

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Gangguan Intestinal

2.1.1 Pengertian Gastroenteritis

Gastroenteritis adalah peradangan pada lambung, usus kecil dan usus besar dengan berbagai kondisi patologis dari saluran gastrointestinal dengan manifestasi diare, dengan atau tanpa disertai muntah, serta ketidaknyamanan abdomen. Sangat banyak definisi dari diare, tetapi pada situasi gastroenteritis, diare merupakan suatu keadaan dengan peningkatan frekuensi, konsistensi feses yang lebih cair, feses dengan kandungan air yang banyak, dan feses bisa disertai dengan darah atau lendir (Arif & Kumala, 2011).

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali sehari dan pada neonatus lebih dari 4 kali dengan atau tanpa lendir darah (Hidayat, 2006).

Diare ialah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak dengan konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat bercampur lendir dan darah (Ngastiyah, 1997).

2.1.2 Etiologi

Penyebab dari gastroenteritis sangat beragam, mendiskripsikan tentang penyebab dan patogenesis dari gastroenteritis sebagai berikut:

1. Infeksi virus, berkisar 50-70% dari kejadian gastroenteritis

Norovirus atau Norwalk virus merupakan penyebab utama gastroenteritis viral di Amerika Serikat. Cara transmisi adalah fekal-oral, manusia ke manusia, air yang terkontaminasi feses norovirus. Masa inkubasi 12-48 jam dengan gejala awal mual, diare, muntah, nyeri kepala, dan hipertermi (RSW, 2008).

Agen virus lainnya yang juga menyebabkan gastroenteritis viral (Thielman, 2004), meliputi: Caliciviruses, Rotavirus, Adenovirus, Parvovirus, Astrovirus, Coronavirus, Pestivirus, dan Torovirus.

2. Infeksi bakteri, berkisar 15-20% dari kejadian gastroenteritis

Bakteri yang masuk ke saluran gastrointestinal dapat memberikan respons peradangan. Pada kondisi Indonesia dengan higienis dan sanitasi yang kurang, seperti pada musim penghujan, di mana air membawa sampah dan kotoran lainnya, juga pada waktu kemarau di mana lalat tidak dapat dihindari apalagi disertai tiupan angin yang cukup besar sehingga penularan lebih mudah terjadi. Persediaan air bersih kurang sehingga terpaksa menggunakan air seadanya, dan terkadang lupa cuci tangan sebelum dan sesudah makan, meningkatkan transmisi bakteri. Cara transmisi bakteri adalah fekal-oral, manusia ke manusia, air yang terkontaminasi feses dengan bakteri (Diskin, 2008).

Meliputi shigella, Salmonella, C. jejuni, Yersinia enterocolitica, E. Coli, V. cholera, Aeromonas, B. cereus, C. difficile, Clostridium perfringens, Listeria, M. avium-intracellulare (MAI), immunocompromised, Providencia, V. parahaemolyticus, dan V. vulnificus.

3. Infeksi parasit, berkisar 10-15% dari kejadian gastroenteritis

Berbagai agen parasit bisa menginvasi saluran gastroenteritis dan memberikan respons peradangan dengan manifestasi diare, mual, dan muntah (Musher, 2004).

Agen parasit tersebut meliputi: Giardia, Amebiasis, Cryptosporidium, dan Cyclospora.

4. Toksisitas makanan

Kondisi toksinitas makanan bisa memberikan respon peradangan dengan manifestasi diare. Agen toksinitas bisa dihasilkan oleh toksin (*S. aureus*, *B. cereus*) dan postkolonisasi kuman (*V. cholera*, *C. perfringens*, enterotoxigenic, *E. coli*, *Aeromonas*) (CDC, 2006).

5. Keracunan kerang dan binatang dari laut

Beberapa makanan dari laut seperti kerang dan beberapa binatang laut yang masuk ke saluran gastrointestinal akan memberikan respon inflamasi dan memberikan manifestasi gangguan gastrointestinal. Beberapa kondisi keracunan bahan laut dibagi menjadi (CDC, 2006) :

- a. Paralytic shellfish poisoning (PSP) – Saxitoxin,
- b. Neurologic shellfish poisoning (NSP) – Brevetoxin,
- c. Diarrheal shellfish poisoning (DSP) – Okdaic acid,
- d. Amnesic shellfish poisoning – Domic acid,
- e. Ciguatera (ciguatoxins),
- f. Scombroid (melakukan konversi histidine menjadi histamine).

