

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Teori Penyakit

##### 1. Definisi

Diare adalah terjadinya peningkatan pengeluaran tinja paling sedikit 3 kali dalam 24 jam dengan konsistensi lebih lunak atau lebih cair dari biasanya. Sementara untuk bayi dan anak-anak, diare diartikan pengeluaran tinja >10 g/kg/24 jam, sedangkan rata-rata pengeluaran tinja normal bayi sebesar 5-10 g/kg/24 jam (Juffirie, 2010) dalam (Nining & Arnis, 2016).

Diare adalah penyakit dengan kondisi yang dicirikan buang cairan tinja sebanyak tiga kali atau lebih dalam sehari. Penyakit diare di Indonesia menjadi penyebab utama tingginya angka morbiditas dan mortalitas pada anak < 5 tahun. Diare merupakan penyakit yang sering dijumpai pada anak-anak, terutama mereka yang berusia kurang dari 6 bulan hingga 2 tahun. Selain itu, bayi berusia kurang dari 6 bulan yang tidak disusui ibunya juga mengalami hal yang sama (Masriroh, 2013).

##### 2. Etiologi

Etiologi terjadi diare pada anak terdiri dari :

###### a. Infeksi enteral

Merupakan infeksi yang terjadi pada saluran pencernaan dimana merupakan penyebab diare pada anak, kuman meliputi infeksi bakteri, virus, parasite, protozoa, serta jamur dan bakteri yang paling sering menimbulkan diare adalah *vibrio*, *E. coli*, *salmonella*, *shigella*, *aeromonas*, sedangkan infeksi virus disebabkan oleh *enterovirus*, *rotavirus*, *astrovirus* dan infeksi parasit disebabkan oleh *enterovirus*, *adenovirus*, *astrovirus* dan infeksi parasit disebabkan oleh *trichiuris*, cacing *ascaris*, *oxyuris*, *protozoa*

dan *strongiloides* disebabkan oleh *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Trichomonas hominis* serta jamur yaitu *Candida albicans*.

b. Infeksi parenteral

Yaitu infeksi di bagian tubuh lain diluar alat pencernaan seperti pada *Otitis media*, *Tonsilitis*, *Bronchopneumonia* serta *Encephalitis* dan biasanya banyak terjadi pada anak di bawah usia 2 tahun.

c. Faktor malabsorpsi

Dimana malabsorpsi ini biasa terjadi terhadap karbohidrat seperti disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa), malabsorpsi protein dan lemak (Nining & Arnis, 2016).

3. Klasifikasi diare terbagi menjadi 2, yaitu:

a. Diare akut

Diare akut dikarakteristikan oleh perubahan tiba-tiba dengan frekuensi dan kualitas defekasi berlangsung kurang dari 2 minggu.

b. Diare kronik

1) Diare kronik berlangsung lebih dari 2 minggu, umumnya dikelompokkan dalam 6 katagori pathogenesis terjadinya :

