

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teoris Medis

2.1.1 Pengertian

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan jumlah tinja yang lebih banyak dari biasanya (normal 100-200 ml per jam tinja), dengan tinja berbentuk cairan atau setengah cair (setengah padat) dapat pula disertai frekuensi yang meningkat (Arif Mansjoer, 2008). Diare akut adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari pada biasanya lebih dari 200 gram atau 200 gram atau 200ml/24 jam. (NANDA, 2015)

Dan menurut Ngastiyah (2005) *Gastroenteritis* adalah BAB dengan jumlah tinja yang banyak dari biasanya, dengan tinja yang berbentuk cairan atau setengah cair dapat pula disertai frekuensi defekasi yang meningkat

2.1.2 Etiologi

Faktor infeksi *gastroenteritis* menurut Ngastiyah (2005).

1. Infeksi enteral : infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak.
 - a) Infeksi bacteria : *Vibrio Cholera*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Escherichia Coli*, *Salmonella sp*, *Bacillus cereus*, *Aeromonas hydrophilia*, *Campylobacter jejuni*, *Clostridium difficile*, *Shigella sp*, *Staphylococcus aureus*, *Yersinia enterocolitica*.

- b) Infeksi virus : Rotavirus, Enterovirus, Adenovirus, Astrovirus, Virus Norwalk, Calicivirus, Coronavirus, Minirovirus, Virus bulat kecil.
 - c) Infeksi parasit : cacing (ascaris, oxyuris), protozoa (entamoeba histolytica, giardia lamblia), jamur (candida albicans).
2. Infeksi Parenteral : infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti tonsillitis, broncopneumonia, Ensefalitis, Meliputi :
- a) Faktor Malabsorpsi : Karbohidrat, Lemak, Protein.
 - b) Faktor Makanan : Basi, Racun, Alergi.
 - c) Faktor Psikologi : Rasa takut dan cemas

2.1.3 Patofisiologi

Patofisiologi dari *Gastroenteritis* adalah meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat dari gangguan absorbs dan ekskresi cairan dan elektrolit yang berlebihan, cairan sodium, potassium dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstraseluler kedalam tinja, sehingga mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit dan dapat terjadi asidosis metabolic.

Gastroenteritis yang terjadi merupakan proses dari transport aktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit kedalam usus halus, sel dalam mukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatnya sekresi cairan dan elektrolit. Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal sehingga mengurangi fungsi permukaan intestinal. Perubahan kapasitas intestinal dan terjadi gangguan absorpsi cairan dan

elektrolit. Peradangan akan menurunkan kemampuan intestinal untuk mengabsorpsi cairan dan elektrolit dan bahan-bahan makanan ini terjadi pada sindrom malabsorpsi. Peningkatan motilitas intestinal dapat mengakibatkan gangguan absorpsi intestinal.

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya *gastroenteritis* ada 3 macam yaitu :

1. Gangguan Osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan dalam rongga yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul *gastroenteritis* (Aryunani, 2010)

2. Gangguan Sekresi

Gangguan sekresi ini disebabkan karena adanya rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya timbul *gastroenteritis* karena terdapat peningkatan isi rongga usus (Aryunani, 2010)

3. 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, dan mengakibatkan *gastroenteritis* kembali timbul.

Dari ketiga mekanisme di atas menyebabkan :

1. Kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolic hipokalemia).
2. Gangguan Gizi akibat kelaparan (masukan kurang, pengeluaran bertambah)
3. Hipoglikemia
4. Gangguan sirkulasi darah

2.1.4 Manifestasi Klinik

Beberapa tanda dan gejala tentang diare menurut Suriadi (2002) antara lain:

1. Sering BAB dengan konsistensi tinja cair atau encer.
2. Terdapat luka tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelek (elastisitas kulit menurun) ubun-ubun dan mata cekung, membrane mukosa kering.
3. Kram abdominal disebabkan oleh tekanan osmotik yang meningkat.
4. Demam akibat adanya agen pirogenic.
5. Mual dan muntah akibat terjadi inflamasi pada saluran pencernaan.
6. Anoreksia akibat anak mengalami mual muntah.
7. Lemah akibat banyak cairan yang banyak keluar.
8. Pucat akibat pasien tidak mau makan dan cairan yang banyak keluar.
9. Perubahan TTV, nadi dan pernafasan cepat.
10. Menurun atau tidak ada produksi urin.

