

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia



Gambar 2.1
Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan yang berpengaruh di kehidupan dan kematian manusia, sehingga harus cepat terpenuhi. Kebutuhan dibagi menjadi 5 kategori yang terpenuhi secara bertahap hingga membentuk piramida. Kebutuhan tingkat pertama harus dipenuhisebelum memenuhi kebutuhan kedua, dan seterusnya. Kebutuhan ini meliputi material, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, kebutuhan pengakuan, dan aktualisasi diri (Asaf, 2020).

Menurut Abraham Maslow dalam teori hierarki dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan yang paling mendasar dan paling mendominasi kebutuhan manusia dalam hirarki maslow, meliputi kebutuhan oksigen, cairan, makanan, eliminasi, istirahat, aktivitas, kesehatan, temperature tubuh, dan seksual.

b. Kebutuhan rasa cinta

Kebutuhan rasa cinta merupakan kebutuhan saling memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, seperti keinginan untuk berteman, keinginan mempunyai pasangan dan anak, kebutuhan

menjadi bagian dari sebuah keluarga, sebuah perkumpulan, dan lingkungan masyarakat.

c. **Kebutuhan rasa aman**

Kebutuhan yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis, seperti kebutuhan perlindungan diri dari udara panas, dingin, kecelakaan dan infeksi Bebas dari rasa takut dan kecemasan.

d. **Kebutuhan harga diri**

Kebutuhan ini perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten penghargaan terhadap diri kita sendiri ataupun orang lain.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri seperti dapat mengenal diri sendiri dengan baik, tidak emosional, memiliki dedikasi yang tinggi.

2. Konsep Gangguan Kebutuhan Cairan

a. Definisi Gangguan Cairan

Menurut SDKI (2015-2017) kekurangan volume cairan merupakan penurunan cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler. Kekurangan volume cairan terjadi akibat hilangnya cairan tubuh dan lebih cepat terjadi jika disatukan dengan penurunan masukan cairan (Brunner & Suddart, 2016).

b. Gangguan Dalam Kebutuhan Cairan

1) Hipovolemia

Hipovolemia merupakan kondisi ketidakseimbangan yang ditandai dengan defisiensi cairan dan elektrolit diruang ekstraseluler, tetapi proporsi antara keduanya (cairandan elektrolit) mendekati normal. Hipovolume dikenal juga dengan sebutan dehidrasi atau deficit volume cairan (fluid volume deficit atau FVD). Hipovolemia dapat disebabkan oleh banyak faktor, misalnya kekurangan asupan cairan dan kelebihan asupan zat terlarut (misalnya protein dan klorida atau natrium). kelebihan asupan zat terlarut dapat menyebabkan eksresi atau pengeluaran

urine secara berlebih serta pengeluaran keringat yang banyak dalam waktu yang lama. Dehidrasi dapat terjadi pada pasien yang mengalami diare dan muntah secara terus menerus.

2) Hipervolemia

Hipervolemia adalah kondisi ketidakseimbangan yang ditandai dengan kelebihan (retensi) cairan diruang ekstraseluler. Hipervolemia dikenal juga dengan sebutan deficit volume cairan (fluid volume acces atau FVE).Kelebihan cairan didalam tubuh dapat menimbulkan dua manifestasi, yaitu peningkatan volume darah dan edema.

3. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Cairan

a. Umur

Kebutuhan cairan berbeda berdasarkan umur, jenis kelamin, massa otot, dan lemak tubuh. Diperkirakan, bayi usia 0 – 6 bulan memerlukan cairan 700 mL/hari; bayi 7 – 12 bulan memerlukan cairan 800 mL/hari; anak 1 – 3 tahun memerlukan 1300 mL/hari; anak 4 – 8 tahun memerlukan 1700 mL/hari; anak 9 – 13 tahun memerlukan 2400 mL/hari pada laki – laki dan 2100 mL/hari pada perempuan, anak 14 – 18 tahun memerlukan 3300 mL/hari (laki-laki) dan 2300 mL/hari untuk perempuan. Cairan ini dapat berasal dari makanan maupun minuman. Cairan dari minuman dapat berasal dari air putih, susu, atau jus buah.

