 2020

Ira Hertia

ABSTRAK

Latar Belakang : Gastroenteritis merupakan keadaan dimana BAB lebih dari 3 kali dalam sehari atau bahkan lebih. Dengan konsistensi lembek, cair, bahkan berupa air. Diruang Agate Atas RSUD Dr.Slamet Garut dan terhitung 6 bulan terakhir dari bulan juli 2019 sampai desember 2019 penyakit gastroenteritis akut berjumlah 124. Sedangkan di RSUD Dr.Slamet dengan jumlah 1291 kasus. Tindakan dalam Gastroenteritis Akut ini menyebabkan kekurangan volume cairan, jika tidak diatasi akan menyebabkan kematian pada klien karena adanya pengurangan cairan dalam tubuh apabila pasien kekurangan cairan. **Tujuan:**Setelah melaksanakan asuhan keperawatan diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam menerapkan asuhan keperawatan yang bermutu pada Klien yang mengalami Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit **Metode :** Studi kasus merupakan penjelasan tentang pemberian asuhan keperawatan yang meliputi dalam pengumpulan data secara detail. Studi kasus dilakukan pada dua klien selama satu sampai tiga hari dengan masalah keperawatan yang sama yaitu kekurangan volume cairan. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi memonitor intake dan output dapat teratasi. **Diskusi :** pada kedua klien ditemukan masalah kekurangan cairan dan elektrolit akibat BAB lebih dari 3kali. **Saran :** penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar dapat meningkat mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik lagi dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya pemberian intervensi pada pasien dengan gastroenteritis akut dengan cara meningkatkan upaya pemenuhan volume cairan.

Kata kunci : Gastroenteritis Akut, Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 6 Buku (2011-2016) 4 Jurnal (2013-2017)

ABSTRACT

Background: Gastroenteritis is a condition in which defecation is more than 3 times a day or even more. With a soft, liquid consistency, even in the form of water. In the Agate Upper Room, Dr.Slamet Garut Hospital and as of the last 6 months from July 2019 to December 2019, there were 124 acute gastroenteritis diseases. Meanwhile, in Dr.Slamet Hospital, there were 1291 cases. Acute gastroenteritis action causes a lack of fluid volume, if not treated will cause death to the client due to a reduction in fluids in the body if the patient is dehydrated.

Purpose: After implementing nursing care, it is hoped that the authors can increase their knowledge and ability in implementing quality nursing care to clients who experience acute gastroenteritis with fluid and electrolyte balance

Methods: A case study is an explanation of the provision of nursing care which includes data collection in detail. Case studies were conducted on two clients for one to three days with the same nursing problem, namely lack of fluid volume.

Result: after nursing care by providing intervention to monitor intake and output can be resolved.

Discussion: both clients found deficiency of fluids and electrolytes due to defecating more than 3 times. Suggestion: the authors suggest to the hospital to improve the quality of health services that are even better in providing nursing care, especially giving intervention to patients with acute gastroenteritis by increasing efforts to fulfill fluid volume.

Keywords: Acute Gastroenteritis, Fluid And Electrolyte Balance Disorders, Nursing Care

Bibliography: 6 Books (2011-2016) 4 Journals (2013-2017)

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Kata Pengantar.....	v
Abstract.....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Tabel.....	x
Daftar Bagan.....	xi
Daftar Lampiran.....	xii
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.4. Manfaat Penelitian.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1. Konsep Penyakit.....	10
2.1.1 Definisi.....	10
2.1.2 Etiologi.....	11
2.1.3 Anatomi Fisiologi.....	11
2.1.4 Patofisiologi.....	17

2.1.5 Manifestasi Klinis	19
2.1.6 Klasifikasi.....	21
2.1.7 Penatalaksanaan	22
2.1.8 Pemeriksaan penunjang.....	26
2.2. Konsep gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.....	27
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan	29
2.3.1 Pengkajian	29
2.3.2 Pemeriksaan penunjang.....	34
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	35
2.3.4 Intervensi Dan Rasionalisasi Keperawatan	35
BAB III METODE PENULISAN KTI.....	48
3.1. Desain	48
3.2. Batasan istilah (Definisi operasional)	50
3.3. Unit Analisis (partisipan, minimal 2)	50
3.4. Lokasi dan Waktu	50
3.5. Pengumpulan Data.....	51
3.6. Uji Keabsahan Data	52
3.7. Analisa Data	52
3.8. Etik penulisan KTI.....	53
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	56
4.1. Hasil.....	56
4.1.1 Gambaran Lokasi pengambilan Data	56

4.1.2 Asuhan Keperawatan	56
4.1.2.1 Pengkajian.....	57
4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	66
4.1.2.3 Intervensi Keperawatan.....	66
4.1.2.4 Implementasi Keperawatan	68
4.1.2.5 Evaluasi Keperawatan	70

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Skor Daldiyono	22
Tabel 2.2 Terapi Antibiotik Empiris	25
Tabel 2.3 Pemberian Antibiotik pada Diare Akut	25
Tabel 2.4 Intervensi Kekurangan volume cairan	36
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Nyaman Nyeri	38
Tabel 2.6 Intervensi ketidak seimbangan nutrisi	39
Tabel 2.7 Intervensi Hipertermia	42
Tabel 2.8 Intervensi kerusakan integritas kulit	45

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Gastroenteritis (Muttaqin, 2008).....	19

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Lembar Bimbingan
- Lampiran II : Jurnal Pendukung
- Lampiran III : Lembar Follow UP

DAFTAR SINGKATAN

KLB	: Kejadian Luar Biasa
WHO	: <i>World Health Organization</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
ADH	: <i>Anti Diuretik Hormone</i>
IWL	: <i>Isensibel Water Loss</i>
Na	: Natrium
Cl	: Klorida
HCl	: Asam Hidroklorida
NGT	: <i>Naso Gastric Tube</i>
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda-Tanda Vital
Hb	: Haemoglobin
TIO	: Tekanan Intra Okuler
CRT	: <i>Capillary Rating Time</i>
BAB	: Buang Air Besar
MRS	: Masuk Rumah Sakit
BB	: Berat Badan

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan	10

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gastroenteritis yaitu peradangan bagian lambung, usus kecil, usus besar dengan berbagai macam kondisi patologis dari saluran gastrointestinal. Yang menyebabkan gastroenteritis akut dibagi menjadi 2, yaitu Gastroenteritis Akut infeksi mikroorganisme (jasa renik) seperti bakteri, virus, dan parasite, dan Gastroenteritis Akut non infeksi seperti factor psikologis terjadi karena ketakutan dan kecemasan. (Muttaqin & Sari 2011).

Bakteri yang sering menyebabkan Gastroenteritis Akut infeksi atau gastroenteritis yaitu Shigella, Vibrio cholerae, Salmonella (non thypoid), Campylobacter jejuni, serta E.coli, Clostridium difficile (WGO European 2014). Gastroenteritis paling sering ditemukan pada orang dewasa. perkiraan pada orang dewasa setiap tahunnya yang mengalami gastroenteritis akut sebanyak 99.000.000 kasus lebih dari 250.000 pasien dirawat di rumah sakit tiap tahun (1,5% yang merupakan pasien dewasa) yang di sebabkan oleh gastroenteritis. (Nurqolis,2016)

Menurut data dari World Health Organization (WHO) dan United Nations Children's Fund (UNICEF), pada tahun 2017 terdapat 1,87 juta orang meninggal akibat kasus gastroenteritis setiap tahunnya di seluruh dunia. Secara global, diperkirakan ada 179.000.000 pasien gastroenteritis akut yang terjadi pada orang dewasa yang terjadi setiap tahunnya dengan angka pasien dirawat inap sebanyak 500.000 dan lebih dari 5000 pasien yang mengalami kematian,

sedangkan di Asia sendiri angka kesakitan gastroenteritis pada tahun 2017 yaitu terdapat 411 penderita per 1000 penduduk. Diperkirakan 82% kematian (WHO, 2017). Data Departemen Kesehatan RI menunjukkan pada tahun 2018 penderita Gastroenteritis Akut di Indonesia yang ditangani sebanyak (6,8%) dari jumlah penderita Gastroenteritis Akut keseluruhan yang tercatat berjumlah 6.897.463 orang, yang ditangani 4.017.861 orang. (Riset Kesehatan Dasar Tahun, 2018)