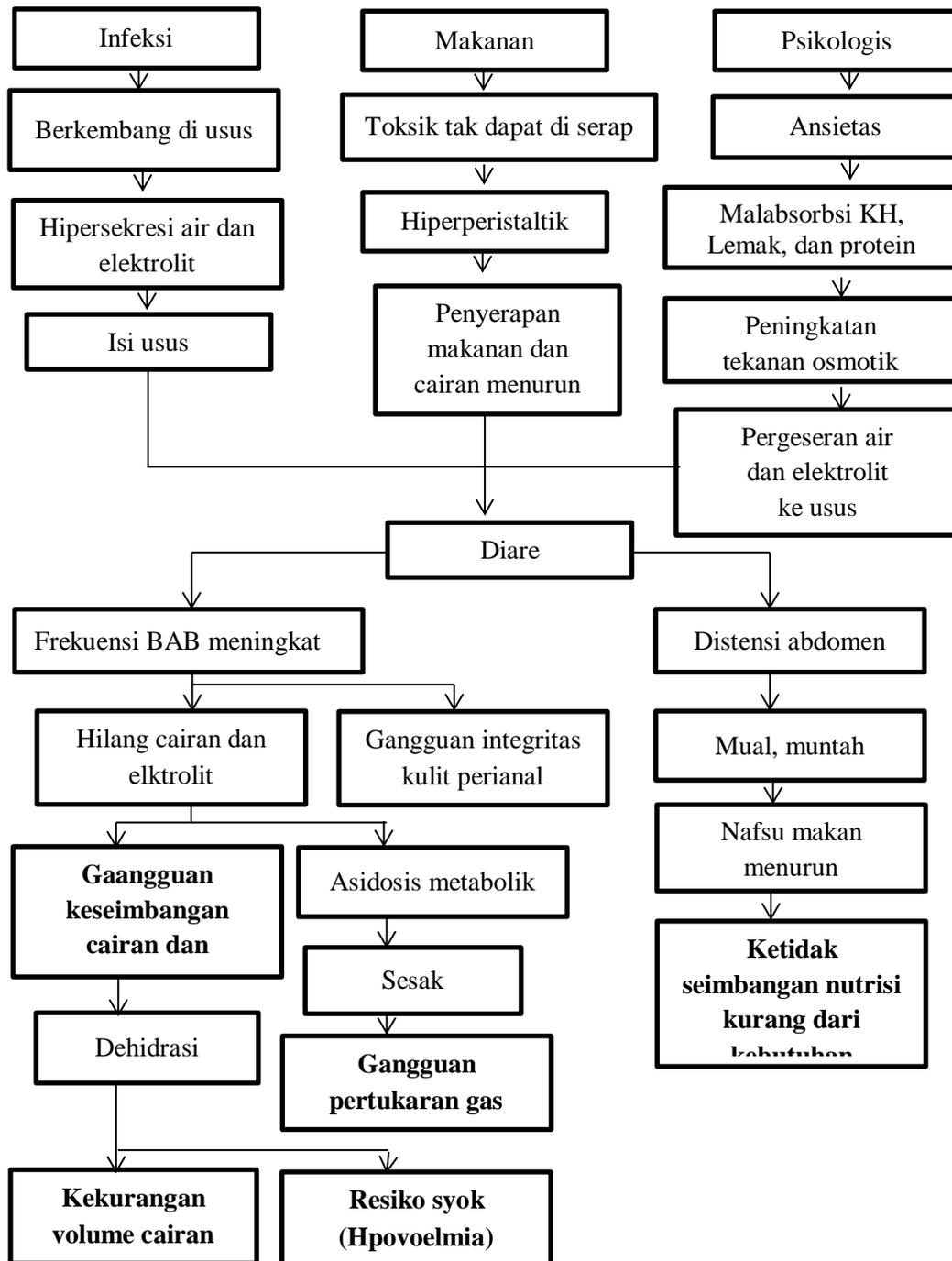
- a) Diare osmotik, terjadi bila terdapat partikel yang tidak dapat diabsorpsi sehingga osmolaritas lumen meningkat dan air tertarik dari plasma ke lumen usus sehingga terjadilah diare
- b) Diare sekresi, diare dengan volume feses banyak biasanya disebabkan oleh gangguan transportasi elektrolit akibat peningkatan produksi dan sekresi air dan elektrolit namun kemampuan absorpsi mukosa usus kedalam lumen usus menurun
- c) Diare karena gangguan motilitas
- d) Diare inflamatorik
- e) Malabsorpsi
- f) Infeksi kronik

#### 4. Patofisiologi

Berbagai faktor yang menyebabkan terjadinya diare di antaranya karena faktor infeksi dimana proses ini diawali dengan masuknya mikroorganisme ke dalam saluran pencernaan kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan usus. Berikutnya terjadi perubahan dalam kapasitas usus sehingga menyebabkan gangguan fungsi usus dalam mengabsorpsi (penyerapan) cairan dan elektrolit. Dengan adanya toksis bakteri maka akan menyebabkan gangguan sistem transpor aktif dalam usus akibatnya sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit meningkat. Faktor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran cairan dan elektrolit ke dalam usus yang dapat meningkatkan rongga usus sehingga terjadi diare. Pada faktor makanan dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak diserap dengan baik sehingga terjadi peningkatan dan penurunan peristaltic yang mengakibatkan penurunan penyerapan makanan yang kemudian terjadi diare (Nining & Arnis, 2016).