b. Iklim

Orang yang tinggal di daerah yang panas (suhu tinggi) dan kelembaban udara rendah memiliki peningkatan kehilangan cairan tubuh dan elektrolit.

c. Diet

Diet seseorang berpengaruh terhadap intake cairan dan elektrolit. Ketika intake nutrisi tidak adekuat maka tubuh akan membakar protein dan lemak sehingga akan serum albumin dan cadangan protein akan menurun padahal keduanya sangat diperlukan dalam proses keseimbangan cairan, hal ini akan menyebabkan edema.

d. Stress

Stress dapat meningkatkan metabolisme sel, glukosa darah, dan pemecahan glikogen otot. Mekanisme ini dapat meningkatkan natrium dan retensi air sehingga bila berkepanjangan dapat meningkatkan volume darah.

e. Urine

Proses pembentukan urine oleh ginjal dan ekresi melalui tractus urinarius merupakan proses output cairan tubuh yang utama. Dalam kondisi normal output urine sekitar 1400-1500 ml/24 jam, atau sekitar 30-50 ml/jam pada orang dewasa. Pada orang yang sehat kemungkinan produksi urine bervariasi dalam setiap harinya, bila aktivitas kelenjar keringat meningkat maka produksi urine akan menurun sebagai upaya mempertahankan keseimbangan dalam tubuh.

f. IWL (Invisible Water Loss)

IWL terjadi melalui paru-paru dan kulit, melalui kulit dengan mekanisme difusi. Pada orang dewasa normal kehilangan cairan tubuh melalui proses ini adalah berkisar 300-400 mL/hari, tapi bila proses respirasi atau suhu tubuh meningkat maka IWL dapat meningkat.

g. Keringat

Berkeringat terjadi sebagai respon terhadap kondisi tubuh yang panas, respon ini berasal dari anterior hipotalamus, sedangkan impulsnya ditransfer melalui sumsum tulang belakang yang dirangsang oleh susunan syaraf simpatis pada kulit.

4. Kebutuhan Cairan Normal

Kebutuhan cairan dalam sehari berbeda-beda untuk setiap tempat dan tingkatan kehidupan. Semakin tinggi taraf kehidupan, menyebabkan semakin meningkat jumlah kebutuhan cairan. Air minum adalah kebutuhan manusia yang paling penting. Kebutuhan air minum setiap orang bermacam-macam mulai dari 2,1 liter hingga 2,8 liter perhari,

tergantung pada berat badan, aktivitas, umur, jenis kelamin, kebiasaan, dan suhu. Peningkatan suhu udara akan membuat kebutuhan air meningkat sebanyak setengah liter (Cahanar dan Sunandar, 2018). Cara mencari jumlah kebutuhan cairan yaitu, $10\% \times$ tinggi badan dikali jumlah kenaikan suhu di tambah nilai IWL dan hasilnya untuk kebutuhan selama 1x24 jam.

B. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan dalam pemecahan masalah yang dialami klien yang bertujuan supaya tindakan yang dilaksanakan perawat saat memberikan asuhan keperawatan sesuai prosedur dan standar. Asuhan keperawatan merupakan praktik keperawatan baik secara langsung dan tidak langsung yang diberi pada klien, keluarga, dan masyarakat dengan menggunakan pendekatan dan standar praktek keperawatan (Kebede et al.,2017).

1. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah bagian dari proses keperawatan yang meliputi tiga aktivitas dasar, yaitu: pengumpulan data dengan cara sistematis, memilih serta mengatur data yang akan dikaji, dan mendokumentasikan dalam format yang dapat dibuka kembali.

Data yang valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan yang tepat dan akan berpengaruh terhadap rencana keperawatan (Nurrarif & Kusuma,2015).

Hal-hal yang perlu dikaji:

1) Identitas klien

Dalam pengkajian identitas klien meliputi nama, umur, suku, agama, pendidikan, alamat, nomor rekam medis.