6. Obat-obatan

Berbagai agen obat dapat memberikan respons peradangan pada mukosa saluran gastrointestinal dan memberikan manifestasi peningkatan diare. Agen obat yang berhubungan peradangan gastrointestinal, meliputi hal-hal berikut (Thielman, 2004) :

- a. Antibiotik, berhubungan dengan perubahan flora normal.
- b. Laksatif, termasuk magnesium yang ada di dalam antasida.
- c. Quinidine.
- d. Sorbitol.

7. Makanan dan minuman

Pada kondisi kekurangan zat gizi; kelaparan (perut kosong) apalagi bila perut kosong dalam waktu yang cukup lama, kemudian diisi dengan makanan yang berlemak, terlalu manis, banyak serat, atau dapat juga karena kekurangan zat putih telur akan meningkatkan respons saluran gastrointestinal dan terjadi peradangan (Day, 2007).

2.1.3 Patofisiologi

proses terjadinya diare dapat disebabkan oleh berbagai kemungkinan faktor di antaranya *pertama* faktor infeksi, proses ini dapat diawali adanya mikroorganisme (kuman) yang masuk ke dalam saluran pencernaan yang kemudian berkembang ke dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan daerah permukaan usus. Selanjutnya terjadi perubahan kapasitas usus yang akhirnya mengakibatkan gangguan fungsi usus dalam absorpsi cairan dan elektrolit. Atau juga dikatakan adanya toksin bakteri akan menyebabkan sistem transpor aktif dalam usus sehingga sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian

sekresi cairan dan elektrolit akan meningkat. *Kedua*, faktor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus yang dapat meningkatkan isi rongga usus sehingga terjadilah diare. *Ketiga*, faktor makanan, ini dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak mampu diserap dengan baik. Sehingga terjadi peningkatan peristaltik usus yang mengakibatkan penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang kemudian menyebabkan diare. *Keempat*, faktor psikologis dapat memengaruhi terjadinya peningkatan peristaltik usus yang akhirnya memengaruhi proses penyerapan makanan yang dapat menyebabkan diare (Hidayat, 2006).

2.1.4 Manifestasi klinis

Mula-mula anak cengeng, gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Feses mungkin disertai lendir dan atau darah. Warna feses makin lama berubah kehijauan karena bercampur dengan empedu. Daerah anus dan sekitarnya timbul luka lecet karena sering defekasi tinja makin lamasemakin asam sebagai akibat banyak asam laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus selama diare. Gejala muntah dapat timbul sebelum atau selama diare dan dapat disebabkan karena lambung meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit. Bila kehilangan cairan terus berlangsung tanpa penggantian yang memadai, gejala dehidrasi mulai tampak yaitu: turgor kulit menurun, mata cekung, dan ubun-ubun menjadi cekung (pada bayi). Terjadilah renjatan hipovolemik harus di hindari, kekurangan cairan akan menyebabkan klien akan merasa haus, lidah kering, tulang pipi menonjol, turgor kulit menurun, serta suara menjadi serak. Gangguan biokimiawi seperti asidosis

metabolik akan menyebabkan frekwensi pernafasan lebih cepat dan dalam (pernafasan kusmaul). Bila terjadi renjatan hipovolemik berat maka denut nadi cepat (lebih dari 140 kali/menit pada anak) tekanan darah menurun sampai tidak terukur, klien gelisah, muka pucat, ujung-ujung ekstermitas dingin, dan kadang-kadang sianosis. Kekurangan kalium akan menimbulkan aritmia jantung. Perfusi ginjal dapat menurun sehingga timbul anuria, sehingga jika kekurangan cairan tidak segera di atasi dapat timbul penyulit berupa nekrosis tubuler (Mansjoer Arief dkk).