Virus adalah penyebab diare akut pada anak yang paling sering dijumpai, tetapi entropatogen bakteri atau parasit juga dapat berkaitan. Penurunan absorpsi cairan dan defisiensi disakaridase yang disebabkan oleh virus yang mencederai permukaan absorpsi sel vilosa matur. Bakteri menyebabkan cedera usus secara langsung merusak permukaan vilosa atau melepaskan toksin, dan menginfeksi mukosa. Diare akut dapat tidak atau berdarah. Parasit, Virus dan Bakteri merupakan penyebab diare infeksius diare akut. Penggunaan antibiotik juga dapat terkait dengan terjadinya diare. Faktor resiko diare akut antara lain yaitu, penggunaan air sumur, memakan daging yang belum matang, perjalanan ke daerah asing, dan menghadiri tempat penitipan anak (Kyle & Carman, 2016).

Gambar 2.1 Pathway Diare



Menurut (Nurarif &amp; Hardi, 2015)

## 5. Tanda dan gejala

Diare ditandai dengan pasie cengeng, suhu tubuh meningkat, gelisah, nafsu makan berkurang atau tidak ada. Tinja cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja makin lama berwarna hijau karena bercampur empedu. Semakin seringnya defekasi mengakibatkan anus dan daerah sekitarnya menjadi lecet dan semakin banyak asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus selama diare mengakibatkan tinja makin asam.

Timbulnya gejala muntah sebelum atau sesudah diare yang diakibatkan karena lambung turut meradang atau gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit. Bila pasien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka tanda dehidrasi akan timbul, antara lain; tugor kulit menurun, berat badan berkurang, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung (pada bayi), mulut, selaput lendir dan kulit tampak kering. Berdasarkan tingkat banyaknya cairan yang hilang dapat dibagi menjadi dehidrasi ringan, sedang, dan berat. Bila berdasarkan tonisitas dibagi menjadi dehidrasi hipotonik, isotoik, dan hipertonik (Ngastiyah, 2015).

Tabel 2.1 Derajat Dehidrasi Klasifikasi Menurut Gejala

Gejala	Klasifikasi
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargis atau tidak sadar</li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Tidak bisa minum atau malas minum</li> <li>• Cubitan kulit perut kembali sangat lambat</li> </ul>	Diare dehidrasi berat
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelasah, rewel/mudah marah</li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Haus, minum dengan lahap</li> <li>• Cubitan kulit perut kembali lambat</li> </ul>	Diare dehidrasi ringan/sedang
Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang	Diare tanpa dehidrasi

*Sumber: Buku bagian MTBS (2015).*

Tabel 2.2 Derajat Dehidrasi Klasifikasi Menurut Berat Badan

Derajat dehidrasi	Penurunan berat badan (%)
Tidak dehidrasi	< 2,5
Dehidrasi ringan	2,5 – 5
Dehidrasi sedang	5 – 10
Dehidrasi berat	10

Sumber: Buku bagian MTBS (2015).