Mekanisme dasar penyebab timbulnya Gastroenteritis Akut yaitu gangguan osmotik yang mengakibatkan terdapatnya makan atau zat yang tidak dapat diserap akan menjadi penyebab tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga akan terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkan feses sehingga akan menimbulkan Gastroenteritis Akut. gangguan motilitas usus hiperperistaltik yang menimbulkan berkurangnya kesempatan usus untuk dapat menyerap makanan sehingga timbul Gastroenteritis Akut sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan menimbulkan bakteri timbul berlebihan (Sodikin, 2012)

Masalah-masalah yang muncul pada penderita Gastroenteritis Akut adalah suatu keadaan dimana feses hasil dari buang air besar (defekasi) yang berkonsistensi cair ataupun setengah cair, dan kandungan air lebih banyak dari feses pada umumnya. Selain dari konsistensinya, bisa disertai dengan mual muntah, serta keluhan nafsu makan menurun, akibat yang ditimbulkan dari

penyakit gastroenteritis akut adalah gangguan volume cairan dan elektrolit (Riddle, 2016)

Tindakan yang harus dilakukan pada pasien Gastroenteritis Akut dengan Gangguan Keseimbangan cairan dan elektrolit adalah pemberian makanan yang mengandung zat besi dan pemberian makanan yang sedikit berserat, pemberian cairan khusus yaitu campuran gula dan garam disebut larutan dehidrasi jika di perlukan, pemberian obat-obatan pemberian anti biotik. Pemberian cairan sangat penting mengingat komplikasi tersering yang juga dapat menjadi penyebab kematian penderita dehidrasi (Rianto, 2017).

Terapi untuk dapat mengurangi angka kematian pada kasus GEA, yaitu : dengan Cairan rehidrasi oral (CRO), dengan formula baru dimana konsentrasi glukosa dan garam yang lebih rendah diindikasikan untuk mencegah dehidrasi dan untuk mengurangi kebutuhan pemberian cairan pada intravena dan dengan Suplementasi Zinc, diindikasikan untuk mempersingkat durasi, meringankan perkembangan penyakit, serta mengurangi kemungkinan berulangnya penyakit dalam waktu 2 – 3 bulan mendatang (Pujiarto, 2014)

Penelitian Ridaul Chasanah (2018) tentang resusitasi cairan pada kasus Gastroenteritis dengan dehidrasi di Rumah Sakit Islam Kendal. Hasil penelitian, Pasien mengalami Gastroenteritis akut, mengalami derajat dehidrasi sedang (deficit cairan 10%), rerata jumlah cairan yang diberikan pada pasien Gastroenteritis dengan dehidrasi ringan 107,5 cc/jam, dehidrasi sedang 83,702 cc/jam, dehidrasi berat 258,9 cc/jam, dengan diberikan cairan Ringer Laktat, tetes infus yang digunakan makro, dan infus pump.

Gastroenteritis termasuk dalam kelompok ke 3 yang merupakan penyebab utama daftar pengobatan dan penyebab utama orang-orang datang ke fasilitas kesehatan. Angka kesakitanya mencapai sekitar 200-400 kejadian gastroenteritis diantara 1000 penduduk setiap tahunnya. Gastroenteritis merupakan masalah penyakit yang ada di Indonesia. Akibat yang akan terjadi dari gastroenteritis adalah gangguan volume cairan dan elektrolit yang merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi. Apabila penderita telah mengalami kehilangan cairan dan elektrolit

Data yang di dapatkan di RSUD Dr. Slamet Garut pada tahun 2019 penyakit Gastroenteritis Akut merupakan penyakit yang menempati posisi 8 dari 10 penyakit terbanyak jumlahnya 1291 kasus. Sedangkan di ruangan Agate Atas sendiri penyakit Gastroenteritis Akut 6 bulan terakhir sejak bulan Juli sampai dengan Desember tahun 2019 penyakit terbanyak dan menempati posisi 8 dai 10 penyakit terbanyak jumlahnya 124 orang, tingginya angka kejadian Gastroenteritis merupakan kasus rujukan Gastroenteritis Akut yang tertinggi dari data tahun sebelumnya pada tahun 2018 sebanyak 1033 kasus sedangkan pada tahun 2017 angka kejadian Gastroenteritis Akut sebanyak 984 kasus dengan angka resiko kematian lebih tinggi pada pasien dengan dehidrasi berat dengan komplikasi penyakit bawaan (RSUD Garut, 2019)

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Dr. Slamet Garut di RSUD didapatkan Gastroenteritis Akut menjadi permasalahan yang utama ditangani di RSUD ditandai dengan meningkatnya kasus Gastroenteritis Akut, bila Gastroenteritis Akut tidak segera diatasi lebih lanjut maka akan menyebabkan

dehidrasi yang mengakibatkan kematian, dalam keadaan dehidrasi yang berat disertai syok. Sementara dari data yang di peroleh dari rekam medic angka kunjungan pasien Pada bulan Januari-Maret 2020 terdapat sekitar 144 kasus. 39 Pasien Gastroenteritis Akut tanpa dehidrasi, 98 pasien dengan Gastroenteritis Akut dehidrasi ringan sedang, dan 7 pasien Gastroenteritis Akut dengan dehidrasi berat (RSUD Dr. Slamet Garut, 2020)

Diagnosis keperawatan atau masalah pasien dengan menggunakan tingkat kedaruratan atau kepentingan untuk memperoleh tahapan intervensi yang dibutuhkan berdasarkan hasil pemeriksaan maka Diagnosis keperawatan dalam penelitian ini adalah Kekurangan volumcairan berhubungan dengan kekurangan cairan aktif ditandai dengan riwayat kesehatan Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 3 Februari jam 10.35 klien mengatakan mules dan BAB mencret disertai lendir mules dirasakan hilang timbul, mules dirasakan ketika klien ingin BAB, klien mengatakan dari mulai masuk rumah sakit sudah bab 3x.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada Klien yang mengalami Gastroenteritis Akut Dengan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Agate Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Klien yang mengalami Gastroenteritis Akut Dengan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Agate Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam menerapkan asuhan keperawatan yang bermutu pada Klien yang mengalami Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Agate Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai penulis setelah pelaksanaan asuhan keperawatan adalah :

1. Melakukan pengkajian dalam memberikan asuhan keperawatan pada Klien yang mengalami Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Agate Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Klien yang mengalami Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Agate Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada Klien yang mengalami Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Agate Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.

4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Klien yang mengalami Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Agate Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.
5. Melakukan evaluasi pada Klien yang mengalami Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Agate Atas Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Memberikan kontribusi bagi pengembangan keilmuan secara umum, khususnya keperawatan medikal bedah tentang bagaimana upaya adanya pendekatan Intervensi Keperawatan di ruang rawat tidak hanya mencakup perawatan fisik, melainkan perawatan masalah psikososial maka di harapkan agar penanganan klien gastroeneritis akut dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit ini dapat dikembangkan dalam pemberian asuhan keperawatan yang holistik sehingga tercapainya asuhan keperawatan yang tepat untuk klien.

Selain itu penelitian ini bisa dijadikan referensi dan sumber informasi serta bahan kajian untuk penelitian selanjutnya. Untuk Keperawatan dapat meningkatkan pengetahuan, pembelajaran dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gastroenteritis akut dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga dapat menentukan prioritas

tindakan untuk klien di ruang rawat inap perawatan bedah RSUD Dr. Slamet Garut.

1.4.2 Praktis

1.4.2.1 Bagi Rumah Sakit

Hasil penulisan Karya Ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan manajemen asuhan keperawatan dan membantu perawat di ruang perawatan dalam meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang di berikan.

1.4.2.2 Bagi Instutusi Pendidikan

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan, khususnya dibidang perawatan Penyakit Dalam pada klien dengan Gastroenteritis Akut dengan Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit di ruang perawatan.

1.4.2.3 Bagi Penulis

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi D III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Gastroenteritis

2.1.1 Definisi Gastroenteritis

Gastroenteritis merupakan keadaan dimana seseorang buang air besar dengan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari dengan konsistensi lembek atau cair (DEPKES, 2016)

Gastroenteritis akut merupakan buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja lebih lembek dari biasanya atau cair dan dapat terjadi secara mendadak datangnya, yang berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu (Suharyono, 2018).Gastroenteritis akut didefinisikan sebagai Gastroenteritis yang berlangsung kurang dari 15 hari. (Rani AA. dkk, 2015)

Menurut World Health Organization (WHO) secara klinis Gastroenteritis didefinisikan sebagai buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200gr atau 200ml/24jam. Definisi lain kriteria frekuensi yaitu buang air besar encer tersebut dapat atau tanpa di sertai lendir dan darah .