2.1.5 Klasifikasi

1. Derajat Dehidrasi Kehilangan berat badan (Lab IKA FKUI, 1988).
 - a. 2,5 % tidak ada dehidrasi
 - b. 2,5-5 % Dehidrasi ringan
 - c. 5-10 % dehidrasi sedang
 - d. > 10 % dehidrasi berat
2. Berdasarkan lama waktu
 - a. Akut berlangsung selama < 5 hari
 - b. Peristen berlangsung selama 15-30 hari
 - c. Kronik berlangsung selama > 30 hari
3. Berdasarkan penyebab infeksi atau tidak
 - a. Infeksi
 - b. Non infeksi

2.1.6 Penatalaksanaan

Dasar pengobatan diare sebagai berikut:

1. Rehidrasi cairan

Diare cair membutuhkan penggantian cairan dan elektrolit tanpa melihat etiologinya. Tujuan terapi rehidrasi untuk mengoreksi kekurangan cairan dan elektrolit secara cepat(terapi rehidrasi) kemudian mengganti cairan yang hilang sampai diarenya berhenti.

Jumlah cairan yang di berikan harus sama dengan jumlah cairan yang hilang melalui diare atau muntah (previous water loses = PWL). Ditambah dengan banyaknya cairan yang hilang melalui urin, keringat, dan pernafasan (normal water loses = NWL). Dan ditambah dengan banyaknya cairan yang hilang melalui tinja dan muntah yang masih terus berlangsung (concomitant water loses = CWL). Jumlah ini tergantung pada derajat dehidrasi serta berat badanmasing-masing anak atau golongan umur (Mansjoer arief dkk).

Tabel 2.1 mengukur BJ Plasma (Margon-Walten, 1999).

Kebutuhan cairan dihitung dengan rumus :

$$\frac{\text{BJ Plasma} - 1,025}{0,001} \times \text{BB} \times 4 \text{ ml}$$

(Sumber : Arif dan Kumala, 2011)

Tabel 2.2 Metode Perbandingan BB dan Umur (Ngastiyah, 1997).

BB (kg)	Umur	PWL	NWL	CWL	Total Kehilangan Cairan
< 3	< 1 bulan	150	125	25	300
3 – 10	1 bulan – 2 tahun	125	100	25	250
10 – 15	2 – 5 tahun	100	80	25	205
15 – 25	5 – 10 tahun	80	25	25	130

(Sumber : Ngastiyah, 1997)

Keterangan :

PWL : previos water loses (ml/kgBB) = cairan muntah

NWL : normal water loses (ml/kgBB) = pernafasan, urin, dan keringat

CWL : concomitant water loses (ml/kgBB) = tinja dan muntah

Metode Pierce

Berdasarkan keadaan klinis, yakni:

- a. diare ringan, kebutuhan cairan = 5% x kg BB
- b. diare sedang, kebutuhan cairan = 8% x kg BB
- c. diare ringan, kebutuhan cairan = 10% x kg BB

(Sumber : Arif dan Kumala, 2011)

Tabel 2.3 Metode Sistem Skor Dehidrasi (Maurice King, 1974).

Bagian Tubuh yang Diperiksa	Nilai		
	0	1	2
Keadaan umum	Sehat	Gelisah, cengeng, apatis, ngantuk	Mengigau, koma, shock
Elastisitas kulit	Normal	Sedikit, kurang	Sangat kurang
Mata	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Ubun-ubun besar	Normal	Sedikit cekung	Sangat cekung
Mulut	Normal	Kering	Kering Sianosis
Denyut nadi	Kuat < 120x/menit	Sedang (120-140)	Lemah >140

(Sumber : Arif dan Kumala, 2011)

Keterangan :

1. Skor
 - a. 0-2 dehidrasi ringan
 - b. 3-6 dehidrasi sedang
 - c. 7-12 Dehidrasi berat
2. Pada anak-anak Ubun Ubun Besar sudah menutup
3. Untuk kekenyalan kulit :
 - a. 1 detik : dehidrasi ringan
 - b. 1-2 detik : dehidrasi sedang

c. > 2 detik : dehidrasi berat

Pemberian cairan pada klien diare dengan memperhatikan derajat dehidrasinya dan keadaan umum. (Sumber : Arif dan Kumala, 2011)

a. Cairan peroral

Cairan dehidrasi oral dengan formula lengkap cairan yang mengandung 4 komponen yaitu : NaCl, KCl, NaHCO₃ atau Na Sitrat dan glukosa atau pengganti cairan. Formula ini dikenal dengan nama larutan oralit dan diberikan bila sudah timbul tanda-tanda dehidrasi.

b. Cairan parenteral

Pada umumnya cairan yang digunakan adalah Ringer Laktat (RL). Mengenai pemberian cairan, tergantung pada dehidrasi yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan dengan berat badan masing-masing anak dan golongan umur klien.

