

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Gastroenteritis

1. Pengertian

Gastroenteritis atau lebih di kenal dengan diare adalah keadaan ketika frekuensi buang air besar lebih dari empat kali pada bayi, dan lebih tiga kali pada anak dengan konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah. Peradangan yang terjadi pada lambung dan usus memunculkan gejala diare dengan atau tanpa disertai muntah (Mardalena, 2019).

Gastroenteritis adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair dan bersifat mendadak datangnya dan berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu (Suharyono, 2012).

2. Etiologi

Suharyono (2012), gastroenteritis disebabkan oleh beberapa faktor yaitu:

a. Faktor infeksi

1) Infeksi virus

a) *Rotavirus*

Infeksi *Rotavirus* biasanya terdapat pada anak-anak umur 6 bulan – 2 tahun, sering didahului atau disertai dengan demam dan muntah, tetapi biasanya terjadi pada musim hujan.

b) *Enterovirus*

Biasanya timbul pada musim kemarau.

c) *Adenovirus*

Timbul sepanjang tahun dan menyebabkan gejala pada saluran pencernaan dan pernafasan

d) Norwalk agent

Virus ini dikenal sebagai Norwalk agent karena diisolasi pada waktu terjadi letusan gastroenteritis di Norwalk, Ohio, terdapat lebih banyak kasus pada dewasa daripada anak.

2) Infeksi bakteri

a) *Shigella*

Semusim, puncaknya pada bulan Juli-September. Insiden paling tinggi terjadi usia 1-5 tahun dapat dihubungkan dengan kejang demam, muntah yang tidak menonjol dan sel polos dalam feses.

b) *Salmonella*

Semua umur tetapi lebih tinggi di bawah umur 1 tahun, menembus dinding usus, feses berdarah dan mukoid. Mungkin ada peningkatan *temperature*. Muntah tidak menonjol, sel

polos dalam feses. Masa inkubasi 6-40 jam, lamanya 2-5 hari.

Organisme dapat ditemukan pada feses selama berbulan-bulan.

c) *Escherichia coli*

Baik yang menembus mukosa (feses berdarah) atau yang menghasilkan *enterotoksin*. Klien (biasanya bayi) dapat terlihat sangat sakit.

d) *Campylobacter*

Sifatnya invasif (feses yang berdarah dan bercampur mukus) pada bayi dapat menyebabkan diare berdarah tanpa manifestasi klinik yang lain. *Kram abdomen* yang hebat. Muntah dan dehidrasi jarang terjadi

e) *Yersinia Enterocolitica*

Sering didapatkan sel polos pada feses. Mungkin ada nyeri *abdomen* yang berat. Diare selama 1-2 minggu, sering menyerupai *appendicitis*.

3). Infeksi parasit

a) cacing

Ascaris, Trichiuris, Oxyuris, Strongy loides

b) protozoa

Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Trichomonas hominis

c) jamur

Candida albicans

b. Faktor non infeksi

Malabsorpsi bisa menjadi faktor non infeksi pada klien gastroenteritis. Malabsorpsi akan *karbohidrat disakarida (intoleransi laktosa, maltose, dan sukrosa)*, atau *non sakarida (intoleransi glukosa, fruktos, dan galaktosa)*.

c. Faktor makanan

Makanan basi, beracun, atau alergi terhadap makanan tertentu.

d. Faktor psikologis

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

3. Patofisiologi

Penyebab gastroenteritis akut adalah masuknya virus (*Rotavirus, Adenovirus enteris, Virus Norwalk*), bakteri atau toksin (*Compylobacter, Salmonella, Escherihia Coli, Yersinia* dan lainnya), parasit (*Biardia Lambia, Cryptosporidium*). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel memproduksi enterotoksin atau Cytoksin dimana merusak sel-sel atau melekat pada dinding usus pada Gastroenteritis akut.

Penularan gastroenteritis biasanya melalui fekal ke oral dari satu penderita ke penderita lain. Beberapa kasus ditemui penyebaran patogen disebabkan oleh makanan dan minuman yang terkontaminasi. Mekanisme dasar penyebab timbulnya gastroenteritis atau diare adalah