Jadi Gastroenteritis dapat diklasifikasikan sebagai suatu kondisi buang air besar yang tidak normal dengan konsistensi tinja yang encer dapat di sertai atau tanpa di sertai darah atau lendir sebagai akibat dari terjadinya proses inflamasi pada lambung dan usus, biasanya 3 kali atau lebih sering.

2.1.2 Etiologi Gastroenteritis

Faktor infeksi Gastroenteritis menurut Ngasityah (2016).

1. Infeksi enteral : infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama Gastroenteritis
2. Infeksi bakteri : *Vibrio*, *E.Coli*, *SalmonellaCampilobaster*
3. Infeksi virus : Rostavirus, Calcivirus, Entrovirus, Adenovirus, Astrovirus
4. Infeksi parasite : cacing, protozoa (*EntamobaHistolica*, *GiardiaLambia*), jamur (*CandidaAibicans*)
5. Infeksi parenteral : infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti
Tonsilitas, *Bronkopneumonia*, *Ensevalitis*, meliputi :
Faktor mal absorbi : karbohidrat, lemak, protein
Faktor makanan : basi, racun, alergi
Faktor psikologis : rasa takut dan cemas

2.1.3 Anatomi Fisiologi Gastroenteritis

a. Anatomi Gastroenteritis

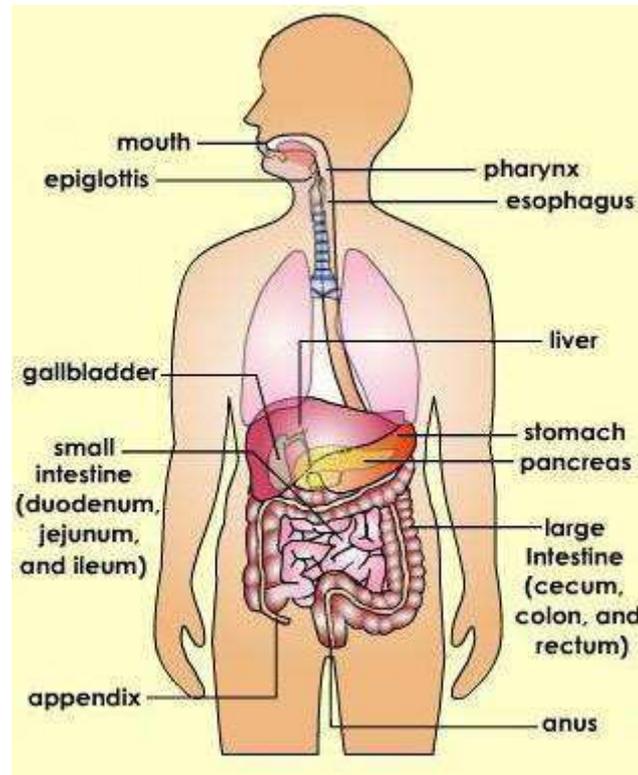
Menurut Syaifuddin (2016), susunan pencernaan terdiri dari :

1) Mulut

Terdiri dari 2 bagian :

- a) Bagian luar yang sempit / vestibula yaitu ruang diantara gusi, gigi, bibir, dan pipi. Diluar mulut ditutupi oleh kulit dan didalam di tutupi oleh selaput lendir (mukosa).
- b) Pipi di lapisi dari dalam oleh mukosa yang mengandung papila, otot yang terdapat pada pipi adalah otot buksinator.

c) Gigi



Gambar 2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan Syaifuddin (2016)

2) Dibagian rongga mulut atau dalam yaitu rongga mulut dibatasi sisinya dengan tulang maksilaris palatum dan mandibularis dibagian belakang bersambung dengan faring. palatum durum terdiri dari 2 yaitu (palatum keras) disusun atas tajuk-tajuk palatum, sebelah tulang maksilaris dan lebih kebelakang yaitu terdiri dari 2 palatum. Palatum mole (palatum lunak) berada dibagian belakang lipatnya menggantung dan dapat bergerak, terdiri atas jaringan fibrosa dan selaput lendir. Otot serat lintang yang dilapisi oleh selaput lendir, otot lidah ini dapat bergerak ke segala arah.

Lidah dibagi menjadi 3 bagian yang terdiri dari : Pangkal lidah belakang terdapat epligotis.

Punggung lidah (dorsum lingua) ada putting-puting pengecap atau ujung saraf pengecap.

Frenulum Lingua merupakan selaput lendir tepatnya berada dibagian bawah ditengah-tengah, jika tidak digerakkan ke atas akan nampak selaput lendir.

Kelenjar ludah ada 2 :

a) Kelenjar Ludah

Merupakan kelenjar yang mempunyai ductus bernama ductus wartonian dan ductus stansonian. Kelenjar ludah ada 2 yaitu kelenjar ludah bawah rahang (kelenjar submaksilaris) yang terdapat di bawah tulang rahang atas bagian tengah, kelenjar ludah bawah lidah (kelenjar sublingualis) yang terdapat di sebelah depan di bawah lidah. Di bawah kelenjar ludah bawah rahang dan kelenjar ludah bawah lidah disebut kelenjar sublingualis serta hasil sekresinya berupa kelenjar ludah (saliva).

b) Otot Lidah

Otot intrinsik lidah berasal dari rahang bawah (mandibularis, genioglossus dan prosesus stiloideus) menyebar kedalam lidah membentuk anyaman bergabung dengan otot instrinsik yang terdapat pada lidah. M genioglossus merupakan otot lidah yang terkuat berasal

daripermukaan tengah bagian dalam yang menyebar sampai radikslingua.

2) Faring (tekak)

Merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengankerongkongan (esofagus), di dalam lengkung faring terdapat tonsil(amandel) yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandunglimfosit.

3) Esofagus

Panjang esofagus sekitar 25 cm dan menjalar melalui dada dekat dengankolumna vertebralis, di belakang trakea dan jantung. Esofagus melengkung ke depan, menembus diafragma dan menghubungkanlambung. Jalan masuk esofagus ke dalam lambung adalah kardia.

4) Gaster (Lambung)

Merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyakterutama didaerah epigaster.

5) Intestinum minor (usus halus)

Bagian dari sistem pencernaan makanan yang berpangkal pada*pylorus* dan berakhir pada *seikum*, panjang \pm 6 meter. Lapisan usushalus terdiri dari :

a) Lapisan mukosa (sebelah dalam), lapisan otot melingkar(m.sirkuler)

b) Otot memanjang (m. Longitudinal) dan lapisan serosa (sebelahluar).

Pergerakan usus halus ada 2, yaitu:

a) Kontraksi pencampur (segmentasi)

Kontraksi ini dirangsang oleh peregangan usus halus yaitu.desakankimus

b) Kontraksi Pendorong

Kimus didorong melalui usus halus oleh gelombang peristaltik. Aktifitas peristaltik usus halus sebagian disebabkan oleh masuknya kimus ke dalam duodenum, perbatasan usus halus dan kolon terdapat katup ileosekalis yang berfungsi mencegah aliran feces ke dalam usus halus. Iritasi yang sangat kuat pada mukosa usus, seperti terjadi pada beberapa infeksi dapat menimbulkan apa yang dinamakan "peristaltic rush" merupakan peristaltik sangat kuat yang berjalan jauh pada usus halus dalam beberapa menit. Intestinum minor terdiri dari :

a) Duodenum (usus 12 jari)

Panjang ± 25 cm, berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri. Pada lengkungan ini terdapat pankreas. Dan bagian kanan duodenum ini terdapat selaput lendir yang membentukkan di sebut papila vateri. Pada papila vateri ini bermuara saluran empedu (duktus koledokus) dan saluran pankreas (duktus pankreatikus).

b) Yeyenum dan ileum

Lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan peritoneum yang berbentuk kipas dikenal sebagai mesenterium.