2.1.5 Komplikasi

Beberapa komplikasi dari diare menurut suriadi (2002) adalah :

1. hipokalemia (dengan gejala matorisme hipotonii otot lemah bradikardi perubahan elektrokardiogram).
2. Hipokalsemia akibat ketidakseimbangan elektrolit.
3. Cardiac dysrhythimias akibat hipokalsemia
4. Hiponatremi.
5. Syok hipovolemik.
6. Asidosis akibat kehilangan bikarbonat.
7. Dehidrasi akibat hilangnya banyak cairan dan elektrolit didalam tubuh

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang Menurut Sudoyo aru (2015)

1. Pemeriksaan tinja
 - a. Makroskopis dan Mikroskopis
 - b. Ph dan kadar Gula dalam tinja
 - c. Biakan dan resistensi feses (colok dubur)
2. Analisa Gas Darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (pernapasan kusmaul)
3. Pemeriksaan Kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal Ginjal
4. Pemeriksaan elektrolit Terutama kadar Na, K, Kalsium dan posfat

Adapun Pemeriksaan penunjang yang lain menurut Mansjoer (2008)

1. Pemeriksaan tinja : Makroskopis dan mikroskopis PH dan kadar gula juga ada intoleransi gula biarkan kuman untuk mencari kuman penyebab dan uji retensi terhadap berbagai antibiotic.
2. Pemeriksaan Darah : perifer lengkap, Analisa gas darah (AGD), elektrolit (terutama Na, K, Ca, P Serum pada diare yang disertai kejang)
3. Pemeriksaan kadar Ureum dan creatinin darah untuk mengetahui fal ginjal.
4. Duodenal intubation untuk mengetahui kuman penyebab secara kuantitatif dan kualitatif terutama pada *gastrieteritis* akut.

2.1.6 Penatalaksanaan Medis

1. Penatalaksanaan Medis menurut Biddulp and stace (1999) adalah pengobatan dengan cara pengeluaran diet dan pemberian cairan.
 - a) *Gastroenteritis* tanpa dehidrasi memerlukan cairan tambahan berupa apapun misalnya air gula, sari buah segar, air the segar, kuah sup, air tajin, ASI. Jangan memberikan air kembang gula, sari buah air dalam botol karena cairan yang terlalu banyak mengandung gula akan memperburuk diare.
 - b) *Gastroenteritis* dengan dehidrasi sedang memerlukan cairan khusus yang mengandung campuran gula dan garam yang disebut larutan dehidrasi oral (LDO). LDO ini dibuat dengan mencampurkan sebungkus garam rehidrasi kedalam 1 liter air bersih.

- c) *Gastroenteritis* dengan dehidrasi berat memerlukan cairan intravena disamping LDO.
2. Penatalaksanaan keperawatan nelson (1999) antara lain :
- a) Penderita yang dirawat inap harus ditempatkan pada tindakan pencegahan eterik termasuk cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan penderita.
 - b) Jas panjang bila ada kemungkinan pencernaan dan sarung tangan bila menyentuh barang terinfeksi.
 - c) Penderita dan keluarganya di didik mengenal cara perolehan entero pathogen dan cara mengurangi penularan.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur, 2012).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikassi

dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2012).

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

2.2.4 Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012)

2.2.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012)

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan tinjauan teori

2.3.1 Pengkajian

I. Pengumpulan Data

- 1) Identitas klien

Pada pengkajian disebutkan nama, jenis kelamin, pria atau wanita, umur, agama, suku/bangsa, alamat dan tanggal lahir

2) Keluhan utama

Merupakan keluhan yang dirasakan oleh klien saat dilakukan pengkajian, anak biasanya dibawa ke rumah sakit setelah mengalami BAB cair > 3x. gelisah, rewel, anoreksia, dan suhu tubuh meningkat.

3) Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan pengembangan dari keluhan utama yang dirasakan klien melalui metode PQRST dalam bentuk narasi.

b. Riwayat kesehatan Dahulu.

Dikaji tentang penyakit yang pernah diderita klien, meliputi apakah klien sebelumnya pernah dirawat dengan penyakit yang sama dengan sekarang yaitu Gastroenteritis.

c. Riwayat kesehatan Keluarga

Dikaji apakah anggota dalam keluarga klien ada yang menderit penyakit seperti klien.

d. Riwayat Alergi

Dikaji riwayat alergi klien seperti : obat, makanan susu dll.

e. Riwayat Imunisasi Usia 1 tahun

Pada umur 1 tahun imunisasi dasar harus di berikan dengan lengkap. BCG diberikan 1 kali sebelum berumur 2 bulan.

DPT diberikan 3 kali dengan interval 4 minggu diberikan setelah usia 2 bulan. Polio diberikan 4 kali dengan interval 4 minggu diberikan bersama waktu imunisasi DPT dengan cara diteteskan langsung dari mulut sebanyak 2 tetes. Campak diberikan 1 dosis pada umur 9 bulan. Hepatitis B diberikan 3 kali, diberikan sedini mungkin dengan jarak 1 bulanantara suntikan 1 dan 2 serta 5 bulan antara suntikan 2 dan 3.

f. Riwayat Kehamilan dan Persalinan.

Prenatal Care : Pada ibu hamil periksa kehamilan sedini mungkin, paling sedikit 4 kali (Tribulan I : satu kali, Tribulan II : satu kali dan Tribulan ke III : dua kali)

Natal Care : Proses kehamilan harus direncanakan untuk menuju persalinan yang aman, termasuk resiko rendah atau resiko tinggi.

Post Natal Care : Perawatan setelah kelahiran Harus diperhatikan terutama perawatan tali pusat danpemberian ASI Eksklusif.

g. Riwayat tumbuh kembang

Fisik : Pada umur 1 tahun, gigi pada anak mulai muncul, namun masih terbatas pada gigi seri selanjutnya otot-otot atau tulang sudah mulai keras,anak sudah mampu berjalan.

Motorik : berdiri tanpa berpegangan, membungkuk untuk mengambil mainan, berjalan mundur 5 langkah, menaiki

tangga, menumouk 2 kubus, memasukkan kubus kedalam kotak, memegang alat tulis walaupun belum tepat.

Sosial emosional : semakin lekat dengan pengasuh, menunjukkan rasa takut kepada orang asing, dan lebih jelas mengkomunikasikan emosi.

h. Psikososial

Adanya perubahan fungsi struktur tubuh dan adanya tindakan dialisis akan menyebabkan penderita mengalami gangguan gambaran diri. Lamanya perawatan, banayaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan klien mengalami kecemasan, gangguan konsepdiri (gambaran diri) dan gangguan peran keluarga (*self esteem*).

II. Pola fungsi kesehatan

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Kemampuan keluarga klien dalam hal personal hygiene, kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, kualitas air yang di gunakan untuk minum.

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Dikaji tentang frekuensi makanan, jenis diit, porsi makan, riwayat alergi terhadap suatu jenis makanan tertentu, pada klien GE biasanya terjadi penurunan nafsu makan akibat mual, muntah, anoreksia yang menyebabkan penurunan berat badan anak (Brunner & Suddart, 2001 : 1625)

3. Pola Aktifitas dan Latihan

Dikaji untuk mengetahui tingkat aktifitas klien, biasanya aktifitas klien akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen.

4. Pola Eliminasi

Kebutuhan seseorang atau kebiasaan seseorang dalam eliminasi Alvi maupun uri berbeda-beda. Pada klien *Gastroenteritis* biasanya terganggu karena diare.

5. Pola Istirahat Tidur

Dikaji untuk mengetahui pola tidur klien mengalami gangguan atau tidak, biasanya pada klien GE akan terganggu tidurnya karena ada distensi abdomen yang akan membuat rasa tak nyaman.

6. Pola Persepsi dan Sensori

Pada umumnya klien *Gastroenteritis* pada indera pendengaran dan indera penciuman tidak mengalami gangguan, dan indera penglihatan fungsinya tidak terpengaruhi.

7. Pola Persepsi Diri

Klien tidak merasa malu dengan penyakit yang dideritanya saat ini yaitu *Gastroenteritis* karena penyakit *Gastroenteritis* bukan termasuk penyakit yang menular.

8. Pola Hubungan Peran

Pada klien *Gastroenteritis* hubungan klien dengan lingkungan dan teman-temannya bermain tidak mengalami gangguan, hanya saja aktifitasnya dibatasi.

9. Pola Reproduksi Seksual

Pengetahuan klien tentang reproduksi dan seksual tergantung pada usia klien.

10. Pola Penanggulangan *Stress*.

Dalam menangani stress, biasanya klien akan membicarakan masalahnya pada orang terdekat (ibu, bapak, atau teman).

11. Pola Tata nilai dan Kepercayaan

Tata nilai dan kepercayaan individu disesuaikan menurut agama dan kepercayaan masing-masing.

III. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

a. Keadaan umum

Tampak lemah, kesadaran composmentis sampai koma, suhu tubuh tinggi, nadi cepat dan lemah, pernapasan agak cepat.

b. Kepala dan Leher

Meliputi ada tidaknya benjolan pada kepala, kerontokan rambut per hari, leher tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid distensi *vena jugularis*.

c. Mata

Konjungtiva (merah mudah/anemia) ada *icterus* apa tidak, mata Nampak cekung atau cowong.

d. Hidung

Yang perlu dikaji ialah adanya secret, epistaxis, pernapasan cuping hidung, bentuk hidung dll.

e. Mulut dan Tenggorokan

Yang perlu dikaji mukosa bibir, adanya stomatitis, cyanosis, lidah tampak kotor atau tidak, tonsil terjadi hyperemia apa tidak.

f. Telinga

Bentuk simetris, adanya serumen, cairan dan fungsi pendengarannya.

g. Dada

Bentuk dada simetris atau asimetris, tidak terdapat tanda-tanda dyspneu dan retraksi adanya nyeri tekan atau tidak. terdapat adanya bunyi nafas atau tidak (*wheezing, ronchi*)

h. Abdomen

Yang perlu dikaji adanya kembung, nyeri tekan, turgor dan bising usus (normal terjadi tiap 10 sampai 20 detik dan dapat terdengar bunyi berdeguk dan bunyi keroncongan).

i. Punggung

Meliputi ada tidaknya kifosis, lordosis, adanya lecet dan nyeri punggung.

j. Genetalia

Meliputi kebersihannya, normal atau tidak (hernia, artesiani)

k. Musculoskeletal

Meliputi pergerakan ekstremitas atas dan bawah, refleksi patella, warna kuku, ada tidaknya atrofi otot.

2.3.2 Analisa data

Analisa data adalah suatu tahap yang mengkaitkan dan menghubungkan data dengan konsep teori dan penutup yang relevan untuk membuat kumpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan perawatan pasien (Effendi, 2003)

Dari data yang telah di kumpulkan kemudian di kelompokkan menjadi dua macam yaitu data objektif yang ditemukan secara nyata (data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung) dan data subjektif yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarganya (data ini didapat dari wawancara perawat kepada klien dan keluarga). Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah klien dari kelompok data yang dikumpulkan yaitu :

1) Tidak ada masalah tapi ada kebutuhan

- a. Klien tidak memerlukan peningkatan kesehatan, klien hanya memerlukan pemeriksaan kesehatan dan memerlukan follow up

secara periodic karena tidak ada masalah serta klien telah mempunyai pengetahuan untuk antisipasi masalah.

- b. Klien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya preventif dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.

2) Ada masalah dengan kemungkinan

- a. Resiko terjadi masalah karena adanya faktor yang dapat menimbulkan masalah.
- b. Aktual terjadi masalah disertai data pendukung (Keliat, 1999 : 4)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Doenges, 2000).

Adapun diagnosa yang sering muncul baik actual maupun potensial pada klien *Gastroenteritis* antara lain :

1. Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi usus (NANDA, 2015)
2. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (NANDA, 2015)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan. (NANDA, 2015)

4. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi (NANDA, 2015)
5. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/BAB sering (NANDA, 2015)

2.3.4 Perencanaan Keperawatan

1. Diare berhubungan dengan proses infeksi, inflamasi diusus (NANDA, 2015)

Tujuan : Diare dapat dihentikan

Kriteria hasil : Feses Berbentuk, BAB sehari 3 kali, Tidak mengalami diare.

Intervensi :

- a) Monitor tanda dan gejala Diare

Rasional : Untuk mengetahui awal diare

- b) Ukur Diare/Keluaran Diare

Rasional : Untuk mengukur kehilangan cairan saat BAB/Diare

- c) Evaluasi intake makanan yang masuk

Rasional : Untuk mengetahui Cairan masuk

- d) Intruksikan klien untuk makan rendah serat, tinggi protein dan tinggi kalori

Rasional : Untuk menjaga Kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan tubuh saat sakit.

- e) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat anti diare dan antibiotik.

Rasional : untuk memperbaiki ketidak seimbangan cairan dan elektrolit

2. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (NANDA, 2015)

Tujuan : Kebutuhan cairan terpenuhi dan Mempertahankan keseimbangan cairan tubuh

Kriteria hasil : Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal (S : 36,5-37,5°C, N : 80-120 x/mnt, RR : <40 x/mnt)

Turgor elastis, membran mukosa lembab, mata tidak cowong.

Konsistensi BAB lembek, frekuensi 1 perhari.

Intervensi :

a. Pantau tanda dan gejala kekurangan cairan dan elektrolit

Rasional:

Penurunan sirkulasi volume cairan menyebabkan kekeringan mukosa dan pemekatan urin. Deteksi dinimungkinkan terapi pergantian cairan segera untuk memperbaiki defisit.

b. Kaji pemasukan dan pengeluaran cairan

Rasional : Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan, fungsi ginjal dan kontrol penyakit usus juga merupakan pedoman untuk penggantian cairan.

c. Monitor TTV

Rasional : Dapat mengevaluasi pernyataan verbal dan keefektifan intervensi.

d. Pemeriksaan laboratorium sesuai program : elektrolit, Hb, Ph, dan albumin

Rasional : Untuk menentukan kebutuhan penggantian dan keefektifan terapi.

e. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat anti diare dan antibiotik.

Rasional : untuk memperbaiki ketidak seimbangan cairan dan elektrolit

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan. (NANDA, 2015)

Tujuan : kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil : Nafsu makan meningkat dan BB klien kembali normal atau sesuai dengan umur.

Intervensi :

a. Diskusikan dan jelaskan tentang pembatasan diit (makanan berserat tinggi, air terlalu panas/dingin)

Rasional :

Serat tinggi, lemak, air terlalu dingin/panas dapat merangsang mengiritasi mukosa lambung dan usus.

b. Observasi intake dan out put

Rasional :

untuk mengetahui keseimbangan intake dan output klien.

c. Sajikan makanan dalam keadaan hangat.

Rasional :

Untuk merangsang nafsu makan, mencegah klien untuk mual.

d. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering.

Rasional :

Untuk menghindari terjadinya mual/muntah

e. Memotifasi pada keluarga untuk memberikan makanan kesukaan klien

Rasional :

Agar klien mau menghabiskan makannannya.

f. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit.

Rasional :

Untuk memberikan terapi diit yang sesuai pada klien dengan tepat.

4. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. (NANDA, 2012)

Tujuan : Hipertermi teratasi.

Kriteria hasil : Tubuh tidak panas, suhu tubuh dalam batas normal (S:36-37°C), Nadi dalam batas normal 180-120x/menit, mukosa bibir lembab, Akral HKM

Intervensi :

- a. Ukur suhu tubuh klien setiap 4 jam.

Rasional :

Mengobservasi suhu tubuh untuk mengetahui perkembangan klien.

- b. Berikan kompres air biasa pada Axila, leher dan daerah pelipatantubuh klien.

Rasional :

Pemberian kompres dengan air biasa dapat mempercepat penurunan suhu tubuh klien.

- c. Beri minum cukup (60 – 100ml)

Rasional :

Dengan minum yang cukup dapat menghindari terjadinya dehidrasi karena suhu tubuh yang meningkat.

- d. Anjurkan pakai baju yang tipis dan mudah menyerap keringat..

Rasional :

Pakaian yang tipis dan menyerap keringat dapat mempermudah ventilasi udara dan sirkulasi jaringan perifer pada kulit.

- e. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antipireutik

Rasional :

Untuk membantu memulihkan kondisi dan dapat menyeimbangkan cairan tubuh.

5. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi/
sering BAB (NANDA,2015)

Tujuan : Kerusakan integritas kulit teratasi

Kriteria hasil : Kulit utuh dan tidak ada lecet pada area
perianal.

Intervensi :

a. Kaji kerusakan kulit atau iritasi setiap BAB.

Rasional : Untuk mengetahui tanda-tanda iritasi pada kulit
misal : kemerahan pada luka.

b. Ajarkan selalu cuci tangan sebelum dan sesudah mengganti
pakaian.

Rasional : Untuk mempertahankan tehnik aseptik atau
antiseptic.

c. Hindari pakaian dan pengalas tempat tidur yang lembab dan
berkerut.

Rasional : Untuk menghindari daerah anus terdapat kuman,
bakteri, karena bakteri suka daerah yang lembab.

d. Monitor kulit akan adanya kemerahan

Rasional : Untuk mengetahui sejak dini gejala iritasi

e. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang
tertekan.

Rasional : untuk mengurangi dampak iritasi pada kulit.

2.3.5 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nikmatur, 2012)

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaanklien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, modifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012)

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

1. S : data subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. O : data objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang diraskan klien setelah di lakukan tindakan keperawatan.

3. A : analisis

Interprestasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah / diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4. P : planning

Perencanaan perawatan yang akan di lanjutkan, dihentikan, di modifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.