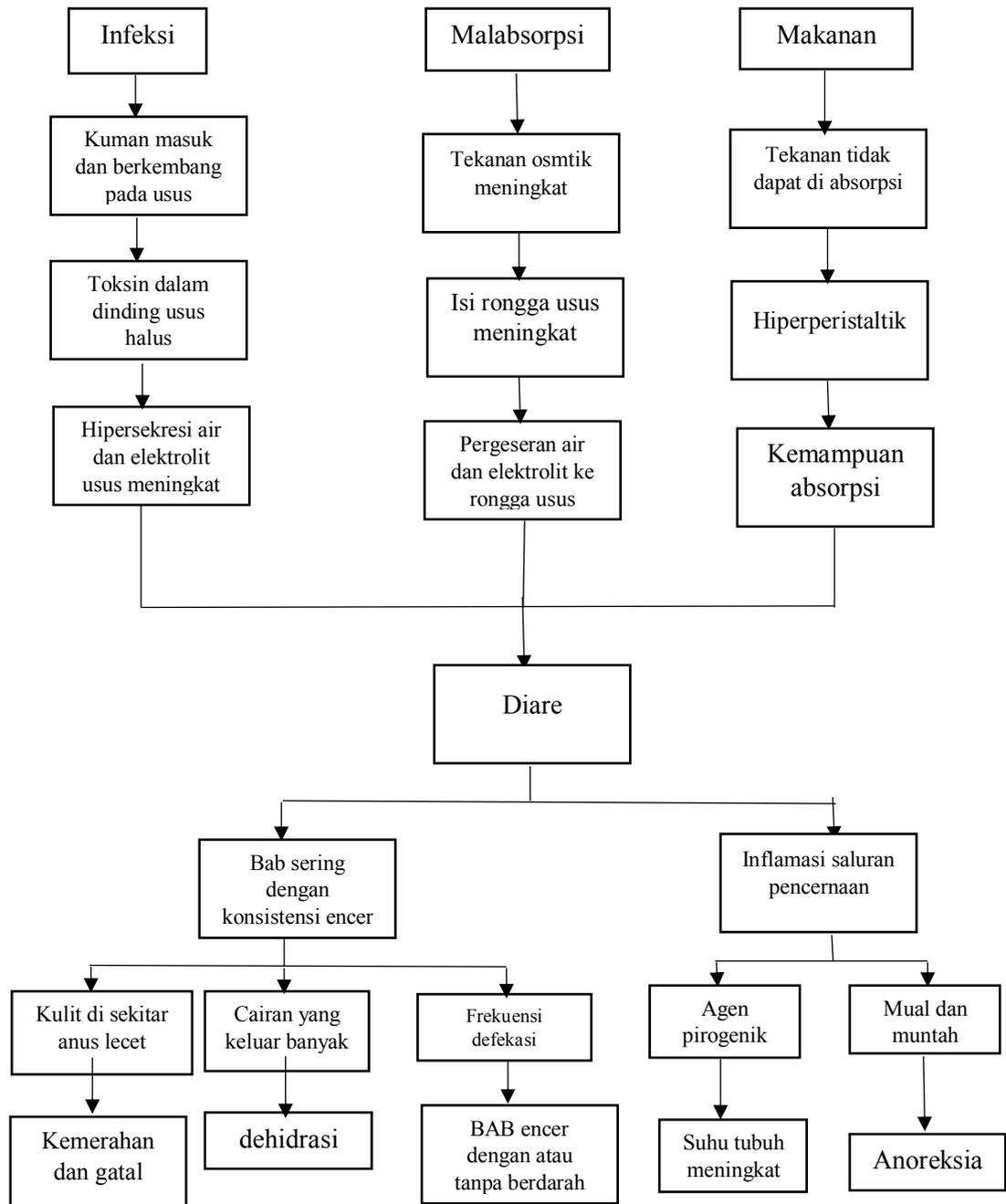
gangguan osmotik. Ini artinya makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian terjadi diare. Gangguan motilitas usus mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik.

Gastroenteritis atau diare dapat menimbulkan gangguan lain misalnya kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi). Kondisi ini dapat mengganggu keseimbangan asam basa (asidosis metabolik dan hipoglikemia), gangguan gizi (*intake* kurang, output berlebih), hipoglikemia, dan gangguan sirkulasi darah.

Normalnya makanan atau feses bergerak sepanjang usus dengan bantuan gerakan peristaltik dan segmentasi usus, akan tetapi mikroorganisme seperti *Salmonella*, *Escherchia coli*, *Vibrio disentri*, dan virus *Entero* yang masuk ke dalam usus dan berkembang biak dapat meningkatkan gerak peristaltik usus tersebut. Usus kemudian akan kehilangan cairan dan elektrolit kemudian terjadi dehidrasi. Dehidrasi merupakan komplikasi yang sering terjadi jika cairan yang dikeluarkan oleh tubuh melebihi cairan yang masuk dan cairan yang keluar disertai elektrolit (Mardalena, 2019).

Diagram 2.1

Pathway Gastroenteritis



Sumber : Kardiyudiani & Susanti, 2019

4. Manifestasi Klinis.

Pada umumnya, kecuali Shigellosis sistemik, hampir tidak mungkin untuk mengetahui penyebab spesifik hanya berdasarkan kriteria klinis. Keterangan tentang epidemiologi sangat berguna. Pada umumnya terdapat 2 perbedaan klinis diare akut, tergantung pada tempat infeksi, di kolon atau usus halus. Disentri pada umumnya sebagai infeksi di kolon disebabkan oleh *Shigella dysenteriae*, *E. Coli enteroinvasif* atau *Salmonella* dan terdapat tinja berlendir, sedikit berair dan mengandung leukosit.

Gastroenteritis akibat infeksi di usus halus disebabkan oleh *Salmonella*, bakteri enterotoksigenik termasuk *E.coli V.cholerae*, *Stafilokok*, *Pseudomonas*, *Klebsiella* dan virus. Diare bersifat sering, volume banyak, berair, hijau atau kuning dan kadang-kadang berlendir, terdapat juga gejala muntah dan panas mendadak berhubungan dengan diare karena virus.

Tanda dan gejala: nyeri perut (abdominal discomfort), rasa perih di ulu hati, mual, kadang-kadang sampai muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas di dada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba), diare, demam, membran mukosa mulut dan bibir kering, lemah (Suharyono, 2012).