6) Intestinum Mayor (Usus besar)

Panjang ± 1,5 meter lebarnya 5 – 6 cm. Lapisan–lapisan usus besar dari dalam keluar : selaput lendir, lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang, dan jaringan ikat. Lapisan usus besar terdiri dari :

a) Seikum

Di bawah seikum terdapat appendiks vermiformis yang berbentuk seperti cacing sehingga di sebut juga umbai cacing, panjang 6 cm.

b) Kolon ascendens

Panjang 13 cm terletak di bawah abdomen sebelah kanan membujur ke atas dari ileum ke bawah hati. Di bawah hati membengkok ke kiri, lengkungan ini di sebut Fleksura hepatica, di lanjutkan sebagai kolon transversum.

c) Appendiks (usus buntu)

Bagian dari usus besar yang muncul seperti corong dari akhir seikum.

d) Kolon transversum

Panjang \pm 38 cm, membujur dari kolon ascendens sampai ke kolon descendens berada di bawah abdomen, sebelah kanan terdapat fleksura hepatica dan sebelah kiri terdapat fleksura linealis.

e) Kolon descendens

Panjang \pm 25 cm, terletak di bawah abdomen bagian kiri membujur dari atas ke bawah dari fleksura linealis sampai ke depan ileum kiri, bersambung dengan kolon sigmoid.

f) Kolon sigmoid

Merupakan lanjutan dari kolon descendens terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri, bentuk menyerupai huruf S. Ujung bawahnya berhubung dengan rectum.

7) Rektum dan Anus

Terletak di bawah kolon sigmoid yang menghubungkan intestinum mayor

dengan anus. Anus adalah bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rectum dengan dunia luar (udara luar). Terletak diantara pelvis, dindingnya di perkuat oleh 3 sfingter :

- a) Sfingter Ani Internus
- b) Sfingter Levator Ani
- c) Sfingter Ani Eksternus

2.1.4 Patofisiologi Gastroenteritis

Berdasarkan Hasan (2015), mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya Gastroenteritis adalah:

a. Gangguan sekresi

Akibat gangguan tertentu (misal oleh toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya Gastroenteritis tidak karena peningkatan isi rongga usus.

b. Gangguan osmotik

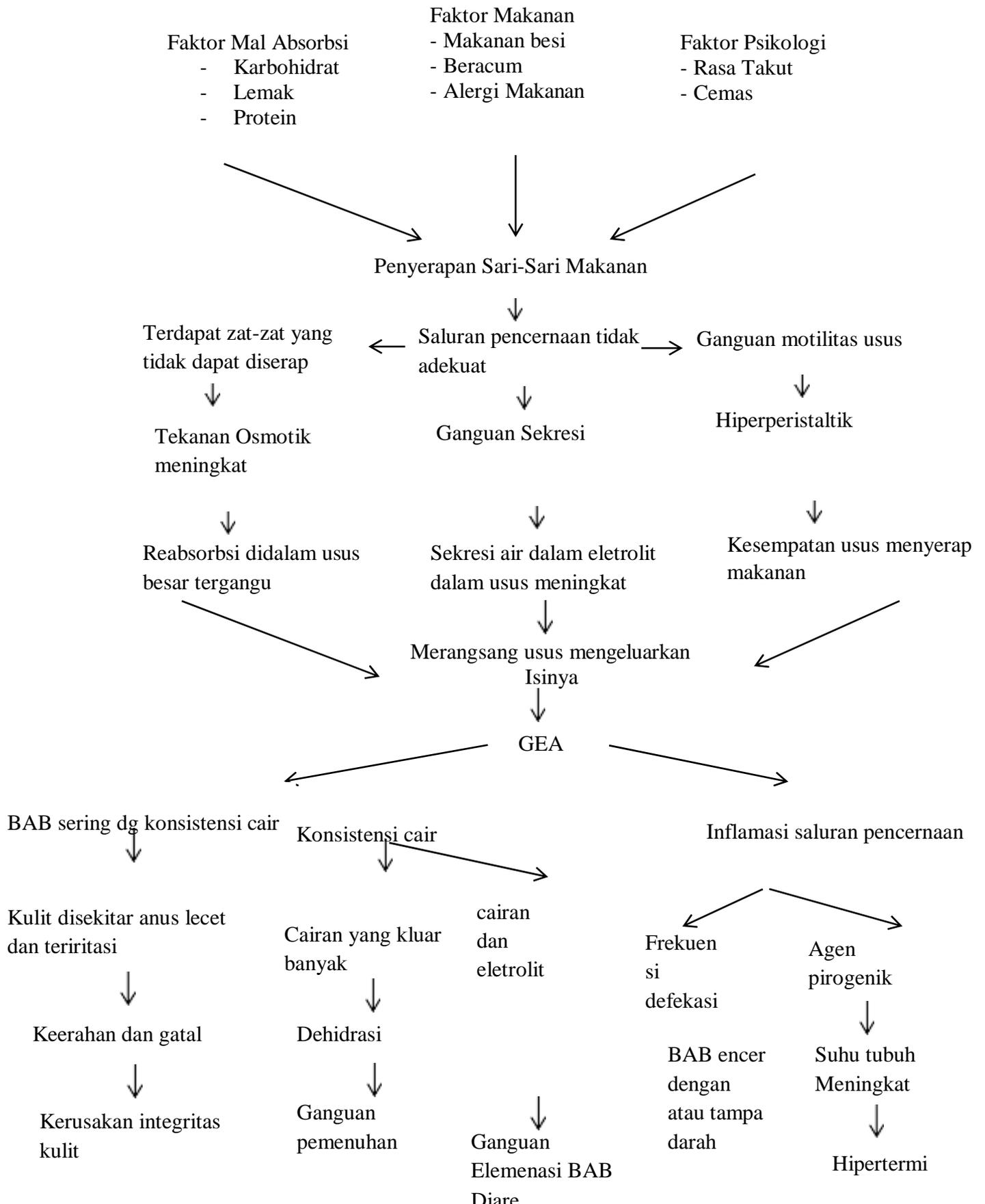
Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat di serap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul Gastroenteritis.

c. Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus

untuk menyerap makanan sehingga timbul Gastroenteritis, sebaliknya jika peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan Gastroenteritis pula.

Bagan 2.1 Pathway Gastroenteritis (Muttaqin, 2012)
 Gastroenteritis Akut Dengan Gangguan Keseimbangan Cairan
 Dan Elektrolit



Mual Muntah



Anoreksia

Nutrisi Kurang
dari kebutuhan



Gastroenteritis dapat disebabkan karena mal absorbs karbohidrat, lemak serta protein , dan dapat juga disebabkan oleh faktor makanan yang dimakan misalnya beracun atau alergi makanan, serta dapat disebabkan oleh gangguan rasa tacit dan cemas, yang semuanya itu akan mengganggu penyerapan sari-sari makanan, biasanya disertai dengan diare dan muntah, atau, meskipun tidak terlalu banyak terjadi, hanya disertai dengan salah satu gejala tersebut. Tanda-tanda dan gejala biasanya muncul 12–72 jam setelah terjangkit agen penginfeksi, Beberapa gejala yang diakibatkan oleh virus juga mungkin diasosiasikan dengan demam, letih, sakit kepala, dan Jika tinja mengandung darah ataupun tidak, yang akan berakibat pada gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit.

2.1.5 Manifestasi Klinis Gastroenteritis

Manifestasi klinis dari gastroenteritis akut biasanya bervariasi. dari salah satu hasil penelitian yang dilakukan pada orang dewasa, mual (93%), muntah (81%) atau Gastroenteritis (89%), dan nyeri abdomen (76%) umumnya merupakan gejala yang paling sering dilaporkan oleh kebanyakan pasien. Selain itu terdapat tanda-tanda dehidrasi sedang sampai berat, seperti membran mukosa yang kering, penurunan turgor kulit, atau perubahan status mental, terdapat pada <10 % pada hasil pemeriksaan. Gejala pernafasan, yang mencakup radang tenggorokan, batuk, dan rinorea, dilaporkan sekitar 10%.
Muttaqin, 2012

Sedangkan gastroenteritis akut karena infeksi bakteri yang mengandung atau memproduksi toksin akan menyebabkan Gastroenteritis sekretorik (watery diarrhea) dengan gejala-gejala mual, muntah, dengan atau tanpa demam yang umumnya ringan, disertai atau tanpa nyeri/kejang perut, dengan feses lembek atau cair. Umumnya gejala Gastroenteritis sekretorik timbul dalam beberapa jam setelah makan atau minuman yang terkontaminasi.

Gastroenteritis sekretorik (watery diarrhea) yang berlangsung beberapa waktu tanpa penanganan medis yang adekuat dapat menyebabkan kematian karena kekurangan cairan yang mengakibatkan renjatan hipovolemik atau karena gangguan biokimiawi berupa asidosis metabolik yang lanjut. Karena kehilangan cairan seseorang akan merasa haus, berat badan berkurang, mata menjadi cekung, lidah kering, tulang pipi menonjol, turgor kulit menurun serta suara menjadi serak. Keluhan dan gejala ini disebabkan depleksi air yang isotonik.