2) Keluhan utama

Yang ditanyakan adalah keluhan dan gejala yang menjadi alasan klien datang ke rumah sakit/berobat .

- 3) Riwayat penyakit sekarang
Sejak kapan klien mengalami diare, demam, mual, dan bagaimana terjadinya keluhan tersebut.
- 4) Riwayat penyakit dahulu
Apakah klien pernah mengalami penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan sekarang.
- 5) Riwayat kesehatan keluarga
Apakah anggota keluarga klien memiliki penyakit keturunan yang mungkin dapat mempengaruhi kondisi saat ini.
- 6) Pengkajian fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)
- 7) Data fisiologis-psikologis-prilaku-relasional-lingkungan meliputi:
 - a) Pola nutrisi & cairan
Data yang perlu dikaji meliputi nafsu makan, jumlah porsi makan, jumlah makanan dan cairan yang masuk, adakah perubahan antara sebelum dan sesudah sakit.
 - b) Pola eliminasi
Data yang dikaji meliputi pola buang air besar dan pola buang air kecil baik sebelum maupun sesudah sakit.
 - c) Pola tidur dan istirahat
Data yang dikaji meliputi pola tidur dan istirahat saat sesudah maupun sebelum sakit.
 - d) Pengkajian fisik
 1. Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran : kompos mentis, apatis, somnolen, sopor dan GCS (Glasgow Coma Scale).
 2. Tanda-tanda vital: nadi, tekanan darah, suhu, respiratory rate,.
 3. Pemeriksaan Head to Toe. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan metode:
 - a. Inspeksi, yaitu dilakukan dengan observasi atau dengan cara melihat.
 - b. Palpasi, yaitu dilakukan dengan menggunakan indra peraba.

- c. Perkusi, yaitu dilakukan dengan cara mengetuk, bertujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap permukaan tubuh dengan menghasilkan suara.
- d. Auskultasi, yaitu dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang tepat dan jelas tentang status kesehatan klien, baik masalah maupun resiko dalam menentukan intervensi keperawatan untuk mencegah, mengurangi, menghilangkan masalah kesehatan klien. Diagnosa keperawatan juga bertujuan mendapatkan identifikasi masalah pada klien yang tepat agar pemilihan intervensi lebih akurat dan menjadi acuan dalam melakukan evaluasi. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI PPNI 2016).

Tabel 1
Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tanda gejala klien 1		Tanda gejala klien 2		Etiologi
		Mayor	Minor	Mayor	Minor	
1.	Hipovolemia (D.0023)	Ds:- Do: - Frekuensi nadi meningkat - Turgor kulit menurun - Membrane mukosa kering - Hematokrit menurun	Ds: - Merasa lemah - Mengeluh haus Do: - Suhu tubuh meningkat - Konsentra si urin meningkat	Ds:- Do: - Frekuensi nadi meningkat - Turgor kulit menurun - Membrane mukosa kering - Hematokrit menurun	Ds: - Merasa lemah - Mengeluh haus Do: - Suhu tubuh meningkat Konsentrasi urin meningkat	Kehilangan cairan aktif
2.	Hipertermia (D.0130)	Ds: - Do: - Suhu tubuh diatas nilai normal	Ds: - Do: - Kulit merah - Kejang - Takikardi - Kulit teraba hangat	Ds: - Do: - Suhu tubuh diatas nilai normal	Ds: - Do: - Kulit merah - Kejang - Takikardi - Kulit teraba hangat	Proses penyakit

3.	Nausea (D.0076)	Ds : - Mengeluh mual - Merasa ingin muntah - Tidak berminat makan Do: -	Ds: - Merasa asam di mulut - Sensasi panas dingin - Sering menelan Do: - Saliva meningkat - Pucat - Takikardia - Pupil dilatasi	Ds : - Mengeluh mual - Merasa ingin muntah - Tidak berminat makan Do: -	Ds: - Merasa asam di mulut - Sensasi panas dingin - Sering menelan Do: - Saliva meningkat - Pucat - Takikardia - Pupil dilatasi	Distensi lambung
----	------------------------	--	---	--	---	------------------

(Sumber : Tim Pokja SDKI,2016)

c. Intervensi

Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018).