#### 6. Manifestasi klinis

Menurut (Ngastiyah, 2015), pasien diare yang dirawat biasanya sudah dalam keadaan dehidrasi berat dengan rata-rata kehilangan cairan sebanyak 12,5%. Pada dehidrasi berat, dapat terjadi renjatan hipovolemik karena volume darah yang berkurang dengan gejala nadi cepat dan kecil denyut jantung menjadi cepat, pasien sangat lemah, tekanan darah menurun, kesadaran menurun (apatis, somnolen, kadang sampai soporokometus). Akibat dehidrasi diuresis berkurang (oliguria sampai anuria). Bila telah terjadi asidosis metabolik pasien akan tampak pucat dengan pernapasan yang cepat dan dalam (pernapasan khusmaul). Asidosis metabolik terjadi karena berkurangnya fungsi ginjal untuk menjaga keseimbangan asam dan basa menyebabkan pH darah menjadi asam. Selain itu asidosis metabolik dapat terjadi karena peningkatan produksi asam endogen (seperti laktat dan asam-keto), kehilangan bikarbonat, atau adanya akumulasi asam (DuBose, 2010).

#### 7. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Suriadi & Yuliani, 2010), pemeriksaan diagnostik pada kasus diare meliputi pemeriksaan tinja (ph, leukosit, glukosa, dan adanya darah), riwayat alergi pada obat-obatan atau makanan, pemeriksaan elektrolit, kreatinin dan glukosa, serta kultur tinja.

#### 8. Komplikasi

Menurut (Ariani, 2016), komplikasi diare meliputi syok hipovolemia (berkurangnya volume darah yang bersirkulasi dalam tubuh), dehidrasi, feses berdarah, demam, renjatan hipovolemik, intoleransi laktosa sekunder karena kerusakan vili mukosa usus halus sebagai akibat enzim laktase, hipoglikemia

dan hipokalemia, penderita mengalami kelaparan selain diare dan muntah sebagai akibat malnutrisi energi protein, kejang terutama pada dehidrasi hipertonik.

#### 9. Penatalaksanaan

Menurut (Ariani, 2016), Penatalaksanaan berfokus pada penyebab diare yaitu dengan pemberian cairan dan elektrolit, seperti oralit atau *therapy parenteral*, pada bayi pemberian ASI diteruskan jika penyebab bukan dari ASI.

### **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Menurut Abraham Maslow dalam (Zulaikha, 2019), membagi kebutuhan dasar manusia dalam lima tingkat, yaitu sebagai berikut :

Kebutuhan fisiologis, dalam kebutuhan Maslow merupakan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi. Hal yang harus dimiliki dan terpenuhi oleh manusia dalam untuk bertahan hidup adalah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan oksigen, nutrisi (makanan), kebutuhan cairan (minuman), eliminasi, istirahat dan tidur, keseimbangan suhu tubuh, aktivitas dan kebutuhan seksual.

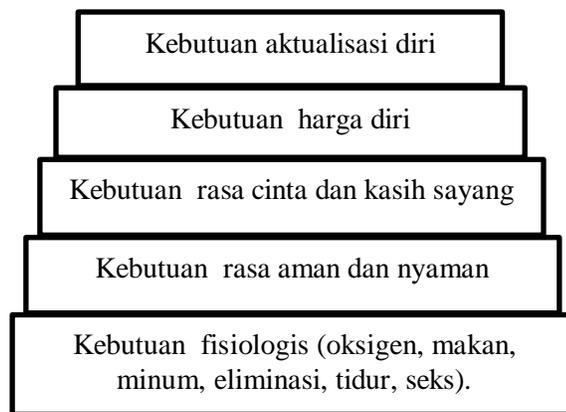
Kebutuhan selanjutnya adalah kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang terbagi menjadi dua yaitu perlindungan psikologis dan perlindungan fisik. Perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing merupakan perlindungan psikologis. Misalnya, seseorang yang harus masuk sekolah untuk pertama kali yang merasa khawatir dan merasa terancam akan keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya, sedangkan perlindungan fisik merupakan perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup, seperti kecelakaan, penyakit, bahaya lingkungan dan sebagainya.

Kebutuhan rasa cinta kasih dan kasih sayang merupakan kebutuhan untuk dimiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, persahabatan, kehangatan, mendapat tempat dalam keluarga, dan kelompok sosial.

Kebutuhan harga diri atau perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri. Selain itu, pengakuan dari orang lain juga diperlukan.