2. Obat-obatan

Obat-obatan yang diberikan pada anak diare menurut WHO dan UNICEF adalah :

a. Penggunaan oralit formula baru (osmolaritas rendah)

b. Lanjutkan pemberian asi

c. Lanjutkan pemberian makanan

d. Pemberian suplementasi Zinc

e. Penggunaan antibiotika yang selektif

3. Dietetik

Untuk mencegah kekurangan nutrisi, diet pada anak diare harus tetap dipertahankan yang meliputi :

- a. Anak kurang dari 1 tahun atau lebih dari 1 tahun dengan BB < 7 kg
 - 1) Susu ASI atau susu formula dengan laktosa rendah
 - 2) Makanan setengah padat (bubur susu), makana padat
- b. Umur lebih dari 1 tahun dengan BB > 7 kg
 - 1) Makanan padat atau maknan cair (susu)
- c. Dalam keadaan malabsorbsi berat serta alergi protein susu sapi dapat diberikan elemental atau semi elemental formula.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium (Lab IKA FKUI, 1988).

- a. Faeces lengkap
 - 1) Makroskopis dan mikroskopis (bakteri (+) misal : E. Coli)
 - 2) PH dan kadar gula
 - 3) Biakan dan uji resistensi
- b. Pemeriksaan Asam Basa
 - 1) Analisa Blood Gas Darah dapat menimbulkan Asidosis metabolik dengan kompensasi alkalosis respiratorik.
- c. Pemeriksaan kadar ureum kreatinin
 - 1) Untuk mengetahui faali ginjal
- d. Serum elektrolit (Na, K, Ca dan Fosfor)
 - 1) Pada diare dapat terjadi hiponatremia, hipokalsemia yang memungkinkan terjadi penurunan kesadaran dan keja
- e. Pemeriksaan intubasi duodenum
 - 1) Terutama untuk diare kronik dapat dideteksi jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif.

2. Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan radiologi diperlukan kalau ada penyulit atau penyakit penyerta seperti bronchopneumonia dll seperti foto thorax AP/PA Lateral.

2.1.8 Komplikasi

Akibat dari diare/kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak dapat terjadi berbagai komplikasi sebagai berikut :

1. Dehidrasi (ringan, sedang, dan berat atau hipotonik, isotonik dan hipertonik).
2. Renjatan hipovolemik.
3. Hipokalemia.
4. Hipoglikemia.
5. Kejang terjadi pada dehidrasi hipertonik.
6. Malnutrisi energi protein (akibat muntah dan diare jika lama atau kronik).

2.1.9 Pencegahan

Cara mencegah agar tidak terjadi diare pada anak sebagai berikut :

1. Menggunakan air bersih dan sanitasi yang baik.
2. Memasak makanan dan air minum hingga matang.
3. Mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah makan.
4. Menghindari makanan yang telah terkontaminasi oleh lalat.
5. Tidak mengkonsumsi makanan yang basi.
6. Menghindari makanan yang dapat menimbulkan diare.
7. Makan dan minum secara teratur.
8. Memperkuat daya tahan tubuh : ASI minimal dua tahun pertama, mempertahankan status gizi dan imunisasi.

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 Keperawatan

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 atau potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi 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 Keperawatan

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 Keperawatan

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

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Gastroenteritis/diare

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Menurut (Doengoes,2000) adapun hal-hal yang perlu dikaji sebagai berikut:

2.3.1.1 Anamnesa

1. Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, suku, bangsa, pendidikan, alamat, agama, pekerjaan, status perkawinan, no register, tanggal MRS.

2. Keluhan utama

Keluhan yang menonjol pada pasien Gastroenteritis (diare) untuk datang ke Rumah Sakit adalah bab yang tidak normal/cair lebih banyak dari biasanya.

3. Riwayat keperawatan sekarang

Pada umumnya anak masuk rumah sakit dengan keluhan buang air cair berkali-kali baik disertai atau tanpa dengan muntah, tinja dapat bercampur lendir dan atau darah. Keluhan lain yang mungkin didapatkan adalah napsu

makan menurun, suhu badan meningkat, volume diuresis menurun dan gejala penurunan kesadaran.

4. Riwayat Riwayat Prenatal, Natal dan Postnatal

a. Prenatal

Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan semester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim.

b. Natal

Umur kehamilan, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas organ vital .

c. Post Natal

Apgar skor < 6 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi atau hiperbilirubinemia. Berat badan dan panjang badan untuk mengikuti pertumbuhan dan perkembangan anak pada usia sekelompoknya. Pemberian ASI dan PASI terhadap perkembangan daya tahan tubuh alami dan imunisasi buatan yang dapat mengurangi pengaruh infeksi pada tubuh.

5. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan menjadi bahan pertimbangan yang penting karena setiap individu mempunyai ciri-ciri struktur dan fungsi yang berbeda, sehingga pendekatan pengkajian fisik dan tindakan harus disesuaikan dengan pertumbuhan dan perkembangan (Robert Priharjo, 1995).

6. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Penyakit

Apakah ada anggota keluarga yang menderita diare atau tetangga yang berhubungan dengan distribusi penularan.

b. Lingkungan rumah dan komunitas

Lingkungan yang kotor dan kumuh serta personal hygiene yang kurang mudah terkena kuman penyebab diare.

c. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

BAB yang tidak pada tempatnya (sembarangan) atau disungai dan cara bermain anak yang kurang higienis dapat mempermudah masuknya kuman lewat Fecal-oral.

d. Persepsi keluarga

Kondisi lemah dan mencret yang berlebihan perlu suatu keputusan untuk penanganan awal atau lanjutan ini bergantung pada tingkat pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga (orang tua).

7. Pola Fungsi kesehatan

a. Pola Nutrisi

Makanan yang terinfeksi, pengelolaan yang kurang hygiene berpengaruh terjadinya diare, sehingga status gizi dapat berubah ringan sampai jelek dan dapat terjadi hipoglikemia. Kehilangan Berat Badan dapat dimanifestasikan tahap-tahap dehidrasi. Dietik pada anak < 1 tahun sampai 1 tahun dengan Berat badan < 7 kg dapat diberikan ASI susu formula dengan rendah laktosa, umur > 1 tahun dengan BB > 7 kg dapat diberikan makanan padat atau makanan cair.

b. Pola eliminasi

BAB (frekuensi, banyak, warna dan bau) atau tanpa lendir, darah dapat mendukung secara makroskopis terhadap kuman penyebab dan cara penangana lebih lanjut. BAK perlu dikaji untuk output terhadap kehilangan cairan lewat urine.

c. Pola istirahat

Pada bayi, anak dengan diare kebutuhan istirahat dapat terganggu karena frekuensi diare yang berlebihan, sehingga menjadi rewel.

d. Pola aktivitas

Klien nampak lemah, gelisah sehingga perlu bantuan sekunder untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

2.3.1.2 Pemeriksaan fisik

1. Pemeriksaan psikologis : keadaan umum tampak lemah, kesadaran composmentis sampai koma,suhu tubuh tinggi,nadi cepat dan lemah,pernapasan agak cepat.
2. Pemeriksaan sistematik :
 - a. Inspeksi : mata cekung, membrane mukosa kering, berat badan menurun, anus kemerahan.
 - b. Perkusi : adanya distensi abdomen.
 - c. Palpasi : Turgor kulit kurang elastis.
 - d. Auskultasi : terdengarnya bising usus.

2.3.1.3 Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan tinja : mikroskopis, pH, dan kadar gula jika di duga ada intoleransi gula (sugar intolerance), biakan kuman untuk mencari kuman

penyebab dan uji resistensi terhadap berbagai antibiotika (pada diare persisten).

2. Pemeriksaan darah : darah perifer lengkap, AGG dan elektrolit (terutama Na, K, Ca, dan P seru pada diare yang disertai kejang).
3. Pemeriksaan ureum dan kreatinin darah untuk mengetahui faal ginjal.
4. Duodenal intubation, untuk mengetahui kuman penyebab secara kuantitatif dan kualitatif terutama pada diare kronik.
5. Pemeriksaan biakan empedu bila demam tinggi dan di curigai adanya infeksi sistematik.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan, dan mengatasi kebutuhan spesifik klien serta respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi. Label diagnosa keperawatan memberi format untuk mengekspresikan bagian identifikasi masalah dari proses keperawatan (Doengoes, 1999).

1. Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual).
2. Definisi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan nafsu makan menurun.
3. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan frekuensi diare.
4. Kecemasan keluarga berhubungan dengan perubahan status kesehatan anaknya.

5. Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan terapi berhubungan dengan pemaparan informasi terbatas, salah interpretasi informasi dan atau keterbatasan kognitif.
6. Peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses penyakit

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Ada 4 tahap dalam fase perencanaan yaitu menentukan prioritas masalah keperawatan, menetapkan tujuan dan kriteria hasil, merumuskan rencana tindakan keperawatan dan menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

1. Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan berlebihan melalui feses dan muntah serta intake terbatas (mual).
 - a. Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan volume cairan dan elektrolit dipertahankan secara maksimal.
 - b. Kriteria hasil :

Tanda-tanda vital dalam batas normal (S : 36,5–37,5°C, N : 80-120x/menit, RR : < 40x/menit), pengisian kapiler cepat (kurang dari 3 detik), sensorium tepat, input dan output cairan seimbang, serta berat jenis urine dalam batas normal.
 - c. Rencana tindakan :
 - 1) Lakukan rehidrasi pada klien
Rasional :
Rehidrasi dilakukan berdasarkan derajat dehidrasi.
 - 2) Lakukan monitoring terhadap jumlah cairan yang masuk dan keluar.

Rasional :

Haluaran dapat melebihi masukan, yang sebelumnya tidak mencukupi untuk mengkompensasi kehilangan cairan. Dehidrasi dapat meningkatkan laju filtrasi glomerulus membuat haluaran tak adekuat untuk membersihkan sisa metabolisme.

- 3) Lakukan monitoring adanya tanda dan gejala kekurangan cairan dan elektrolit (dehidrasi).

Rasional :

Penurunan volume cairan bersirkulasi menyebabkan kekeringan jaringan dan pemekatan urine. Deteksi dini memungkinkan terapi pergantian cairan segera untuk memperbaiki defisit.

- 4) Berikan penjelasan kepada keluarga tentang hal – hal yang menyebabkan kekurangan volume cairan.

Rasional :

Meningkatkan pemahaman keluarga dan kerjasama dalam pengobatan.

- 5) Kolaborasi dengan tim medis.

Rasional : untuk mempercepat proses penyembuhan

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.

- a. Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien dapat terpenuhi.

b. Kriteria hasil :

Nafsu makan baik atau meningkat, BB ideal sesuai dengan umur dan kondisi tubuh.

c. Rencana tindakan :

- 1) Diskusikan dan jelaskan tentang pembatasan diet (makanan yang berserat tinggi, berlemak dan air panas atau dingin).

Rasional :

Makanan ini dapat merangsang atau mengiritasi saluran usus.

- 2) Lakukan monitoring makanan yang masuk.

Rasional :

Untuk mengetahui keseimbangan intake dan output.

- 3) Lakukan monitoring dan pengukuran gizi

Rasional : untuk mengetahui status gizi klien

- 4) Anjurkan keluarga untuk memberikan makan sedikit tapi sering.

Rasional :

Untuk menghindari terjadinya muntah.

- 5) Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit.

Rasional :

Untuk pemberian diit pada klien secara tepat.

3. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan frekuensi diare.

a. Tujuan :

Tidak terjadi kerusakan integritas kulit.

b. Kriteria hasil :

Integritas kulit utuh, iritasi tidak terjadi, kulit tidak hiperemia, atau ischemia, kebersihan perianal terjaga dan tetap bersih, keluarga dapat mendemonstrasikan dan melaksanakan perawatan perianal dengan baik dan benar.

c. Rencana tindakan :

- 1) Diskusikan dan jelaskan pentingnya menjaga kebersihan di tempat tidur.

Rasional :

Kebersihan mencegah aktivitas kuman. Informasi yang adekuat melalui metode diskusi dapat memberikan gambaran tentang pentingnya kebersihan dan keadaran partisipasi dalam peningkatan kesehatan.

- 2) Libatkan dan demonstrasikan cara perawatan perianal bila basah akibat diare atau kencing dengan mengeringkannya dan mengganti pakaian bawah. serta alasnya.

Rasional :

Kooperatif dan partisipasi sangat penting untuk peningkatan dan pencegahan untuk mencegah terjadinya disintegrasi kulit yang tidak diharapkan.

- 3) Menganjurkan keluarga untuk mengganti pakaian bawah yang basah.