Tabel 2
Rencana Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
1.	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil - Asupan cairan meningkat - Haluaran urin meningkat - Kelembaban membrane meningkat - Asupan makanan meningkat - Dehidrasi menurun - Turgor kulit membaik	Manajemen cairan Observasi - Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi,kelembaban mukosa) - Monitor berat badan harian - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, berat jenis urin) Terapeutik - Catat intake output dan balance cairan 24 jam - Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan - Beri cairan intravena Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat	- Insersi intravena - Pemantauan elektrolit - Pemantauan neurologis - Pemantauan tanda vital - Pencegahan infeksi - Pencegahan perdarahan

2.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan suhu tubuh membaik dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik 	<p>Manajemen Hipertermia</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermia - Monitor suhu tubuh - Monitor luaran urine <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepas pakaian - Berikan cairan - Lakukan pendinginan (mis. Kompres dingin pada dahi, leher,) <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit , jika perlu - Kolaborasi pemberian obat 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukasi dehidrasi - Edukasi pengukuran suhu tubuh - Edukasi terapi cairan - Kompres dingin - Manajemen cairan - Pemantauan cairan - Pemberian obat - Pencegahan hipertermi keganasan
3.	<p>Nausea berhubungan dengan distensi lambung</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mual menurun dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan meningkat - Keluhan mual menurun - Perasaan ingin muntah menurun - Pucat membaik 	<p>Manajemen mual</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor keseimbangan cairan - Identifikasi karakteristik muntah <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol faktor penyebab muntah (bau tak sedap) - Bersihkan mulut dan hidung <p>Edukasi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memperbanyak istirahat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (relaksasi, terapi music) <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukasi tehnik napas - Manajemen stress - Pemberian obat - Pemberian obat intravena - Pemberian obat oral - Terapi relaksasi - Terapi akupresur - Terapi akupuntur

Sumber : (PPNI, Tim Pokja SIKI 2016) (PPNI, 2018) (PPNI, 2019)

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini rencana keperawatan telah dilaksanakan sesuai teori dan asuhan keperawatan (Budiono & S Pertami, 2015).

e. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan membandingkan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada perencanaan keperawatan. (Budiono & S Pertami, 2015). Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan supaya dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan.

C. Konsep Penyakit Gastroenteritis

1. Definisi Gastroenteritis

Gastroenteritis adalah pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gastroenteritis adalah selaput lendir saluran pencernaan yang ditandai dengan diare dan muntah. (Halimatussa'diah, dkk, 2018). Dari pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa gastroenteritis merupakan keadaan yang terdapat inflamasi pada bagian gastrointestinal yang ditandai dengan diare dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam sehari, konsistensi encer dan atau berlendir, dan disertai demam, mual muntah.

2. Etiologi

Menurut Ida Mardalena (2018) faktor- faktor penyebab gastroenteritis antara lain:

- a. Infeksi Virus (Rotavirus): Penyebab tersering diare pada anak sering didahului atau disertai dengan muntah.
- b. Enterovirus : Biasanya timbul pada musim panas
- c. Adenovirus : Timbul sepanjang tahun, menyebabkan gejala pada saluran pencernaan.
- d. Infeksi Bakteri :
 - 1) Shigella

Dapat dihubungkan dengan kejang demam, muntah.

2) Salmonella

Ditandai dengan feses berdarah, peningkatan temperatur.

3) Escherichia Coli

Biasanya terjadi pada bayi.

4) Compylobacter

Sifatnya invasif (feses yang berdarah dan bercampur mukus) pada bayi menyebabkan diare berdarah dan ram abdomen yang hebat.

- e. Faktor Makanan : Makanan basi, beracun, atau alergi terhadap makanan.
- f. Faktor Psikologis : Rasa takut dan cemas yang tidak tertangani dapat menjadi penyebab psikologis akan gangguan gastroenteritis.

3. Manifestasi klinis

- a. Nyeri perut
- b. Rasa perih di ulu hati
- c. Mual, kadang-kadang sampai muntah
- d. Nafsu makan berkurang
- e. Rasa lekas kenyang
- f. Perut kembung
- g. Rasa panas di dada dan perut
- h. Regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba)
- i. Diare

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal ditandai dengan peningkatan volume, serta frekuensi bab lebih dari 3x/hari dengan atau tanpa lendir darah yang merupakan gejala infeksi gastrointestinal yang disebabkan oleh bakteri, virus, dan parasit (Rospita et al, 2017). Menurut WHO (2023) Diare merupakan gejala adanya infeksi pada saluran usus, yang dapat disebabkan oleh berbagai organisme bakteri, virus, dan parasite. Pada anak dibawah usia 5 tahun pathogen virus yang paling umum adalah rotavirus, norovirus, adenovirus, dan astrovirus. Dominguez dan Wars (2022) menuturkan

bahwa penderita diare memiliki risiko untuk terkena dehidrasi , berikut golongan dehidrasi:

- 1) Dehidrasi ringan, digambarkan dengan kehilangan 5% dari BB sebelum sakit dengan perhitungan rata rata 2,5% diberikan cairan 25% ml/kg BB
- 2) Dehidrasi sedang, berupa kehilangan cairan 5%-10% dari BB sebelum sakit dengan perhitungan rata rata 7,5% ml/kg BB
- 3) Dehidrasi berat, dengan kehilangan > 10% BB sebelum sakit dengan perhitungan rata rata 12,5% dan harus diberi cairan pengganti 1255 ml/kg BB.

j. Demam

k. Membran mukosa mulut dan bibir kering

l. Lemah

4. Klasifikasi

Menurut Ayu Putri Ariani (2016) menyatakan klasifikasi diare sebagai berikut :

a. Gastroenteritis tanpa dehidrasi

Pada diare ini penderita tidak mengalami dehidrasi karena frekuensi diare masih dalam batas toleransi (kurang dari 8x sehari) dan belum ada tanda-tanda dehidrasi, dapat disertai muntah dan tidak nafsu makan.

b. Gastroenteritis dengan dehidrasi ringan (3-5%)

Pada diare ini penderita mengalami diare 5 kali atau lebih, kadang- kadang muntah, terasa haus, kencing sudah mulai berkurang, nafsu makan menurun, aktifitas sudah menurun, tekanan nadi masih normal atau takikardia yang minimu dan pemeriksaan fisik dalam batas normal.

c. Gastroenteritis dengan dehidrasi sedang (5-10%)

Pada keadaan ini, penderita akan mengalami takikardi, kencing yang kurang atau langsung tidak ada, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, turgor kulit berkurang, selaput lendir bibir dan mulut serta

kulit tampak kering, air mata berkurang dan CRT ≥ 2 detik dengan kulit yang dingin dan pucat.

d. Gastroenteritis dengan dehidrasi berat (10-15%)

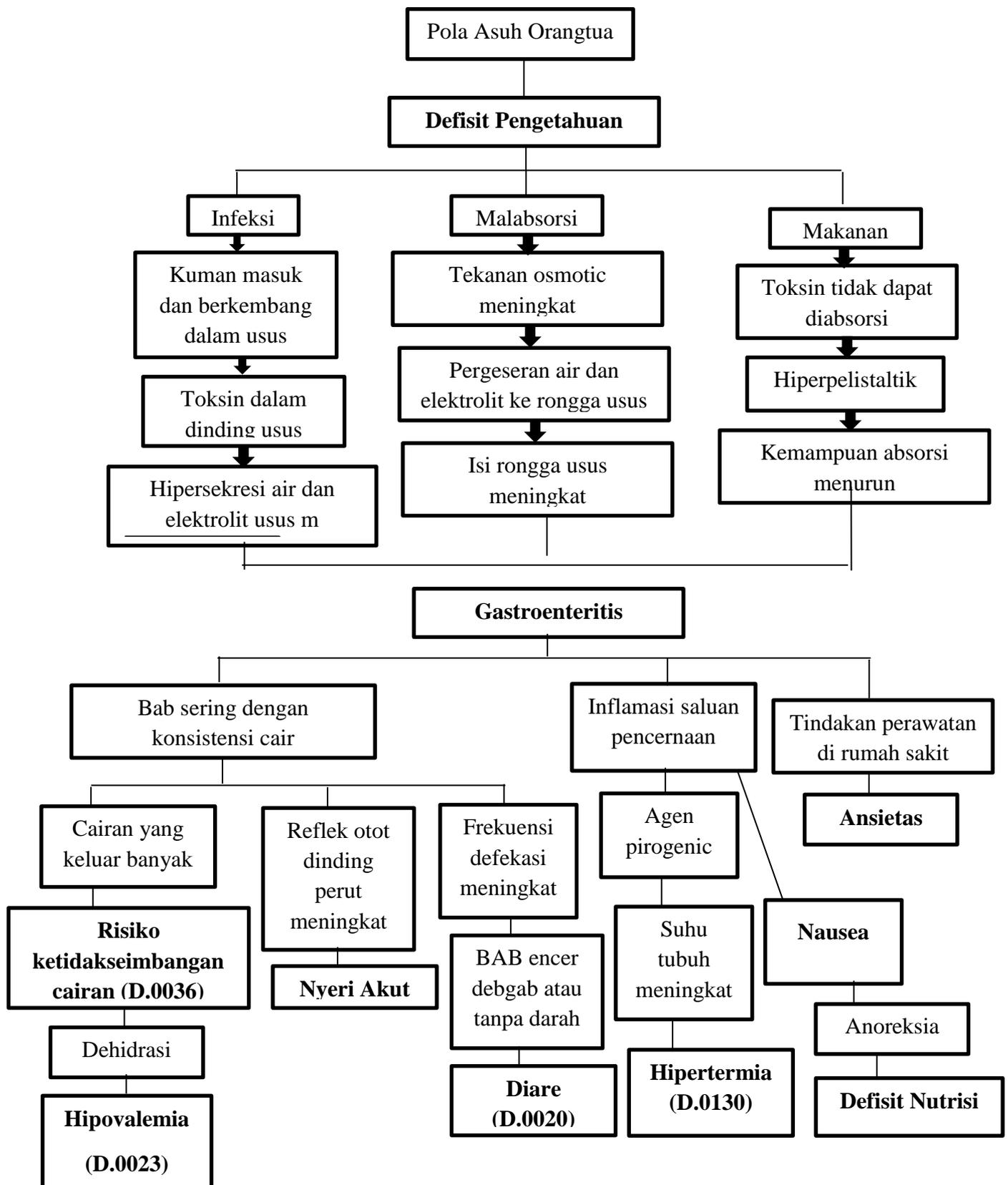
Pada keadaan ini, penderita sudah banyak kehilangan cairan tubuh dan biasanya pada keadaan ini penderita mengalami takikardi, hipotensi dan tekanan nadi yang menyebar, tidak ada penghasilan urin, mata dan ubun-ubun besar menjadi sangat cekung, tidak ada produksi air mata, tidak mampu minum dan keadaannya mulai apatis, kesadarannya menurun dan juga CRT ≥ 3 detik dengan kulit yang dingin dan pucat.

5. Patofisiologi

Penyebab Gastroenteritis akut adalah masuknya virus (Rotavirus, Adenovirus enteris, Virus Norwalk). Bakteri atau toksin (Compylobacter, Salmonella, Escherichia Coli, Yersinia, dan lainnya), parasit (Biardia Lambia, Cryptosporidium). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel dan melekat pada dinding usus pada gastroenteritis. Penularan gastroenteritis biasa melalui fekal ke oral dari suatu penderita ke penderita lain. Berdasarkan dari beberapa kasus, ditemukan penyebaran patogen disebabkan oleh makanan dan minuman yang terkontaminasi. Alasan utama munculnya gastroenteritis adalah gangguan osmotik yang artinya makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus, isi rongga usus berlebihan sehingga timbul diare.

Selain itu muncul juga gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air meningkat kemudian terjadi gastroenteritis. Gangguan multilitas usus menyebabkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik. Gastroenteritis dapat menimbulkan gangguan lain misalnya kehilangan air (dehidrasi). Kondisi ini dapat mengganggu keseimbangan asam basa (asidosis metabolik dan hipokalemia), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia, dan gangguan sirkulasi darah.

6. Pathway Gastroenteritis



7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium pada gastroenteritis meliputi :

- a. Pemeriksaan Tinja : Makroskopis dan mikroskopis, pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet dinistest, bila diduga intoleransi gula.
- b. Pemeriksaan Darah : pH darah (Natrium, Kalium, Kalsium, dan Fosfor) dalam serum untuk mengetahui keseimbangan asam basa.
- c. Kadar ureum dan kreatinin
- d. Intubasi Duodenum : Untuk mengetahui jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

8. Penatalaksanaan

- 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 : Memberi ASI (pada anak usia 0-2 tahun), memberikan bahan makanan yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral, dan makanan yang bersih,
- c. Obat-obatan : Berikan antibiotic, koreksi asidosis metabolic, berikan obat anti mual, beri zinc.

9. Publikasi Terkait

Tabel 3
Publikasi Terkait

No	Judul	Peneliti	Tahun Terbit	Hasil
1.	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Gastroenteritis Di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra	Indrie Maulia Sari	2018	Subjek asuhan sesuai krtieria, berjumlah 2 subjek. Hasil pengkajian diperoleh subjek berusia 11 bulan dan 3 tahun, beragama islam , subjek 1 berjenis kelamin perempuan dan subjek ke 2 laki laki. Didapat keluhan subjek 1 mengeluh muntah 3-4x sehari saat diberi makan/minum. Subjek 2

				<p>mengeluar bab cair 10x dan muntah 10x dalam sehari. Subjek 1 datang ke RS pada 15 April 2018 dan subjek 2 pada 5 Mei 2019. Suhu subjek 1 37,5°C dan subjek 2 37,8°C, BB subjek 1 6,8 kg dan subjek 2 22kg. Diagnosa yang muncul hipovolemia, risiko ketidakseimbangan elektrolit, defisit nutrisi, hipertermia, nyeri akut, gangguan rasa aman nyaman, risiko jatuh, risiko infeksi dan defisit pengetahuan.</p>
2.	<p>Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Gastroenteritis Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan</p>	<p>Farah Afriyani Husna</p>	2023	<p>Pengambilan data telah dilakukan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo di ruang Flamboyan C dan ruang Mawar pada tanggal 8 Maret 2023 dan 9 Maret 2023. Data yang telah diambil yaitu pasien 1 usia 7 tahun jenis kelamin laki-laki suku Jawa dengan keluhan utama demam 38,3°C, N: 124x/menit, RR 21x/menit, BB 22kg, TB 110cm, pasien 2 usia 2 tahun jenis kelamin perempuan suku Jawa dengan keluhan utama mual dan muntah, N: 123x/menit, S: 36,8°C, RR 31x/menit, BB 10kg, TB 80cm. Berdasarkan data yang didapat penulis mengangkat diagnosa hipertermia, muntah, diare, nyeri akut, defisit pengetahuan, ansietas, risiko ketidakseimbangan elektrolit. Telah dilakukan intervensi keperawatan manajemen hipertermia, manajemen diare, manajemen muntah, manajemen nyeri, edukasi kesehatan, pemantauan elektrolit.</p>
3.	<p>Asuhan Keperawatan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Anak Dengan Gastroenteritis Di RSHD Kota</p>	<p>Wahyuni Sriutami</p>	2022	<p>Diagnosa yang muncul pada subjek asuhan adalah nyeri akut. Pasien telah mendapat intervensi manajemen nyeri mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri, mengidentifikasi skala nyeri,</p>

	Bengkulu Tahun 2022.			mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi nyeri terhadap kualitas hidup, memberi teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri terapi bermain bersama anak. Hasil evaluasi yang didapatkan setelah intervensi 3x 24 jam nyeri sudah berkurang dan pasien sudah tidak mual dan muntah.
--	----------------------	--	--	--