5. Pemeriksaan penunjang

Suharyono (2012), ada beberapa pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan pada gastroenteritis, yaitu:

a. Pemeriksaan tinja

Dicari penyebab infeksi (sediaan langsung dicat dengan gram dan dikultur) maupun infestasi parasit dan jamur dan adanya sindrom malabsorpsi terhadap laktosa, lemak dan lain-lain. Pada gastroenteritis berat (misalnya pada kolera), diperhatikan volume cairan tinja yang keluar dan pemeriksaan kadar Na^+ , K^+ , Cl^- dan bikarbonat dalam tinja.

b. Pemeriksaan darah

Hemogram lengkap (Hb, eritrosit, hematokrit, leukosit dan lain lain), Pemeriksaan pH dan keseimbangan asam-basa, Pemeriksaan elektrolit Na^+ , K^+ , Cl^- , Ca^{++} dan Mg^{++} , osmolaritas, BUN (blood urea nitrogen), gula darah, protein plasma, berat jenis, Blood typing and cross matching bila tranfusi darah di perlukan.

c. Pemeriksaan urin

Ditetapkan volume urin, diperiksa berat jenis dan albuminuri. Bila mungkin diperiksa osmolaritas urin, pH urin karena urin yang asam menunjukkan adanya asidosis. Elektrolit urin yang diperiksa ialah Na^+ , K^+ dan Cl^- . asetonuri menunjukkan adanya ketosis.

d. Pemeriksaan analisis gas darah

Asidosis adalah suatu kelainan patologis yang disebabkan oleh akumulasi asam atau kehilangan basa. Hal ini menyebabkan menurunnya pH.

e. Intubasi duodenum

Untuk mengetahui parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik khusus sering kali tidak diperlukan pada kasus gastroenteritis. Para ahli perawatan sering dapat membuat diagnosis berdasarkan riwayat gejala dan pemeriksaan fisik. Jika gejalanya menetap untuk jangka panjang dapat dilakukan untuk menentukan penyebab muntah dan diare (kardiyudiani & susanti, 2019).

Pada pemeriksaan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik ada beberapa hal yang perlu diperhatikan diantaranya apakah dikeluarga atau teman lain mengalami paparan yang sama :berupa durasi, frekuensi, dan apakah ada muntah. Kemampuan klien menoleransi cairan dari mulut, pertanyaan-pertanyaan tersebut membantu menentukan potensi resiko dehidrasi.

Informasi lain dalam riwayat medis yang dapat membantu dalam diagnosis gastroenteritis meliputi :

- a. Riwayat perjalanan. Perjalanan dapat menunjukkan infeksi bakteri *E. Coli* atau infeksi parasit yang didapat dari sesuatu yang dimakan atau diminum oleh klien
- b. Paparan air yang terkontaminasi. Berenang di air yang terkontaminasi atau minum dari air segar seperti aliran gunung atau sumur dapat mengindikasikan *Giardia*, organisme yang ditemukan didalam air .
- c. Perubahan pola makan, kebiasaan menyiapkan makanan, dan penyimpanan makanan. Penyakit terjadi setelah terpapar makanan yang tidak dimasak atau disimpan tidak benar atau kurang matang .
- d. Kontak racun. Gejala gastroenteritis dapat terjadi setelah terpapar berbagai racun, yang dapat terjadi karena pekerjaan atau rekreasi.

7. Penatalaksanaan medis

Suharyono (2012), penatalaksanaan medis terdiri dari :

- a Pemberian cairan untuk mengganti cairan yang hilang
- b Dietetik : pemberian makanan dan minuman khusus pada penderita dengan tujuan penyembuhan dan menjaga kesehatan adapun hal yang perlu diperhatikan: memberikan bahan makanan yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral, dan makanan yang bersih.
- c monitor dan koreksi input dan output elektrolit
- d obat-obatan: berikan antibiotik, koreksi asidosis metabolik.

8. Komplikasi

Sebagai akibat kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak, dapat terjadi berbagai macam komplikasi, seperti :

- a. Dehidrasi (ringan, berat, hipotonik, isotonik, atau hipertonik)
- b. Syok hipovolemik
- c. Hipokalemia (dengan gejala hipotonik otot, lemah, bradikardi, perubahan pada EKG)
- d. Hipoglikemia
- e. Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim laktase karena kerusakan villi mukosa usus halus
- f. Kejang terutama pada dehidrasi hipertonik
- g. Malnutrisi energi protein, karena selain diare dan muntah, penderita juga mengalami kelaparan (Wijaya & Putri, 2013).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Cairan dan Elektrolit

Menurut Abraham Maslow 1950 kebutuhan dasar manusia ada lima tingkatan atau hierarki dan disebut dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow (Mubarak dan Chayatin, 2008). Berikut merupakan hierarki yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar tersebut:

1. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*).
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety and Security Needs*).

3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*Love and Belonging Needs*)
4. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*)
5. 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, 2008).

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 diuretic hormone* (ADH), hormon *aldosteron*, *prostaglandin* dan *glukokortikoid*. Faktor-faktor yang mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit, antara lain:

1. Usia, pada bayi atau anak-anak keseimbangan cairan dan elektrolit dipengaruhi oleh beberapa faktor. Diantaranya adalah asupan cairan

yang besar yang diimbangi dengan pengeluaran yang besar pula, metabolisme tubuh yang tinggi, masalah yang muncul akibat imaturitas fungsi ginjal, serta banyaknya cairan yang keluar melalui ginjal, paru-paru, dan proses penguapan. Pada orang tua atau lansia, gangguan muncul berkaitan dengan masalah ginjal dan jantung terjadi karena ginjal tidak lagi mampu mengatur konsentrasi urine.

2. Temperatur lingkungan, lingkungan panas menstimulus sistem saraf simpatis dan menyebabkan seseorang berkeringat. Pada cuaca yang sangat panas, seseorang akan kehilangan 700-2000 ml air.
3. Kondisi stress, mempengaruhi metabolisme sel, konsentrasi glukosa darah, dan *glikolisis* otot. Kondisi stress mencetuskan pelepasan ADH sehingga produksi urin menurun.
4. Keadaan sakit, sakit dapat mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit antara lain, luka bakar, gagal ginjal, dan payah jantung.
5. Diet, mempengaruhi asupan cairan dan elektrolit.