Rasional :

Kelembaban dan keasaman faeces merupakan faktor pencetus timbulnya iritasi. Untuk itu pengertian akan mendorong keluarga untuk mengatasi masalah tersebut.

- 4) Lindungi area perianal dari iritasi dengan pemberian lotion.

Rasional:

Sering BAB dengan peningkatan keasaman dapat dikurangi dengan menjaga kebersihan dan pemberian lotion dari iritasi.

- 5) Atur posisi klien selang 2 - 3 jam.

Rasional :

Posisi yang bergantian berpengaruh pada proses vaskularisasi lancar dan mengurangi penekanan yang lama, sehingga mencegah ischemia dan iritasi.

4. Ansietas keluarga berhubungan dengan perubahan status kesehatan anaknya.

- a. Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan kecemasan teratasi.

- b. Kriteria hasil :

Orang tua klien sudah tidak terlihat cemas, orang tua klien sudah tidak gelisah.

- c. Rencana tindakan :

- 1) Dorong keluarga klien untuk membicarakan kecemasan dan berikan umpan balik tentang mekanisme koping yang tepat.

Rasional :

Membantu mengidentifikasi penyebab kecemasan dan alternatif pemecahan masalah.

- 2) Tekankan bahwa kecemasan adalah masalah yang umum terjadi pada orang tua klien yang anaknya mengalami masalah yang sama.

Rasional :

Membantu menurunkan stres dengan mengetahui bahwa klien bukan satu-satunya orang yang mengalami masalah yang demikian.

- 3) Ciptakan lingkungan yang tenang, tunjukkan sikap ramah tamah dan tulus dalam membantu klien.

Rasional :

Mengurangi rangsang eksternal yang dapat memicu peningkatan kecemasan.

5. Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan terapi berhubungan dengan pemaparan informasi terbatas, salah interpretasi informasi dan atau keterbatasan kognitif.

- a. Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga atau orang tua klien menyatakan pemahaman proses penyakit, dan pengobatan.

- b. Kriteria hasil :

Keluarga klien paham atau mengerti tentang penyakit anaknya, keluarga paham cara pencegahan agar tidak terjadi diare.

- c. Rencana tindakan :

- 1) Kaji kesiapan keluarga klien mengikuti pembelajaran, termasuk pengetahuan tentang penyakit dan perawatan anaknya.

Rasional :

Efektivitas pembelajaran dipengaruhi oleh kesiapan fisik dan mental serta latar belakang pengetahuan sebelumnya.

- 2) Jelaskan tentang proses penyakit anaknya, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari aktivitas sehari-hari.

Rasional :

Pemahaman tentang masalah ini penting untuk meningkatkan partisipasi keluarga klien dan keluarga dalam proses perawatan klien.

- 3) Jelaskan tentang tujuan pemberian obat, dosis, frekuensi dan cara pemberian serta efek samping yang mungkin timbul.

Rasional :

Meningkatkan pemahaman dan partisipasi keluarga klien dalam pengobatan.

- 4) Jelaskan dan tunjukkan cara perawatan perineal setelah defekasi.

Rasional :

Meningkatkan kemandirian dan kontrol keluarga klien terhadap kebutuhan perawatan diri anaknya.

6. peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses penyakit

- a. Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan suhu kembali normal ($36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$)

- b. Kriteria hasil :

Suhu kembali normal

- c. Rencana tindakan :

- 1) observasi tanda-tanda vital.

Rasional :

Untuk mengetahui perkembangan klien.

- 2) Berikan kompres air hangat atau biasa pada daerah axila, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

Rasional :

Mempercepat proses penguapan.

- 3) Anjurkan keluarga klien untuk memakaikan pakaian yang tipis dan menyerap keringat.

Rasional :

Baju tipis dan menyerap keringat membuat klien merasa cerah sehingga memberikan kenyamanan pada klien.

- 4) Anjurkan keluarga klien untuk memberikan minum yang banyak.

Rasional :

Untuk menurunkan suhu tubuh.

- 5) Kolaborasi dengan tim medis.

Rasional :

Untuk mempercepat proses penyembuhan.

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah di rencanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk kesehatan yang lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama seperti dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2011).

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).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai (Mitayani, 2011).

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

Berdasarkan evaluasi selanjutnya asuhan keperawatan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan yang mencakup SOAP.