Sedangkan kehilangan bikarbonat dan asam karbonat berkurang yang mengakibatkan penurunan pH darah. Penurunan ini akan merangsang pusat pernapasan sehingga frekuensi nafas lebih cepat dan lebih dalam (pernafasan Kussmaul). Reaksi ini adalah usaha badan untuk mengeluarkan asam karbonat agar pH darah dapat kembali normal. Gangguan kardiovaskular pada tahap hipovolemik yang berat dapat berupa renjatan dengan tanda-tanda denyut nadi yang cepat, tekanan darah menurun sampai tidak terukur. Pasien mulai gelisah muka pucat ujung-ujung ekstremitas dingin dan kadang sianosis

karena kehilangan kalium pada Gastroenteritis akut juga dapat timbul aritmia jantung. (Muttaqin, 2012)

2.1.6 Klasifikasi Gastroenteritis

Gastroenteritis dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Ditinjau dari ada atau tidaknya infeksi, Gastroenteritis dibagi menjadi dua golongan:
 - a. Gastroenteritis infeksi spesifik: tifus dan para tifus, *staphilococcus disentri basiler*, dan *Enterotolitis nektrotikans*.
 - b. Gastroenteritis non spesifik: Gastroenteritis dietetis.
2. Ditinjau dari organ yang terkena infeksi Gastroenteritis:
 - a. Gastroenteritis infeksi enteral atau infeksi di usus, misalnya: Gastroenteritis yang ditimbulkan oleh bakteri, virus dan parasit.
 - b. Gastroenteritis infeksi parenteral atau Gastroenteritis akibat infeksi dari luar usus, misalnya: Gastroenteritis karena bronkhitis.
3. Ditinjau dari lama infeksi, Gastroenteritis dibagi menjadi dua golongan yaitu:
 - a. Gastroenteritis akut: Gastroenteritis yang terjadi karena infeksi usus yang bersifat mendadak, berlangsung cepat dan berakhir dalam waktu 3-5 hari. Hanya 25%-30% pasien yang berakhir melebihi waktu 1 minggu dan hanya 5 %-15% yang berakhir dalam 14 hari.
 - b. Gastroenteritis kronik: adalah Gastroenteritis yang berlangsung 2 minggu atau lebih.

2.1.7 Penatalaksanaan Gastroenteritis

Menurut Supartini (2016), penatalaksanaan medis pada pasien Gastroenteritis meliputi: pemberian cairan, dan pemberian obat-obatan. Pemberian cairan pada pasien Gastroenteritis dan memperhatikan derajat dehidrasinya dan keadaan umum.

a. Pemberian cairan

Pasien dengan dehidrasi ringan dan sedang cairan yang di berikan peroral berupa cairan yang berisikan NaCl dan Na HCO₃, KCL dan glukosa untuk Gastroenteritis akut.

Pada prinsipnya jumlah cairan yang hendak diberikan sesuai dengan jumlah cairan yang keluar dari badan. Kehilangan cairan dari badan dapat dihitung dengan memakai Metode Daldiyono berdasarkan keadaan klinis dengan skor. Rehidrasi cairan dapat diberikan dalam 1-2 jam untuk mencapai kondisi rehidrasi.

Tabel 2.1 Skor Daldiyono

Rasa haus/Muntah	1
Tekanan darah sistolik 60-90 mmHg	1
Tekanan darah sistolik < 60 mmHg	2
Frekuensi nadi > 120 x/menit	1
Kesadaran apatis	1
Kesadaran somnolen, sopor, atau koma	2
Frekuensi napas > 30 x/menit	1
Facies choleric	2
Vox choleric	2

Turgor kulit menurun	1
Washer's woman's hand	1
Sianosis	2
Umur 50-60 tahun	-1
Umur > 60 tahun	-2
Kebutuhan Cairan=Skor15 x 10% x kgBB x 1 liter	

b. Cairan Parenteral

Sebenarnya ada beberapa jenis cairan yang di perlukan sesuai denga kebutuhan pasien, tetapi semuanya itu tergantung tersedianya cairan setempat, Pada umumnya cairan Ringer Laktat (RL) di berikan tergantung berat/ringan dehidrasi, yang di perhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

1) Dehidrasi Ringan

1 jam pertama 25 – 50 ml / kg BB / hari, kemudian 125 ml / kg BB/oral.

2) Dehidrasi sedang

1 jam pertama 50 – 100 ml / kg BB / oral kemudian 125 ml / kg BB/hari.

3) Dehidrasi berat

1 jam pertama 20 ml / kg BB / jam atau 5 tetes / kg BB / menit (inperset 1 ml : 20 tetes), 16 jam berikutnya 105 ml / kg BB oralit per oral.

c. Obat- obatan

Prinsip pengobatan Gastroenteritis adalah mengganti cairan yang hilang melalui tinjadengan / tanpa muntah dengan cairan yang mengandung

elektrolit dan glukosa/ karbohidrat lain (gula, air tajin, tepung beras, dan sebagainya).

1) Obat anti sekresi

Asetosal, dosis 25 mg/ ch dengan dosis minimum 30 mg. Klorpromozin, dosis 0,5 – 1 mg / kg BB / hari.

2) Obat spasmolitik, umumnya obat spasmolitik seperti papaverin ekstrakbeladora, opium loperamia tidak di gunakan untuk mengatasi Gastroenteritis akut lagi, obat pengeras tinja seperti kaolin, pectin, charcoal, tabonal, tidak adamanfaatnya untuk mengatasi Gastroenteritis sehingga tidak diberikan lagi.

3) Antibiotik

Umumnya antibiotik tidak diberikan bila tidak ada penyebab yang jelas. Pemberian antibiotik secara empiris jarang diindikasikan pada Gastroenteritis akut infeksi, karena 40% kasus Gastroenteritis sembuh kurang dari 3 hari tanpa pemberian antibiotik. Antibiotik diindikasikan pada pasien dengan gejala dan tanda Gastroenteritis infeksi, seperti demam, feses berdarah, leukosit pada feses, mengurangi ekskresi dan kontaminasi lingkungan, persisten atau penyelamatan jiwa pada Gastroenteritis infeksi, Gastroenteritis pada pelancong dan pasien *immunocompromised*. Pemberian antibiotik dapat secara empiris, tetapi antibiotik spesifik diberikan berdasarkan kultur dan resistensi kuman.

Tabel 2.2 Terapi Antibiotik Empiris Akut Gastroenteritis

Organisme	Antibiotik Pilihan Pertama	Antibiotik Pilihan Kedua
Campylobacter	Ciprofloxacin 500mg 2 kali sehari, 3-5 hari	Azithromycin 500mg oral 2 kali sehari Erytromycin 500mg oral 2 kali sehari, 5 hari
Shigella atau Salmonella spp.	Ciprofloxacin 500mg 2 kali sehari, 3-5 hari	Ceftriaxone 1gram IM/IV sehari TMP-SMX DS oral 2 kali sehari, 3 hari
Vibrio Cholera	Tetracycline 500mg oral 4 kali sehari, 3 hari Doxycycline 300mg oral, dosis tunggal	Resisten tetracycline Ciprofloxacin 1gram oral 1 kali Erythromycin 250mg oral 4 kali sehari, 3 hari
Traveler's diarrhea	Ciprofloxacin 500mg 2 kali sehari	TMP-SMX DS oral 2 kali sehari, 3 hari
Clostridium difficile	Metronidazole 250-500mg 4 kali sehari, 7-14 hari, oral atau IV	Vancomycin 125mg 4 kali sehari, 7-14 hari

Tabel 2.3 Pemberian Antibiotik pada Gastroenteritis Akut

Pemberian Antibiotik	Pilihan Antibiotik
Demam (suhu oral > 38,5oC), feses disertai darah, leukosit, laktoferin, hemocult, sindrom disentri	Quinolone 3-5 hari, cotrimoksazole 3-5 hari
Traveler's diarrhea	Quinolone 1-5 hari
Gastroenteritis persisten (kemungkinan Giardiasis)	Metronidazole 3 x 500 mg selama 7 hari
Shigellosis	Cotrimoksazole selama 3 hari Quinolone selama 3 hari
Intestinal Salmonellosis	Chloramphenicol/cotrimoksazole/quinolone selama 7 hari