Kebutuhan aktualisasi diri dan kebutuhan yang terakhir merupakan kebutuhan tertinggi dalam hirarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai diri sepenuhnya.

Gambar 2.2 Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber : (Zulaikha, 2019).

Menurut teori Abraham Maslow yang telah diterangkan diatas, klien dengan kasus diare akut mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan yang paling dasar atau yang pertama yaitu kebutuhan fisiologis. Klien dengan masalah diare akut mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh yang disebabkan penyakit diare tersebut.

Cairan dan elektrolit berperan sangat penting dalam mempertahankan fungsi tubuh manusia. Pada manusia kebutuhan cairan dan elektrolit berbeda-beda sesuai dengan tingkatan usia, seperti bayi memiliki kebutuhan cairan yang berbeda dengan usia dewasa. Bayi memiliki tingkat metabolisme air lebih tinggi mengingat permukaan tubuh bayi relatif laus dan presentase air tubuh lebih tinggi dibandingkan dengan orang dewasa.

Kebutuhan cairan sangat diperlukan tubuh untuk mengangkat zat makanan ke dalam sel, sisa makanan, sebagai pelarut elektrolit dan nonelektrolit, memudahkan eliminasi, memelihara suhu tubuh, dan membantu pencernaan. Kondisi tidak terkecukupinya kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh dapat mempengaruhi organ tubuh terutama ginjal. Pemasukan cairan ke dalam tubuh harus sesuai dengan kebutuhan agar dapat terjaganya keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh. Prosedur pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit dalam pelayanan keperawatan dapat dilakukan melalui pemberian cairan peroral atau intravena (Hidayat & Uliyah, 2012).

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian diare yang perlu diperhatikan menurut Suriandi dan Yuliani (2010), meliputi kaji riwayat diare (frekuensi diare, riwayat diare, faktor penyebab diare.), kaji tinja (jumlah, konsistensi, bau, dan waktu buang air besar), kaji status dehidrasi (tugor kulit, mata membran, ubun-ubun, dan mukosa mulut), kaji intake dan output (pemasukan dan pengeluaran), kaji tingkat aktivitas anak, kaji dan catat adanya tanda-tanda yang berkaitan (mual, muntah, kram, gangguan integritas kulit), lakukan pengkajian fisik rutin (pemeriksaan tanda-tanda vital, timbang berat badan, pemeriksaan bising usus), pemeriksaan diagnostik (Pemeriksaan tinja, pH, glukosa, leukosit, dan adanya darah), riwayat alergi pada obat-obatan atau makanan, kreatinin, dan glukosa, dan kultur tinja.

#### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan sejalan dengan diagnosa medis karena dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan

diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti & Mulyani, 2017).

Diagnosa keperawatan sering yang muncul menurut (Nurarif & Hardi, 2015), yaitu :

- a. Diare berhubungan dengan proses infeksi
  - b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
  - c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari berhubungan dengan penurunan intake makanan
  - d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alvolar-kapiler
  - e. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ekskresi atau BAB sering
  - f. Resiko ketidak seimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit
  - g. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
3. Rencana Keperawatan

Merupakan suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Dinarti & Mulyani, 2017).

Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam membuat rencana keperawatan sebagai berikut:

- a. Menentukan prioritas masalah
- b. Menentukan Tujuan dan Kriteria hasil
- c. Menentukan Rencana Tindakan
- d. Dokumentasi.