Menurut Mubarak dan Chayatin (2008), pemeriksaan fisik pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit yaitu:

- a. Integumen: turgor kulit, edema, kelemahan otot, tetani, dan sensasi rasa
- b. Kardiovaskuler: distensi vena jugularis, tekanan darah, dan bunyi jantung
- c. Mata: cekung, air mata kering
- d. Neurologi: refleks, gangguan motorik dan sensorik, tingkat kesadaran

e. Gastrointestinal: mukosa mulut, mulut, lidah, bisung usus.

C. Proses Keperawatan Gastroenteritis

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017).

Pengkajian yang akan di dapat pada klien gastroenteritis menurut Wijaya dan Putri (2013), adalah :

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Pengkajian meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk Rs, tanggal pengkajian

b. Riwayat kesehatan

c. Riwayat kesehatan sekarang PQRST :

P :apakah yang menyebabkan gejala diare dan apa yang telah dilakukan, diare dapat disebabkan infeksi, faktor makanan dan faktor malabsorpsi.

Q :frekuensi Bab lebih dari 3x dalam sehari, dengan darah/lendir, konsistensi cair, mual, muntah, badan terasa lemah sehingga mengganggu aktifitas sehari-hari.

R :Perut terasa sakit, anus terasa perih.

- S : skala/keparahan, kondisi lemah dapat menurunkan aktifitas sehari-hari
- T : Diare dapat terjadi sewaktu-waktu , lamanya diare akut 3-5 hari. Diare berkepanjangan >7 hari dan diare kronis 14 hari.
- d. Riwayat penyakit sebelumnya : Infeksi parenteral seperti *Infeksi saluran pernafasan atas* (ISPA), infeksi saluran kemih, *otitis media akut* (OMA).
- e. Riwayat kesehatan keluarga apakah ada anggota keluarga yang menderita diare.
- f. Lingkungan rumah dan komunitas
Lingkungan yang kotor dan kumuh serta personal hygiene yang kurang mudah terkena kuman penyebab diare.
- g. Perilaku yang mempengaruhi kesehatan
Bak/Bab di tempat sembarangan, tidak menggunakan jamban yang baik, sehingga mempermudah masuknya kuman lewat fekal-oral.
- h. Persepsi sensori keluarga tentang kesehatan
Kondisi fisik yang lemah dan buang air besar yang berlebihan sehingga membutuhkan keputusan untuk segera ditangani, ini bergantung pada tingkat pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh klien dan keluarga .
- i. Pola nutrisi
Makanan dan minuman yang kurang hygiene dapat berpengaruh terhadap diare, sehingga status gizi dapat terganggu dan dapat terjadi

hipoglikemi dan dapat menyebabkan penurunan berat badan serta dapat menyebabkan dehidrasi.

j. Pola eliminasi

Frekuensi buang air besar meliputi (konsistensi, bau, warna) adakah darah atau lendir, dan pola buang air kecil perlu dikaji untuk output terhadap kehilangan cairan lewat urin.

k. Pola Istirahat dan tidur

Kebutuhan istirahat akan terganggu karena frekuensi buang air besar yang berlebihan, sehingga klien tidak dapat istirahat secara optimal.

l. Pola aktivitas

Klien mengalami gangguan dalam beraktivitas karena tubuh klien yang lemah, sehingga perlu bantuan untuk kebutuhan sehari-harinya.

Tabel 2.1
Tingkat aktivitas

Tingkat Aktivitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan , pengawasan orang lain , dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat memerlukan atau beradaptasi dalam perawatan

Sumber: NANDA, 2016

m. Sistem penginderaan

- 1) Subyektif, klien mengatakan merasa mudah haus dan penglihatan berkunang-kunang
- 2) Inspeksi : Kepala kesimetrisan muka, warna rambut dan kebersihan kepala.
- 3) Mata : apakah ada gangguan penglihatan, konjungtiva adakah anemis, sklera adakah ikterus, reflek mata dan pupil terhadap cahaya, pada keadaan diare yang lebih lanjut atau *syock hipovolemik reflek pupil (-)* .
- 4) Hidung : pada klien yg mengalami dehidrasi berat dapat menimbulkan asidosis metabolik sehingga kompensasinya adalah alkalosis respiratorik untuk mengeluarkan CO₂ dan mengambil O₂, nampak adanya pernafasan cuping hidung.

n. Sistem Integumen

- 1) Subyektif : kulit kering
- 2) Inspeksi : kulit kering, sekresi sedikit, selaput mukosa kering, turgor kulit tidak efektif

o. Sistem pernafasan

- 1) Subyektif : Adakah sesak atau tidak
- 2) Inspeksi : bentuk simetris, kaji frekuensi, irama, dan tingkat kedalaman pernafasan, adakah penumpukan *sekresi stidor*
- 3) Palpasi : Kaji adanya massa, nyeri tekan

4) Auskultasi : dengan menggunakan stetoskop kaji suara nafas vaskuler, adakah suara nafas tambahan .

p. Sistem Pencernaan

- 1) Subjektif, merasa lapar atau haus
- 2) Inspeksi, buang air besar, konsistensi, bau, warna, frekuensi lebih dari 3 kali dalam 1 jam. Adakah disertai dengan lendir atau darah
- 3) Auskultasi, bising usus (dengan menggunakan diafragma stetoskopi), peristaltik usus meningkat > 20 dengan durasi 1 menit
- 4) Perkusi : mendengar adanya gas, cairan atau massa (-), hepar dan kien tidak membesar suara tymphani.

q. Sistem perkemihan

- 1) Subjektif urin lebih sedikit dari biasanya, dengan warna kuning pekat, dan bau khas urin
- 2) Inspeksi : observasi output tiap 24 jam.

r. Sistem Muskuloskeletal

- 1) Subjektif : lemah
- 2) Inspeksi : klien tampak lemah, aktivitas menurun.
- 3) Palpasi : hipotoni, kulit kering, turgor kulit tidak elastis.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang

dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Menurut Wijaya & Putri (2013) diagnosa yang muncul berdasarkan hasil pengkajian pada kasus gastroenteritis didapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

- a. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan aktif (Diare dan muntah). Definisi: penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intravaskuler, penyebab kehilangan cairan aktif (PPNI, 2017).
- b. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan. Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, penyebab ketidakmampuan mencerna makanan (PPNI, 2017).
- c. Nyeri b.d hiperperistaltik. Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan, penyebab agen pencedera fisiologis (PPNI, 2017).
- d. Resiko infeksi pada orang lain b.d terinfeksi kuman diare, kurangnya pengetahuan tentang pencegahan penyebab penyakit. Definisi: berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik, faktor risiko gangguan peristaltik (PPNI, 2017).

- e. Resiko syok b.d kekurangan volume cairan. Definisi: berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, faktor risiko kekurangan volume cairan (PPNI, 2017).

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar. Perencanaan yang disusun terdiri dari: perencanaan tujuan (outcome) dan perencanaan tindakan (intervention). Standar perencanaan dalam keperawatan diantaranya *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* (NIC) (Suarni & Apriyani, 2017). Rencana asuhan keperawatan pada klien gastroenteritis dapat dilihat pada tabel 1.2.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017).

5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan, berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan

lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

Tabel 2.2

Rencana Keperawatan Pada Klien Gastroenteritis

No	Diagnosa Keperawatan	NOC (Nursing Outcomes Classification)	NIC (Nursing Interventions Classification)
1	2	3	4
1	<p>Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif</p> <p>Tanda gejala mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Nadi teraba lemah 3. Turgor kulit menurun 4. Membran mukosa kering 5. Volume urin menurun <p>Tanda gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa lemah 2. Mengeluh haus 	<p>Keseimbangan cairan (0601)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah normal (5) 2. Denyut nadi radial teratur (5) 3. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam (5) 4. Berat badan stabil (5) 5. Turgor kulit elastis (5) 6. Kelembabanmembran mukosa (5) <p>Hidarasi (0602)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak kehausan (5) 2. Warna urine normal (5) 3. Diare teratasi (5) 	<p>Manajemen diare (0460)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan riwayat diare 2. Ambil tinja untuk pemeriksaan kultur dan sensitifitas bila diare berlanjut 3. Evaluasi profil pengobatan antidiare secara tepat 4. Instruksikan klien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 5. Evaluasi kandungan nutrisi dari makanan yang sudah dikonsumsi sebelumnya 6. Berikan makanan dalam porsi kecil dan lebih sering serta tingkatkan porsi secara bertahap 7. Anjurkan klien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut 8. Identifikasi faktor yang bisa menyebabkan diare (misalnya, medikasi, bakteri, dan pemberian makan lewat selang) 9. Monitor tanda dan gejala diare 10. Instruksikan klien untuk memberitahu staf setiap kali mengalami episode diare

1	2	3	4
			<p>11. Amati turgor kulit secara bertahap</p> <p>12. Monitor kulit perineum terhadap adanya iritasi dan ulserasi</p> <p>13. Ukur diare / output pencernaan</p> <p>14. Timbang klien secara berkala</p> <p>15. Beritahu dokter jika terjadi peningkatan frekuensi atau suara perut</p> <p>16. Konsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala diare menetap</p> <p>17. Instruksikan untuk menghindari laktasif</p> <p>18. Ajari klien cara menuliskan diari makanan</p> <p>19. Ajari klien cara menurunkan stres sesuai kebutuhan</p> <p>20. Bantu klien untuk melakukan teknik penurunan stres</p> <p>21. Monitor persiapan makanan yang aman</p> <p>22. Lakukan tindakan untuk mengistirahatkan perut (misalnya, nutrisi oral, diet cair)</p> <p>Manajemen cairan (4120)</p> <p>1. Timbang berat badan setiap hari dan monitor status klien</p> <p>2. Hitung atau timbang popok dengan baik</p> <p>3. Jaga intake/ asupan yang akurat dan catat output klien</p> <p>4. Monitor status hidrasi (misalnya membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik)</p> <p>5. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan (misalnya, peningkatan kadar osmolaritas urin)</p> <p>6. Monitor status hemodinamik, termasuk CVP, MAP PAP, dan PCWP, jika ada</p>

1	2	3	4
			<ol style="list-style-type: none"> 7. Monitor tanda-tanda vital klien 8. Monitor indikasi kelebihan cairan/retensi (misalnya, crackles, elevasi CVP atau tekanan kapiler paru yang terganjal, edema, detensi vena leher, dan asites) 9. Monitor perubahan berat badan klien sebelum dan sesudah dialisis. 10. Kaji lokasi dan luasnya edema, jika ada 11. Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian 12. Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan 13. Monitor status gizi 14. Berikan cairan, dengan tepat 15. Berikan diuretik yang diresepkan 16. Berikan cairan IV sesuai suhu kamar 17. Tingkatkan asupan oral (misalnya, memberikan sedotan, menawarkan cairan diantara waktu makan, mengganti air es secara rutin, menggunakan es untuk jus favorit anak, potongan gelatin ke dalam kotak yang menyenangkan, menggunakan cangkir obat kecil) yang sesuai 18. Arahkan klien menggunakan status NPO 19. Berikan penggantian nasogastrik yang diresepkan berdasarkan output (klien) 20. Distribusikan asupan cairan selama 24 jam 21. Dukung klien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik 22. Tawari makanan ringan (misalnya, minuman ringan dan buah-buahan segar/ jus buah) 23. Batasi asupan air pada kondisi pengenceran hiponatremia dengan serum Na di bawah 130 mEq

1	2	3	4
			<p>perliter</p> <p>24. Monitor reaksi klien terhadap elektrolit yang diresepkan</p> <p>25. Konsultasikan dengan dokter jika tanda-tanda dan gejala kelebihan volume cairan menetap dan memburuk)</p> <p>26. Atur ketersediaan produk darah untuk transfusi, jika perlu</p> <p>27. Siapkan pemberian produk-produk darah (misalnya, cek darah dan mempersiapkan pemasangan infus)</p> <p>28. Berikan produk-produk darah (misalnya, trombosit dan plasma yang baru)</p> <p>Manajemen hipovolemi (4180)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan di waktu yang sama (misalnya, setelah BAK/BAB, sebelum sarapan) dan monitor kecenderungan arah gejala) 2. Monitor status haemodinamik, meliputi nadi, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, dan CI, jika tersedia 3. Monitor adanya hipotensi ortostatik dan pusing saat berdiri 4. Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi (misalnya, turgor kulit buruk, capillary refill terlambat, nadi lemah, sangat haus, membran mukosa kering, dan penurunan urin output). 5. Monitor asupan dan pengeluaran 6. Monitor area akses memasukkan alat terhadap adanya infiltrasi, phlebitis, dan infeksi dengan tepat

1	2	3	4
			<p>7. Monitor bukti laboratorium dari adanya hemokonsentrasi (misalnya, sodium, BUN, berat jenis urin) jika tersedia</p> <p>8. Monitor bukti laboratorium dan bukti klinis adanya cedera ginjal akut (misalnya, peningkatan BUN, peningkatan kreatinin, penurunan GFR, myoglobinemia, dan penurunan urin output)</p> <p>9. Dukung asupan oral (misalnya, berikan cairan lebih dari 24 jam dan berikan cairan dengan makanan) jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>10. Tawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>11. Jaga kepatenan akses IV</p> <p>12. Hitung kebutuhan cairan didasarkan pada area permukaan tubuh dan ukuran tubuh terbakar, dengan tepat</p> <p>13. Berikan cairan IV isotonik yang diresepkan (misalnya, cairan normal saline atau Lactated Ringer) untuk rehidrasi ekstraseluler dengan tetesan aliran yang tepat dengan tepat</p> <p>14. Berikan cairan hipotonik IV yang diresepkan (misalnya, 5% dextrose dalam cairan atau 0,45% sodium chloride) untuk rehidrasi intraseluler pada tetesan aliran yang tepat dengan tepat</p> <p>15. Tingkatkan integritas kulit (misalnya, mencegah pencukuran hindari kelembaban yang berlebihan, dan sediakan nutrisi yang cukup) pada klien yang tidak dapat bergerak dan memiliki kulit kering dengan tepat</p> <p>16. Bantu klien dengan ambulasi pada kasus hipotensi postural</p>

1	2	3	4
			<p>17. Instruksikan pada klien untuk menghindari posisi yang berubah cepat, khususnya dari posisi telentang pada posisi duduk atau berdiri</p> <p>18. Implementasikan posisi trendelenburg yang dimodifikasi (misalnya kaki ditinggikan di atas posisi jantung dengan tubuh terlentang) saat hipotensi untuk mengoptimalkan perfusi otak dalam meminimalkan kebutuhan oksigen jantung</p> <p>19. Monitor rongga mulut dari kekeringan dan/ atau membran mukosa yang pecah.</p> <p>20. Sediakan cairan oral sesering mungkin untuk memelihara integritas membran mukosa mulut, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>21. Fasilitasi kebersihan mulut (misalnya, menggosok gigi dengan pasta gigi, menggunakan obat kumur tanpa alkohol) dua kali sehari</p> <p>22. Posisikan untuk perfusi perifer</p> <p>23. Berikan vasodilator yang diresepkan dengan hati-hati (misalnya, nitrogliserin, nitropusside, dan calcium channel blockers) saat mnghangatkan kembali klien setelah operasi, dengan tepat</p> <p>24. Berikan atrial natriuretic peptide (ANP) yang diresepkan untuk mencegah cedera ginjal akut, dengan tepat</p>
2	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <p>Tanda dan gejala mayor :</p>	<p>Kontrol nyeri (1605)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenali kapan nyeri terjadi (5) 2. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik (5) 3. Menggunakan analgesik yang di rekomendasikan (5) 	<p>Pemberian analgesik (2210)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati klien 2. Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, frekuensi, obat analgesik yang diresepkan 3. Cek adanya riwayat alergi obat

1	2	3	4
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Besikap protektif memegangi bagian abdomen 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Tanda dan gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Nafsu makan berubah 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Melaporkan nyeri yang terkontrol (5) <p>Tingkat nyeri (2102)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri yang dilaporkan (5) 2. Ekspresi wajah rileks (5) 3. Dapat beristirahat (5) 4. Nafsu makan baik (5) 5. Frekuensi nafas normal (5) 6. Tekanan darah normal (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Evaluasi kemampuan klien untuk berperan serta dalam pemilihan analgetik, rute dosis dan keterlibatan klien, sesuai kebutuhan 5. Pilih analgesik atau kombinasi analgesik yang sesuai ketika lebih dari satu diberikan 6. Tentukan pilihan obat analgetik (narkotik, non narkotik, atau NSAID), berdasarkan tipe keparahan nyeri 7. Tentukan analgesik sebelumnya , rute pemberian, dan dosis untuk mencapai hasil pengurangan nyeri yang optimal 8. Pilih rute intravena dari pada rute intramuskuler, untuk injeksi pengobatan nyeri yang sering, jika memungkinkan 9. Tinggalkan narkotik dan obat-obat lain yang dibatasi, sesuai dengan aturan rumah sakit 10. Monitor tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgesik narkotik pada pemberian dosis pertama kali atau jika ditemukan tanda-tanda yang tidak biasanya 11. Berikan kebutuhan kenyamanan dan aktivitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat. 12. Susun harapan positif mengenai keefektifan analgesik untuk mengoptimalkan respon klien 13. Berikan analgesik tambahan dan/atau pengobatan jika diperlukan untuk pengurangan nyeri .

1	2	3	4
			<ol style="list-style-type: none"> 14. Pertimbangkan penggunaan infus terus-menerus, baik sendiri atau digabungkan dengan opioroid bolus, untuk mempertahankan level serum 15. Jalankan tindakan keselamatan pada klien yang menerima analgesik nargotika, sesuai kebutuhan 16. Mintakan pengobatan nyeri PRN sebelum nyeri menjadi parah 17. Informasikan klien mendapatkan narkotika bahwa rasa mengantuk kadang terjadi selama 2-3 hari pertama pemberian dan selanjutnya akan menghilang 18. Perbaiki kesalahan pengertian/mitos yang dimiliki klien dan anggota keluarga yang mungkin keliru tentang analgesik 19. Evaluasi keefektifan analgesim dengan interval yang teratur pada setiap setelah pemberian khususnya setelah pemberian pertama kali, juga observasi adanya tanda dan gejala efek samping (misalnya , depresi pernapasan , mual dan muntah,mulut kering dan konsyipasi) 20. Dokumentasikan respon terhadap analgesik dan adanya efek samping 21. Evaluasi dan dokumentasi tingkat sedesi dari klien yang meneima optoid 22. Lakukan tindakan-tindakan untuk menurunkan efek samping analgesik (misalnya, konstipasi dan iritasi lambung) 23. Kolaborasikan dengan dokter apakah obat, dosis, rute pemberian, atau perubahan interval dibutuhkan,

1	2	3	4
			<p>buat rekomendasi khusus berdasarkan prinsip analgesik</p> <p>24. Ajarkan tentang penggunaan analgesik, strategi untuk menurunkan efek samping, dan harapan terkait dengan keterlibatan dalam keputusan pengurangan nyeri.</p> <p>Manajemen nyeri (1400)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 2. Observasi adanya petunjuk non verbal, mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif. 3. Pastikan perawatan analgesik bagi klien dilakukan dengan pemantauan yang ketat 4. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan klien terhadap nyeri 5. Gali pengetahuan dan kepercayaan klien mengenai nyeri 6. Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup klien (misalnya, tidur, nafsu makan, pengertian, perasaan hubungan, performa kerja dan tanggung jawab peran) 8. Gali bersama klien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri

1	2	3	4
			<p>9. Evaluasi pengalaman nyeri di masa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik individu atau keluarga atau nyeri menyebabkan disability/ketidakmampuan/kecacatan dengan tepat</p> <p>10. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lainnya, mengenai efektifitas tindakan, pengontrolan nyeri yang pernah digunakan sebelumnya</p> <p>11. Bantu keluarga dalam mencari dan menyediakan dukungan</p> <p>12. Gunakan metode penilaian yang sesuai dengan tahapan perkembangan yang memungkinkan untuk memonitor perubahan nyeri dan akan dapat membantu mengidentifikasi faktor pencetus aktual dan potendual (misalnya, catatan perkembangan, catatan harian)</p> <p>13. Tentukan kebutuhan frekuensi untuk melakukan pengkajian ketidaknyamanan klien dan mengimplementasikan rencana monitor</p> <p>14. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur</p> <p>15. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, suara bising) Kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat memncetuskan atau meningkatkan nyeri (misalnya, ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan)</p>

1	2	3	4
			<p>16. Pertimbangkan keinginan klien untuk berpartisipasi, kemampuan berpartisipasi, kecenderungan, dukungan orang lain terdekat terhadap metode dan kontraindikasi ketika memilih dstrategi penurunan nyeri</p> <p>17. Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (misalnya, farmakologi, nonfarmakologi, dan intrapersonal) untuk memfasilitasi penurunan nyeri, sesuai kebutuhan</p> <p>18. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri</p> <p>19. Ajarkan teknik non farmakologi (seperti biofeedback, TENS, hypnosis, relaksasi, bimbingan antisipatif, terapi panas/dingin, dan pijatan, sebelum, sesudah dan jika memungkinkan ketika melaukakan aktifitas yang menimbulkan nyeri, sebelum nyeri terjadi atau meningkat, dan bersamaan dengan tindakan penurunan rasa nyeri lainnya)</p> <p>20. Gali penggunaan metode farmakologi yang dipakai klien saat ini untuk menurunkan nyeri</p> <p>21. Ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri</p> <p>22. Dorong klien untuk menggunakan obat-obatan penurunan nyeri yang adekuat</p> <p>23. Kolaborasi dengan klien, orang terdekat lainnta untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurunan nyeri non farmakologi, sesuai kebutuhan</p> <p>24. Berikan individu penurunan nyeri yang optimal dengan peresapan analgesik</p> <p>Implementasikan penggunaan klien terkontrol</p>

1	2	3	4
			<p>analgesik (PAC) jika sesuai</p> <p>25. Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat</p> <p>26. Dukungan istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri</p> <p>27. Dorong klien untuk mendiskusikan pengalaman nyerinya, sesuai kebutuhan</p> <p>28. Pertimbangkan untuk merujuk klien, keluarga dan orang terdekat pada kelompok pendukung dan sumber-sumber lainnya sesuai kebutuhan</p>
3	<p>Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>Tanda dan gejala mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun minimal 10% dari rentang ideal <p>Tanda dan gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan menurun 2. Nyeri bagian abdomen 3. Bising usus hiperaktif 4. Membran mukosa pucat 5. Otot pengunyah lemah 6. Otot menelan lemah 7. Diare 	<p>Status nutrisi (1004)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan gizi terpenuhi (5) 2. Asupan makanan tercukupi (5) 3. Asupan cairan (5)' 4. Energi (5) 5. Berat badan ideal (5) 6. Hidrasi (5) 	<p>Manajemen nutrisi (1100)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tentukan status gizi klien dan kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki klien 3. tentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi klien 4. intruksikan klien mengenai kebutuhan nutrisi (yaitu membahas pedoman diet dan piramida makanan) 5. tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi 6. berikan pilihan makanan sambil menawarkan bimbingan terhadap pilihan [makanan] yang lebih sehat, jika diperlukan 7. atur diet yang diperlukan 8. ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan 9. lakukan atau bantu klien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan 10. beri obat- obatan sebelum makan

1	2	3	4
			<p>11. anjurkan klien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan</p> <p>12. pastikan makanan yang disajikan dalam keadaan hangat.</p> <p>13. Tawarkan makanan ringan yang padat gizi</p> <p>14. Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>15. Monitor kalori dan asupan makanan</p> <p>16. Monitor kecenderungan terjadinya penurunan atau kenaikan berat badan</p> <p>Manajemen gangguan makan (1030)</p> <p>1. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk mengembangkan rencana perawatan dengan melibatkan klien dan orang-orang terdekatnya dengan tepat</p> <p>2. Bandingkan dengan tim dan klien untuk mengatur target pencapaian berat badan yang direkomendasikan sesuai umur dan bentuk tubuh</p> <p>3. Ajarkan dan dukung konsep nutri yang baik dengan klien</p> <p>4. Kembangkan hubungan yang mendukung dengan klien</p> <p>5. Monitor tanda-tanda fisiologis (TTV)</p> <p>6. Timbang berat badan klien secara teratur</p> <p>7. Monitor intake/asupan dan asupan cairan secara tepat</p> <p>8. Batasi makanan sesuai jadwal makanan pembuka dan makanan ringan</p>

1	2	3	4
			9. Observasi klien selama dan setelah pemberian makan riangan untuk menyakinkan bahwa intake/asupan makanan yang cukup tercapai dan dipertahankan 10. Batasi aktifitas fisik sesuai kebutuhan untuk meningkatkan berat badan 11. Bantu klien untuk mengembangkan harga diri yang sesuai dengan berat badan yang sehat 12. Monitor berat badan klien sesuai secara rutin 13. Berikan dukungan dalam meningkatkan berat badan 14. Dorong klien untuk mendiskusikan makanan yang disukai bersama dengan ahli gizi Bangun program perawatan dan follow up (medis, konseling) untuk manajemen di rumah.
4	Resiko infeksi pada orang lain b.d terinfeksi kuman diare, kurangnya pengetahuan tentang pencegahan penyebab penyakit	Keparahan infeksi (0703) 1. Kemerahan (5) 2. Vesikel yang tidak mengeras permukaanya (5) 3. Demam (5) 4. Cairan (luka) yang berbau busuk (5) 5. Nyeri (5)	Kontol infeksi (6540) 1. Alokasikan kesesuaian luas ruang per klien, seperti yang diindikasikan oleh pedoman pusat pengendalian dan pencegahan penyakit. 2. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap klien 3. Ganti peralatan perawatan per klien sesuai protokol institusi 4. Batasi jumlah pengunjung 5. Anjurkan klien mengenal teknik mencuci tangan dengan tepat. 6. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan klien 7. Pakai pakaian ganti atau jubah saat menangani bahan-bahan yang infeksius

1	2	3	4
			<p>Pelindungan infeksi (6550)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 2. Monitor kerentanan terhadap infeksi 3. Periksa kulit dan selaput lendir untuk adanya kemerahan kehangatan ekstrim, atau drainase 4. Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup 5. Ajarkan klien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada pemberi layanan kesehatan.
5	Resiko syok b.d kekurangan volume cairan	<p>Keparahan syok: Hipovolemik (0419)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan tekanan nadi perifer (5) 2. Nadi lemah dan halus (5) 3. Aritmia (5) 4. Nyeri dada (5) 5. Meningkatnya laju nafas (5) 	<p>Pencegahan syok (4260)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor terhadap adanya respon kompensasi awal syok (misalnya tekanan darah normal, tekanan nadi melemah, hipotensi ortostik ringan, perlambatan pengisian kapiler) 2. Monitor terhadap adanya tanda-tanda respon sindroma inflamasi sistemik (misalnya, peningkatan suhu, takikardi, takipnea, hipokarbia, leukositosis, leukopnia) 3. Monitor adanya tanda awal dari penurunan fungsi jantung 4. Monitor kemungkinan penyebab kehilangan cairan 5. Monitor status sirkulasi 6. Monitor terhadap adanya tanda ketidakadekuatan perfusi oksigen ke jaringan 7. Monitor tekanan oksimetri 8. Monitor suhu dan status repirasi 9. Monitor EKG 10. Monitor berat badan, masukan dan keluaran setiap hari