EPEC	Terapi sebagai febrile disentry
ETEC	Terapi sebagai traveler's diarrhea
EIEC	Terapi sebagai shigellosis
EHEC	Peranan antibiotik belum jelas
Vibrio non-kolera	Terapi sebagai febrile disentry
Aeromonas diarrhea	Aeromonas diarrhea
Yersiniosis	Umumnya dapat diterapi sebagai febrile disentry. Pada kasus berat: Ceftriaxone IV 1 gram/6 jam selama 5 hari.
Intestinal Amebiasis	Metronidazole 3 x 750 mg 5-10 hari + pengobatan kista untuk mencegah relaps. Diiodohydroxyquin 3 x 650 mg 10 hari atau paromomycin 3 x 500 mg 10 hari atau diloxanide furoate 3 x 500 mg 10 hari
Cryptosporidiosis	Untuk kasus berat atau immunocompromised: Paromomycin 3 x 500 mg selama 7 hari
Isosporiosis	Cotrimoksazole 2 x 160/800 selama 7 hari

2.1.8 Pemeriksaan penunjang Gastroenteritis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik:

1) Pemeriksaan tinja

- a. Makroskopis dan mikroskopis
- b. Ph dan kadar gula dalam tinja
- c. Bila perlu diadakan uji bakteri untuk mengetahui organism penyebabnya dengan melakukan pembikinan terhadap contoh tinja
- d. Pemeriksaan penunjang diperlukan dalam penatalaksanaan GA karena infeksi, karena dengan tata cara pemeriksaan yang terarah akan sampai pada terapi definitif

2) Pemeriksaan laboratorium :Darah lengkap elektrolit glukosa darah,Urine: urinlengkap, kultur dan test ke pekaan terhadap antibiotik.(Desak, 2017)

2.2 Konsep gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit Gastroenteritis

2.2.1 Konsep Kebutuhan Dasar Cairan dan Elektrolit

Menurut Abraham Maslow(1960) kebutuhan dasar manusia adalah tingkatan atau hierarki dan disebut dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow(Mubarak&Chayatin, 2017). Berikut merupakan hierarki yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar tersebut:

- a. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*)
- b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety and Security Needs*)
- c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*Love and Belonging Needs*)
- d. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*)
- e. Kebutuhan aktualisasi diri (*Need for Self Actualization*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam Hierarki Maslow. Pada klien dengan gastroenteritis biasanya mengalami kebutuhan fisiologis seperti kebutuhan cairan dan elektrolit(Mubarak&Chayatin, 2017)

Regulasi cairan dalam tubuh meliputi hubungan timbal balik antara sejumlah komponen, termasuk air dalam tubuh dan cairannya, bagian-bagian cairan, ruang cairan, membran, sistem transport, dan enzim. Sirkulasi cairan dan elektrolit terjadi dalam tiga tahap. Pertama, plasma darah bergerak diseluruh tubuh melalui sistem sirkulasi. Kedua, cairan interstisial dan komponennya bergerak di antara kapiler darah dan sel. Terakhir, cairan dan substansi bergerak dari cairan interstisial

ke dalam sel. Pengaturan keseimbangan cairan terjadi melalui mekanisme haus, anti diuretik hormone (ADH), hormon aldosteron, prostaglandin dan glukokortikoid.

Gejala klinis kekurangan volume cairan dan elektrolit (Sodikin, 2011), adalah:

- a. Penurunan kesadaran
- b. Rasa haus meningkat
- c. Nadi cepat
- d. Pernafasan cepat dan dalam
- e. Ubun-ubun besar cekung
- f. Mata cekung
- g. Turgor dan tonus kulit menurun
- h. Kulit dan selaput lendir jelek
- i. Berat badan menurun
- j. Output urine menurun akibat produksi urine menurun
- k. Rasa lemah serta lemas
- l. Gemetar dan pucat
- m. Takikardia dan dyspnea
- n. Eritrosit dan Hemoglobin (Hb) serta Hematokrit meningkat
- o. Pada keadaan yang lebih buruk terjadi shock hipovolemik

2.2.2 Kebutuhan Cairan

Kebutuhan cairan dan elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespons terhadap stressor fisiologis dan lingkungan. Cairan dan elektrolit saling

berhubungan ketidakseimbangan yang berdiri sendiri jarang terjadi dalam bentuk kelebihan atau kekurangan (Tarwoto wartonah, 2016).

Bentuk gangguan yang paling sering terjadi adalah kelebihan atau kekurangan cairan yang mengakibatkan perubahan volume. Dehidrasi merupakan suatu kondisi defisit air dalam tubuh akibat masukan yang kurang atau keluaran yang berlebihan. Kondisi dehidrasi bisa terdiri dari 3 bentuk, yaitu: isotonik (bila air hilang bersama garam, contoh: GE akut, overdosis diuretik), hipotonik (Secara garis besar terjadi kehilangan natrium yang lebih banyak dibandingkan air yang hilang. Karena kadar natrium serum rendah, air di kompartemen intravaskular berpindah ke ekstrasvaskular, sehingga menyebabkan penurunan volume intravaskular), hipertonik (Secara garis besar terjadi kehilangan air yang lebih banyak dibandingkan natrium yang hilang. Karena kadar natrium tinggi, air di kompartemen ekstrasvaskular berpindah ke kompartemen intravaskular, sehingga penurunan volume intravaskular minimal

Deraja	%kehilangan air	Gejala
Ringan	2-4% dari BB	Rasa haus, mukosa kulit kering, mata cowong
Sedang	4-8% dari BB	Rasa haus, mukosa kulit kering, mata cekung disertai delirium, oligo uri suhu tubuh meningkat.
Berat	8-14% dari BB	Rasa haus, mukosa kulit kering, mata cekung disertai koma, hipernatremi, viskositas plasma meningkat

2.2.3 Gangguan Keseimbangan Elektrolit

Hiponatremia selalu mencerminkan retensi air baik dari peningkatan mutlak dalam jumlah berat badan (total body weight, TBW) atau hilangnya natrium dalam relatif lebih hilangnya air. Kapasitas normal ginjal untuk menghasilkan urin encer dengan osmolalitas serendah 40 mOsm / kg (berat jenis 1,001) memungkinkan mereka untuk mengeluarkan lebih dari 10 L air gratis per hari jika diperlukan. Karena cadangan yang luar biasa ini, hiponatremia.

Gradasi	Gejala	Tanda
Ringan (Na 105-118)	HausMukosa kering	HausMukosa kering
Sedang (Na 90-104)	Sakit kepala, mual, vertigo	Takikardi, hipotensi
Berat (Na <90)	Apatis, koma	Hipotermi

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gastroenteritis

2.3.1 Pengkajian Gastroenteritis

Ketetapan pengkajian yang dilakukan perawat sangat berpengaruh terhadap kualitas asuhan keperawatan yang dilakukannya, terkait dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, maka ada beberapa aspek yang perlu di kaji, antara lain :

a. Riwayat pengkajian

- 1) Pemasukan dan pengeluaran cairan dan makanan (oral dan parenteral)
- 2) Tanda umum masalah elektrolit
- 3) Tanda kekurangan dan kelebihan cairan
- 4) Proses penyakit yang menyebabkan gangguan homeostasis cairan dan elektrolit

- 5) Pengobatan tertentu yang sedang di jalani dapat mengganggu status cairan
- 6) Status perkembangan seperti usia atau situasi sosial
- 7) Faktor psikologis seperti perilaku yang mengganggu pengobatan.

b. Pengukuran klinik

1. Berat badan

Kehilangan atau bertambahnya berat badan menunjukkan adanya masalah keseimbangan cairan tubuh , pengukuran berat badan di lakukan setiap hari pada waktu yang sama

2. Keadaan umum

- a) Pengukuran tanda-tanda vital seperti, suhu, nadi, dan pernafasan
- b) Tingkat kesadaran
- c) Pengukuran cairan:
 - 1) cairan oral : *naso gastric tube* (NGT) dan oral
 - 2) cairan parenteral termasuk obat-obatan IV.
 - 3) makanan yang cenderung mengandung air
 - 4) irigasi kateter atau NGT

4. Pengukuran keluaran cairan

- a) Urin
- b) Feses jumlah dan konsistensi
- c) Muntah
- d) Ukuran keseimbangan cairan dengan adekuat : normalnya sekitar 200cc

2. Keluhan utama penyakit gastroenteritis

Keluhan utama yang sering pada klien penyakit gastroenteritis atau Gastroenteritis yaitu : nyeri perut, mual, muntah.

3. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai klien dibawa kerumah sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ditempat lain selain rumah sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat sebelumnya misalnya gastroenteritis akut riwayat penggunaan obat obatan (antitrispin)

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit gastroenteritis

6. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada kliendengan gastroenteritis meliputi pemeriksaan fisik umum persistem dari observasi keadaan umum pemeriksaan fisik tanda tanda vital, dan pemeriksaan fisik Per Sistem (Muttaqin, 2011)

a. Sistem Pencernaan

Akan ditemukan keluhan pasien mencret lebih dari 3 kali/hari, mual, muntah, anoreksi, mules. Pada auskultasi bising usus akan meningkat lebih dari 25 kali/menit, pada perkusi abdomen akan ditemukan tymphani

pada abdomen kembung, palpasi kemungkinan akan ditemukan elastisitas dinding abdomen optimal dan juga nyeri tekan pada area abdomen

b. Sistem Kardiovaskular

Pada pengkajian akan ditemukan tekanan darah yang menurun, nadi cepat dan lemah, adanya peningkatan JVP, pucat, sianosis, jika keadaan berlanjut akan ditemukan bradikardi terutama pada lansia akan lebih cepat.

c. Sistem Pernafasan

Jika sudah terdapat perubahan akut elektrolit maka akan ditemukan pernafasan cepat dan dalam (kusmaul)

d. Sistem Genitourinaria

Pasien dikaji adanya penurunan urine output, semakin berat kondisi dehidrasi maka akan didapatkan kondisi oliguria bahkan sampai anuria

e. Sistem Musculokeletal

Dikaji adanya kelemahan fisik secara umum, jika Gastroenteritis kronis terjadi deflesi elektrolit dan nutrisi akan ditemukan kram otot ekstremitas

f. Sistem Integument

Pada integument akan ditemukan turgor kulit yang menurun <3 detik, peningkatan suhu tubuh, pada keadaan lanjut akan ditemukan pucat, sianosi, keringat dingin dan diaporasis

g. Sistem Persyarafan

Pada pasien yang mengalami dehidrasi akan mengeluh nyeri kepala, lesu, lebih lanjut akan ditemukan gangguan mental, halusinasi, dan delirium.

h. Sistem Endokrin

Pada endokrin gejala akan ditemukan pada sistem lain seperti kardiovaskular, genita urinaria

i. Data Psikososial

j. Pasien Gastroenteritis akan merasakan dampak psikososial berupa ketakutan karena malu akibat ketidakmampuan dalam mengontrol eliminasi. Dampak lain yang dirasakan adalah kecemasan akan keadaan penyakit yang semakin buruk

k. Data Penunjang

- 1) Darah (Hematokrit meningkat, leukosit menurun)
- 2) Feses (Bakteri atau parasit)
- 3) Elektrolit (Kalium dan natrium menurun)
- 4) Urinalisa (Urin pekat, BJ meningkat)
- 5) Analisa gas darah (Asidosis metabolik, jika sudah kekurangan cairan)

4. Pola Fungsi Kesehatan

Pola fungsi kesehatan pada klien penyakit gastroenteritis

a) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, dan tatalaksana hidup sehat.

b) Pola nutrisi

Menggambarkan masukan cairan, dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan.

c) Menjelaskan pola fungsi ekresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya defekasi.

d) Pola aktifitas dan istirahat

Menggambarkan pola dan latihan, aktifitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama, dan kedalaman pernafasan.

e) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan.

f) Pola sensori dan kognitif

Pola persepsi sensori meliputi pengkajian pengelihatn, pendengaran pada pasien katarak dapat ditemukan gejala gangguan pengelihatn perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap Sedang tandanya adalah tampak kecokelatan atau putih susu pada pupil penigkatan air mata.

d) Pola eliminasi:

Pada BAB juga mengalami gangguan karena adanya mual dan muntah yang di sebabkan lambung yang meradang

2.3.2 Pemeriksaan penunjang Gastroenteritis

Diagnosis di tegakan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan tinja

a) Makroskopis dan mikroskopis

b) Ph dan kadar gula dalam tinja

- c) Bila perlu di adakan uji bakteri untuk untuk mengetahui organism penyebabnya dengan melakukan pembikan terhadap contoh tinja
- 2) Pemeriksaan laboratorium :Darah lengkap elektrolit glukosa darah, Urine: urinlengkap, kultur dan test ke pekaan terhada antibiotik.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan Gastroenteritis

Berdasarkan(Nurarif .A.H. dan Kusuma. H, 2015) diagnosa yang muncul pada Gastroenteritis Akut adalah sebagai berikut :

- a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kekurangan cairan aktif
- b. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kram abdomen sekunder akibat gastroenteritis
- c. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kekurangan intake makan
- d. Hipertermia berhubungan dengan penurunan sirkulasi sekunder terhadap dehidrasi
- e. Perubahan integritas kulit berhubungan dengan iritan lingkungan sekunder terhadap kelembapan (Nurarif .A.H. dan Kusuma. H, 2015)

2.3.4 Intervensi Dan Rasionalisasi Keperawatan Gastroenteritis

- A. kekurangan volume cairan berhubungan dengan kekurangan cairan aktif

Tabel 2.4
Intervensi Kekurangan volume cairan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kekurangan volume cairan berhubungan	NOC : a. Fluid balance	NIC Fluid Management

dengan kekurangan cairan aktif	b. Hydration	1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan
Definisi :	c. Nutritional status : food and fluid intake	2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
Penurunan cairan intravascular, interstisial, dan/ atau intraseluler, ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan tanpa perubahan natrium	Kriteria hasil : a. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal	3. Monitor status hidrasi (kelembapan membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah pertostaltik) jika diperlukan
BatasanKarakteristik :	b. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal	4. Monitor vital sign
1. Perubahan status mental		5. Monitor masukan makanan/cairan dan intake kalori harian
2. Penurunan tekanan darah	c. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik,	6. Kolaborasi pemberian cairan intra vena
3. Penurunan tekanan nadi	membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebih	7. Monitor status nutrisi
4. Penurunan volume nadi		8. Beikan cairan intra vena pada suhu ruangan
5. Penurunan turgor kulit		9. Dorong masukan oral
6. Penurunan turgor lidah		10. Berikan pergantian nesogatrik sesuai output
7. Penurunan haluan urine		11. Dorong keluarga unruk membantu pasien makan
8. Penurunan pengisian vena		12. Tawarkan snack, (jus buah, buah segar)ngan dokter
		13. Atur kemubgknan
		14. Kolaborasi dengan dokter
		15. Atur kemungkinan tranfusi
		16. Persiapan untuk transfuse

9. Membrane mukosa	Hypovolemia management
kering	17. Monitor status cairan intake dan output cairan
10. Kulit kering	18. Pelihara IV line
11. Peningkatan hematokrit	19. Monitor tingkat Hb dan Hematokrit
12. Peningkatan suhu tubuh	20. Monitor tanda vital
13. Peningkatan konsentrasi nadi	21. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan
14. Peningkatan konsentrasi urin	22. Monitor berat badan
15. Penurunan berat badan	23. Dorong pasien untuk menambah intake oral
Faktor yang berhubungan :	24. Pemberian cairan IV monitor adanya tanda dan gejala kelebihan volume cairan
1. Kehilangan cairan aktif	25. Monitor adanya tanda gagal ginjal
2. Kegagalan mekanisme regulasi	

(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

B. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kram abdomen sekunder akibat gastroenteritis.