Rencana tindakan keperawatan pada pasien diare terdapat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	4
1	<p>Diare berhubungan dengan proses infeksi</p> <p>Ds : Kram abdomen</p> <p>Do : 1. Defekasi lebih dari 3x dalam 24 jam 2. Feses lembek atau cair 3. Frekuensi peristaltik meningkat 4. Bising usus hiperaktif</p>	<p>Eliminasi fekal (L.04033)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol pengeluaran feses</li> <li>2. Keluhan defekasi lama dan sulit</li> <li>3. Mengejan saat defekasi</li> <li>4. Konsistensi feses</li> <li>5. Frekuensi BAB</li> <li>6. Peristaltik usus</li> </ol>	<p>Manajemen Diare (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab diare (misalnya inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, efek obat-obatan, pemberian botol susu)</li> <li>2. Identifikasi riwayat pemberian makanan</li> <li>3. Identifikasi gejala invaginasi (misalnya tangisan keras, keputihan pada bayi)</li> <li>4. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsentrasi tinja</li> <li>5. Monitor tanda dan gejala hipovolemia (misalnya takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, mukosa mulut kering, <i>capillary refill time</i>(CRT) melambat, berat badan menurun)</li> <li>6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal</li> <li>7. Monitor jumlah pengeluaran diare</li> <li>8. Monitor keamanan pemberian makanan</li> </ol> <p>Teaupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral (misalnya larutan gula garam, oralit, <i>pedialyte</i>, <i>renalyte</i>)</li> <li>2. Pasang jalur intravena</li> <li>3. Berikan cairan intravena (misalnya ringer asetat, ringer laktat), jika perlu.</li> <li>4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>5. Ambil sampel feses untuk kultur, Jika perlu Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap</li> <li>2. Anjurkan untuk menghindari makanan yang berbentuk gas</li> <li>3. Anjurkan untuk pemberian asi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (misalnya loperamide, difenoksilat)</li> <li>2. Kolaborasi pemberian obat antispasmodik (misalnya papaverin, ekstrak belladonna)</li> <li>3. Kolaborasi pemberian obat penguas feses (misalnya atapulgit, smektit, kaolin-pektin).</li> </ol>
2	<p>Hipovolemia berdasarkan kehilangan cairan aktif</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa haus</li> <li>2. Merasa lemah</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>2. Nadi teraba lemah</li> <li>3. Tugor kulit menurun</li> <li>4. Membran mukosa kering</li> <li>5. Pengisian vena menurun</li> <li>6. Suhu tubuh meningkat</li> </ol>	<p>Status cairan (L.03028)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi</li> <li>2. Membran mukosa</li> <li>3. Frekuensi nadi</li> <li>4. Tekanan nadi</li> <li>5. Tugor kulit</li> <li>6. Suhu tubuh</li> </ol>	<p>Manajemen hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, tugor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)</li> <li>2. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Tearapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hitung kebutuhan cairan</li> <li>2. Berikan posisi modified Trendelenburg</li> <li>3. Berikan asupan cairan oral</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan perbanyak asupan cairan oral</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotinis (misalnya NaCl, RL)</li> <li>2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotinis (misalnya glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</li> <li>3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (misalnya albumin, Plasmanate)</li> <li>4. Kolaborasi pemberian produk darah</li> </ol>
3	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan menurun</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bising usus hiperaktif</li> <li>2. Membran mukosa pucat</li> <li>3. Serum albumin berlebihan</li> <li>4. Diare</li> </ol>	<p>Status nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan</li> <li>2. Berat badan</li> <li>3. Indeks massa tubuh (IMT)</li> <li>4. Bising usus</li> </ol>	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> <li>5. Monitor asupan makanan</li> <li>6. Monitor berat badan</li> <li>7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (misalnya piramida makanan)</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>4. Beriakan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Beriakan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>6. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2. Anjurkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.</li> </ol>
4	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea</li> <li>2. Pusing</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bunyi nafas tambahan</li> <li>2. Gelisah</li> <li>3. Nafas cuping hidung</li> <li>4. Wara kulit abnormal (mis. Pucat, kebiruan)</li> <li>5. PH arteri meningkat/menurun.</li> <li>6. Kesadaran menurun.</li> </ol>	<p>Pertukaran gas (L.01003)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea</li> <li>2. Bunyi nafas tambahan</li> <li>3. Pusing</li> <li>4. Gelisah</li> </ol>	<p>Pemantauan repirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>2. Monitor pola napas ( seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul</i>, <i>Cheyne-Stokes</i>, Biot, ataksik)</li> <li>3. Monitor batuk efektif</li> <li>4. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>5. Monitor adanya sumbatan jalan nafas</li> <li>6. Palpasi kesismetrisan ekspansi paru</li> <li>7. Auskultasi bunyi nafas</li> <li>8. Monitor saturasi oksigen</li> <li>9. Monitor nilai AGD</li> <li>10. Monitor hasil x-ray toraks</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi klien</li> <li>2. Domekumentasi hasil pemantauan</li> </ol>