Tabel 2.5
Intervensi Gangguan Nyaman Nyeri Gastroenteritis

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Definisi :	NOC a. Anxiety	NIC

Merasa kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial	b. Fear Leavel c. Sleep deprivation d. Comfort, readiness for enchanced	Anxiety Reduction (Penurunan Kecemasan)
Batasan karakteristik :	Kriteria Hasil :	
1. Ansietas	a. Mampu mengontrol kecemasan	1. Gunakan pendekatan yang menenangkan
2. Menangis	b. Status lingkungan yang nyaman	2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien
3. Gangguan pola tidur	c. Mengontrol nyeri	3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
4. Takut	d. Kualitas tidur dan istirahat dekuat	4. Pahami prespektif pasien terhadap situasi stress
5. Ketidak mampuan untuk relaks	e. Agresi pengendalian diri	5. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi ketakutan
6. Iritabilitas	f. Respn terhadap pengobatan	6. Dorong keluarga untuk menemani pasien
7. Merintih	g. Control gejala	7. Lakukan back/nack rub
8. Melaporkan merasa dingin	h. Status kenyamanan meningkat	8. Dengarkan dengan penuh perhatian
9. Melaporkan merasa panas	i. Dapat mengontrol	9. Identifikasi tingkat kecemasan
10. Melaporkan perasaan tidak nyaman		10. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi
11. Melaporkan distress		11. Intruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
12. Melaporkan gatal		12. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan
13. Melaporakan perasaan lapar		
14. Melaporkan kurang puas dengan keadaan		
15. Melaporkan kurang senang dengan situasi tersebut		
16. Gelisah		
17. Berkeluh kesah		
Faktor yang berhubungan :		Environment Management Confort pain management
1. Gejala terkait penyakit		
2. Sumber yang tidak adekuat		
3. Kurang pengendalian lingkungan		
4. Kurang privasi		
5. Kurang control situasional		
6. Stimulasi lingkungan yang mengganggu		

7. Efek samping terkait terapi
(mis, medikasi, radiasi)

(Sumber : Nurarif dan Kusuma,2015)

C. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kekurangan intake makan

Tabel 2.6
Intervensi ketidak seimbangan nutrisi Gastroenteritis

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makan kurang Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik : 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. Berat badan 20% tau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kehilangan rambut berlebih 6. Bising usus hiperaktif	NOC a. Nutritional status : b. Nutritional Status : food and fluid c. Intake d. Nutritional status : nutrient intake e. Weight control Kriteria Hasil : a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	NIC Nutrition Management 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)

7. Kurang makan	d. Tidak ada tanda-tanda	8. Ajarkan pasien bagaimana
8. Kurang informasi	mal nutrisi	membuat catatan makanan harian
9. Kurang minat pada makanan	e. Menunjukkan peningkatan fungsi	9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
10. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat	pengecapan dari menelan	10. Berikan informasi tentang kebutuhan kalori
11. Kesalahan konsepsi	f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
12. Kesalahan informasi		
13. Membran mukosa pucat		Nutrition Monitoring
14. Ketidakmampuan memakan makanan		12. BB pasien dalam batas normal
15. Tonus otot menurun		13. Monitor adanya penurunan berat badan
16. Mengeluh gangguan sensasi rasa		14. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
17. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)		15. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan
18. Cepat kenyang setelah makan		16. Monitor lingkungan selama makan.
19. Sariawan rongga mulut		
20. Stomatitis		
21. Kelemahan otot pengunyahan		

22. Kelemahan otot untuk

menelan

Faktor- Faktor yang

berhubungan :

1. Faktor biologis
2. Faktor ekonomi
3. Ketidak mampuan
untuk mengabsorpsi
nutrient
4. Ketidak mampuan
untuk mencerna
makanan
5. Ketidak mampuan
untuk menelan
makanan
6. Faktor psikologis

(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

D. Hipertermia berhubungan dengan penurunan sirkulasi sekunder terhadap dehidrasi

Tabel 2.7
Intervensi Hipertermia Gastroenteritis

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Hipertermia	NOC Termoregulation	NIC Fever Treatment

<p>Definisi : peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal.</p>	<p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Suhu tubuh dalam rentang normal</p> <p>b. Nadi dan RR dalam rentang normal</p> <p>c. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing</p>	<p>1. Monitor suhu sesering mungkin</p> <p>2. Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>3. Monitor tekanan darah, nadi, dan RR</p> <p>4. Monitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>5. Monitor WBC, Hb, dan Hct</p> <p>6. Monitor intake output</p> <p>7. Berikan antipiretik</p> <p>8. Selimuti pasien</p> <p>9. Kolaborasi pemberian cairan intravena</p> <p>10. Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila</p>
<p>Batasan karakteristik :</p> <p>1. Konvulsi</p> <p>2. Kulit kemerahan</p> <p>3. Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal</p> <p>4. Kejang</p> <p>5. Takipneu</p> <p>6. Kulit terasa hangat</p>		<p>11. Tingkatkan sirkulasi udara</p> <p>12. Berikan pengobatan untuk mencegah terjadinya menggigil</p>
<p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>1. Anastasia</p> <p>2. Penurunan respirasi</p> <p>3. Dehidrasi</p> <p>4. Pemajanan lingkungan yang panas</p> <p>5. Penyakit</p> <p>6. Pemakaian pakaian yang tidak sesuai dengan suhu lingkungan</p>		<p>Temperatureregulation</p> <p>13. Monitor suhu minimal tiap 2 jam.</p> <p>Rencanakan monitoring suhu secara continue</p>

-
- | | |
|------------------------------------|---|
| 7. Peningkatan laju
metabolisme | 14. Monitor tekanan darah,
nadi, dan RR |
| 8. Medikasi | 15. Monitor warna dan suhu
kulit |
| 9. Rauma | 16. Monitor tanda-tanda
hipertermi dan hipotermi |
| 10. Aktivitas berlebih | 17. Selimuti pasien untuk
mencegah hilangnya
kehangatan tubuh |
| | 18. Ajarkan pada pasien cara
mencegah keletihan akibat
panas |
| | 19. Diskusikan tentang
pentingnya pengaturan suhu
dan kemungkinan efek
negatif dari kedinginan |
| | 20. Ajarkan indikasi dari
hipotermi dan penanganan
emergency yang diperlukan |
| | 21. Berikan antipiretik jika perlu |
| | Vital sign Monitoring |
| | 22. Monitoring tekanan darah,
nadi, suhu, dan RR |
| | 23. Monitoring VS saat pasien
berbaring, duduk, atau
berdiri |
-

-
- 24. Auskultasi tekanan darah pada kedua lengan dan bandingkan
 - 25. Monitor tekanan darah, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
 - 26. Monitor pola pernapasan abnormal
 - 27. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
 - 28. Monitor sianosis perifer
 - 29. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)
 - 30. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
-

(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

- E. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritan lingkungan sekunder terhadap kelembapan

Tabel 2.8
Intervensi kerusakan integritas kulit Gastroenteritis

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
----------------------	---------------------------	------------

Kerusakan integritas kulit	NOC	NIC
<p>Definisi :</p> <p>Perubahan/gangguan epidermis dan/atau dermis</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <p>1. Kerusakan lapisan kulit (dermis)</p> <p>2. Gangguan permukaan kulit (epidermis)</p> <p>3. Invasi struktur tubuh</p> <p>Faktor Yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eksternal 1. Zat kimia, radiasi 2. Usia yang ekstrim 3. Kelembapan 4. Hipertermi, Hipotermi 5. Faktor mekanik 6. Medikasi 7. Lembab 8. Mobilitas fisik • Internal 9. Perubahan status cairan 	<p>a. Tissue Integrity : Skin and Mucous</p> <p>b. Membrans</p> <p>c. Hemodyalis akses</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas) tidak ada luka/lesi pada kulit</p> <p>b. Perfusi jaringan baik</p> <p>c. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang</p> <p>d. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</p>	<p>Pressure Management</p> <p>1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>2. Hindari kerutan pada tempat tidur</p> <p>3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien setiap dua jam sekali)</p> <p>5. Monitor kulit akan adanya kemerahan</p> <p>6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</p> <p>7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</p> <p>8. Monitor status nutrisi pasien</p> <p>9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</p> <p>Insisin Site Care</p> <p>10. Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses</p>

10. Perubahan pigmentasi	penyembuhan pada luka
11. Perubahan turgor	yang ditutup dengan
12. Faktor perkembangan	jahitan, klip atau straples
13. Kondisi ketidak seimbangan nutrisi	11. Monitor proses kesembuhan area insisi
14. Penurunan imunologis	12. Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi
15. Penurunan sirkulasi	13. Bersihkan area sekitar jahitan atau sapes,
16. Kondisi gangguan metabolic	menggunakan lidi kapas steril
17. Gangguan sensasi	14. Gunakan preparat antiseptic, sesuai program
18. Tonjolan tulang	15. Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program
	Dialysis Acces
	Maintenance

(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.3.4 Implementasi Keperawatan Gastroenteritis

Implementasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengikuti rumusan dari rencan keperawatan. Pelaksanaan keperawatan mencakup melakukan, membantu, memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai

tujuan yang berpusat pada klien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien (Nurbaeti, 2013).

2.3.5 Evaluasi Gastroenteritis

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan criteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Nurbaeti, 2013)