1	2	3	4
			Edukasi 1. Jelaskan tujuan pemantauan 2. Infoemasikan hasil pemantauan, jika perlu
5	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Kelembapan	Intergritas kulit dan jaringan (L.14125) 1. Kerusakan jaringan 2. Kerusakan lapisan kulit 3. Kemerahan	Perawatan Integritas kulit (I.11353) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutris, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Teraupetik 1. Ubah posisi tiap dua jam, jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat. 4. Gunakan produk berbahan petronium atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan atau alami pada kulit sensitif 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembab (misalnya <i>lotion</i> , serum) 2. Anjurkan minum yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal saat diluar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun Secukupnya

1	2	3	4
6	Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan trauma	Keseimbangan cairan (L.03020) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan</li> <li>2. Output urin</li> <li>3. Membran mukosa lembab</li> <li>4. Dehidrasi</li> <li>5. Tugor kulit</li> </ol>	Manajemen cairan(I.03098) <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status hidrasi ( misalnya frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, tugor kulit, tekanan darah)</li> <li>2. Monitor berat badan harian</li> <li>3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dianalisis</li> <li>4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (misalnya hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN)</li> <li>5. Monitor status hemodinamik (misalnya MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia)</li> </ol> <p>Traupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat <i>intake-output</i> dan hitung balans cairan 24 jam</li> <li>2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</li> <li>3. Berikan cairan intravena, jika perlu</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu</li> </ol>
7	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi Ds : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa bingung</li> <li>2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> </ol>	Tingkat ansietas (L.09093) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan</li> <li>2. Verbalisasi kebingungan yang dihadapi</li> <li>3. Prilaku gelisah</li> <li>4. Prilaku tegang</li> <li>5. Pola tidur</li> </ol>	Reduksi ansietas (I.09314) <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya kondisi waktu, stresor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> </ol> <p>Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> </ol>

1	2	3	4
	<p>3. Mengeluh pusing</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak gelisah</li> <li>2. Tampak tegang</li> <li>3. Sulit tidur</li> <li>4. Muka tampak pucat</li> <li>5. Kontak mata buruk</li> </ol>	<p>6. Konsentrasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika perlu</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Latih kegiatan pegalihan untuk mrngurangi ketegangan</li> <li>6. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> </ol> <p>Latih tehnik relaksasi</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li> </ol>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independent), saling ketergantungan atau kolaborasi (Independent), tindakan rujukan atau ketergantungan (dependent) (Tarwoto, 2015).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, status kesehatan yang baik akan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Jenis implementasi keperawatan (Dinarti & Mulyani, 2017)

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu :

##### a. *Independent implementations*

Adalah implementasi yang dilakukan secara mandiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, dan lain-lain.

##### b. *Interdependen/Collaborative implementations*

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, dan lain-lain.

##### c. *Dependent implementations*

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, psikologi, fisioterapi, dan sebagainya, misalnya dalam hal pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi (Dinarti & Mulyani, 2017)

## 5. Evluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahapan yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyani, 2017).

Beberapa metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain :

- a. Observasi langsung adalah mengamati secara langsung perubahan yyang terjadi dalam keluarga.
- b. Wawancara keluarga, yang berkaitan dengan perubahan sikap, apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat.
- c. Memeriksa laporan, dapat dilihat dari rencana asuhan keperawatan yang dibuat dan tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.
- d. Latihan stimulasi, berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan.