

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Konsep Dasar Manusia

Abraham Maslow seorang psikologis klinis memperkenalkan teori kebutuhan berjenjang yang dikenal sebagai Teori Maslow atau Hierarki Kebutuhan Manusia yang mengemukakan lima kebutuhan manusia berdasarkan tingkat kepentingannya. Manusia berusaha memenuhi kebutuhan dari tingkatan yang paling rendah yakni kebutuhan fisiologis, kemudian akan naik tingkat setelah kebutuhan sebelumnya telah dipenuhi, begitu seterusnya hingga sampai pada kebutuhan paling tinggi yakni aktualisasi diri (Milla, 2022).

- a. Kebutuhan Fisiologis Merupakan kebutuhan dasar manusia, yaitu kebutuhan tubuh manusia untuk mempertahankan hidup. Kebutuhan tersebut meliputi makanan, air, udara, rumah, pakaian dan seks.
- b. Kebutuhan Rasa Aman Merupakan kebutuhan tingkat kedua setelah kebutuhan dasar. Ini merupakan kebutuhan perlindungan bagi fisik manusia. Manusia membutuhkan perlindungan dari gangguan kriminalitas, sehingga ia bisa hidup dengan aman dan nyaman.
- c. Kebutuhan Sosial Merupakan kebutuhan berdasarkan rasa memiliki dan dimiliki agar dapat diterima oleh orang - orang sekelilingnya atau lingkungannya. Kebutuhan tersebut berdasarkan kepada perlunya manusia berhubungan satu dengan yang lainnya.
- d. Kebutuhan Ego Merupakan kebutuhan untuk mencapai derajat yang lebih tinggi dari yang lainnya. Manusia berusaha mencapai prestis, reputasi dan status yang lebih baik. Manusia memiliki ego yang kuat untuk bisa mencapai prestasi yang lebih baik untuk dirinya maupun lebih baik dari orang lain.
- e. Kebutuhan Aktualisasi Diri Merupakan kebutuhan yang berlandaskan akan keinginan dari seorang individu untuk menjadikan dirinya sebagai orang yang terbaik sesuai dengan potensi dan kemampuan

yang dimilikinya. Seorang individu perlu mengekspresikan dirinya dalam suatu aktivitas untuk membuktikan dirinya bahwa ia mampu melakukan hal tersebut.

2. Konsep Dasar Rasa Aman dan Nyaman

a. Definisi Rasa Aman dan Nyaman

Rasa aman merupakan kebutuhan dasar manusia dan hal ini akan terwujud melalui hubungan yang penuh kehangatan dan dilandasi dengan adanya komunikasi positif, jika rasa aman dalam keluarga ini dirasakan oleh anggota keluarga maka akan membuat tumbuh rasa dicintai dan dihargai (Rayani, 2021).

Teori kenyamanan Katharine Kolcaba kenyamanan merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan esensial seseorang, yaitu transendensi (keadaan sesuatu yang melampaui masalah dan rasa sakit), kelegaan (kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari seseorang), dan ketenangan. Menurut sejumlah teori keperawatan, kebutuhan dasar klien dan alasan untuk memberikan asuhan keperawatan adalah kenyamanan. Sama seperti rasa sakit, kenyamanan adalah konsep subjektif. Setiap orang menafsirkan dan mengalami rasa sakit secara berbeda sesuai dengan faktor fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan budaya. Setiap orang menafsirkan dan mengalami rasa sakit secara berbeda sesuai dengan faktor fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan budaya. Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh cedera jaringan aktual, prospektif, atau dijelaskan dikenal sebagai rasa sakit (Nurcahyaningtyas et al., 2024).

b. Prinsip Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman

Empat faktor yang perlu dipertimbangkan saat mengevaluasi kenyamanan yaitu:

- 1) Fisik, berkaitan dengan perasaan internal.
- 2) Sosial, berkaitan dengan interaksi dengan keluarga, teman, dan orang lain

- 3) Psikospiritual: ini membahas masalah kesadaran diri yang muncul dari dalam, seperti seksualitas, harga diri, dan tujuan hidup.
- 4) Lingkungan, yang mengacu pada konteks pengalaman manusia di luar seperti suara, cahaya, warna, suhu, dan komponen alam lainnya. Ketika tingkat kenyamanan seseorang berubah, mereka mungkin merasa tidak nyaman atau bereaksi negatif terhadap rangsangan eksternal (Nurcahyaningtyas et al., 2024).

c. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman

Unsur-unsur berikut berdampak pada keselamatan dan keamanan:

- 1) Emosi: Kecemasan, keputusasaan, dan kemarahan adalah keadaan psikis yang dapat dengan mudah membahayakan kenyamanan dan keamanan.
- 2) Status Mobilisasi: Keadaan fisik yang meningkatkan risiko cedera termasuk berkurangnya kesadaran, kelumpuhan, kelemahan otot, dan gerakan terbatas.
- 3) Gangguan Persepsi Sensorik: Kemampuan untuk beradaptasi dengan rangsangan yang merusak, seperti penyakit mata dan penglihatan, akan dipengaruhi oleh adanya gangguan persepsi sensorik.
- 4) Kekebalan: Pertahanan tubuh terhadap penyakit kurang mudah diatasi.
- 5) Tingkat Kesadaran: Pasien dalam keadaan koma memiliki tingkat kesadaran yang berkurang, yang mengakibatkan kelumpuhan, kebingungan, kurang tidur, dan reaksi terhadap rangsangan.
- 6) Informasi atau Komunikasi: Penerimaan informasi yang tidak tepat mungkin disebabkan oleh kesulitan komunikasi.
- 7) Tingkat Pengetahuan yang Terganggu: Dimungkinkan untuk mengantisipasi gangguan keselamatan dan keamanan.
- 8) Terlalu sering menggunakan antibiotik: Terlalu sering menggunakan antibiotik dapat menyebabkan syok dan resistensi anafilaksis.

- 9) Status gizi: Malnutrisi dapat menempatkan seseorang pada risiko penyakit tertentu dan juga dapat menyebabkan kelemahan dan penyakit.
- 10) Usia: Reaksi terhadap rasa sakit dipengaruhi oleh perbedaan perkembangan antara kelompok usia anak dan orang tua.
- 11) Jenis kelamin: Dalam hal bagaimana mereka bereaksi terhadap ketidaknyamanan dan penderitaan, pria dan wanita umumnya tidak jauh berbeda.
- 12) Budaya: Mekanisme coping individu dipengaruhi oleh nilai-nilai dan ide-ide budaya (Nurcahyaningtyas et al., 2024).

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik yang multidimensional. Fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar, tajam), durasi (transien, intermiten, persisten), dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisir atau difus). Meskipun nyeri adalah suatu sensasi, nyeri memiliki komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam suatu bentuk penderitaan. Nyeri juga berkaitan dengan reflex menghindar dan perubahan output otonom (Bahrudin, 2018).

b. Klasifikasi Nyeri

Setiap individu memiliki karakteristik yang khas dalam mengalami nyeri. Emosi seperti rasa takut, kemarahan, kecemasan, depresi, dan kelelahan dapat memengaruhi cara seseorang mempersepsikan nyeri. Karena sifat subjektifnya, pengklasifikasian nyeri dan pemahaman mekanisme nyeri tersebut menjadi sulit. International Association for the Study of Pain (IASP) menggolongkan nyeri berdasarkan kategori-kategori tertentu, termasuk:

1) Berdasarkan Jenis Nyeri

a) Nyeri Nosiseptif

Merupakan ketidaknyamanan yang muncul sebagai respons terhadap rangsangan pada kulit, jaringan subkutan yang rusak, Gejala yang umumnya dialami termasuk sensasi panas, rasa tajam, dan dapat terlokalisasi pada area yang terkena. Bersifat Akut. Contohnya adalah pada pasien pasca operasi atau pasien dengan luka bakar, patah tulang. Nociceptive pain dihasilkan oleh aktivasi dari jaringan seperti reseptor Nyeri (Nociceptor) di jaringan kulit, otot, sendi atau organ internal

b) Nyeri Neurogenik

Nyeri neuropatik adalah jenis nyeri yang disebabkan oleh gangguan primer pada sistem saraf tepi, seperti kerusakan saraf tepi. Sehingga sinyal nyeri tidak normal. Gejala yang sering dialami termasuk sensasi rasa panas/ terbakar dan sentuhan yang tidak menyenangkan/ kebal, Sebagai contoh, penderita herpes zoster, Neuropati diabetes, cedera saraf sering mengalami nyeri neuropatik (Ningtyas et al., 2023)

2) Berdasarkan Waktu Nyeri

a) Nyeri Akut

Nyeri yang muncul karena kerusakan jaringan yang terjadi secara tiba-tiba maupun bertahap, dengan tingkat keparahan yang bervariasi dari ringan hingga berat, dan dialami dalam kurun waktu kurang dari 3 bulan.

b) Nyeri kronis

Nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan, baik secara tiba-tiba maupun secara perlahan, dengan tingkat keparahan yang berkisar dari ringan hingga berat, dan sudah dialami selama lebih dari 3 bulan. Nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan, baik secara tiba-tiba maupun secara perlahan, dengan tingkat keparahan yang berkisar dari ringan hingga berat, dan

sudah dialami selama lebih dari 3 bulan (Nurcahyaningtyas et al., 2024).

c. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Hutagalung & Irawan (2024) ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain:

1) Usia

Usia mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa. Anak-anak kesulitan untuk memahami nyeri dan beranggapan apapun yang dilakukan perawat dapat menyebabkan nyeri. Sedangkan pada dewasa melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi.

2) Jenis kelamin

Laki-laki dan wanita tidak mempunyai perbedaan secara signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih diragukan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri

3) Budaya

Nilai budaya mempengaruhi cara individu bereaksi terhadap nyeri dan mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka.

4) Ansietas

Ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri.

d. Proses Terjadinya Nyeri

Transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi adalah empat langkah yang membentuk proses neurofisiologis rumit yang dikenal sebagai mekanisme nyeri, atau nosiseptif (Nurcahyaningtyas et al., 2024).

1) Tranduksi

Terminal saraf aferen menggunakan proses transduksi untuk mengubah stimulus, seperti tusukan jarum, menjadi impulse nosiseptif. Proses ini melibatkan proses A-beta, A-delta, dan C, tiga

jenis serabut saraf yang berbeda. Inti yang menunjukkan reaktivitas terbesar terhadap rangsangan non-berbahaya disebut sebagai nosiseptor, atau serat penghantar rasa sakit. Serat ini adalah C dan A-delta. Serabut saraf aferen yang dikenal sebagai silent nociceptors juga terlibat dalam proses transduksi; Namun, dengan tidak adanya mediator inflamasi, mereka tidak responsif terhadap rangsangan eksternal.

2) Transmisi

Proses penularan melibatkan pengiriman impuls ke kornea dorsalis sumsum tulang belakang dan kemudian mengikuti mereka melalui saluran sensorik ke otak. Pemancar aktif dan penerima impuls kimia dan listrik adalah neuron aferen primer. Aksonnya berakhir di jagung dorsalis sumsum tulang belakang dan terus terhubung ke banyak neuron tulang belakang.

3) Modulasi

Perubahan proses amplifikasi sinyal neuronal terkait dengan rasa sakit. Proses ini terutama terjadi di kornea dorsalis sumsum tulang belakang, meskipun bisa juga terjadi pada tingkat lain. Dorsalis dicornu mengandung sejumlah reseptor opioid, termasuk reseptor mu, kappa, dan delta. Ada juga jalur desending dari sistem nosiseptif yang menghubungkan otakotak tengah dan medula oblongata ke sumsum tulang belakang, melewati korteks frontal, hipotalamus, dan daerah otak lainnya. Jagung dorsalis menghasilkan sinyal nosiseptif yang diperkuat atau diblokir sebagai akibat dari mekanisme penghambatan turun ini.

4) Persepsi

Kesadaran mengalami rasa sakit dikenal sebagai persepsi rasa sakit. Interaksi transduksi, transmisi, modulasi, faktor psikologis, dan sifat-sifat individu lainnya menghasilkan persepsi. Organ yang merespon rangsangan nyeri dikenal sebagai reseptor rasa sakit. Ujung saraf bebas di kulit berfungsi sebagai sensor rasa sakit dan hanya bereaksi terhadap rangsangan yang intens dan berpotensi -

3berbahaya. Nosiseptor adalah nama lain untuk reseptor rasa sakit. Secara anatomic, beberapa nosiseptor reseptor rasa sakit dari saraf aferen mengandung mielin, sedangkan yang lain tidak.

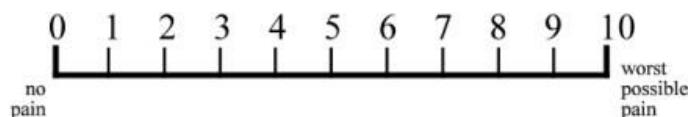
e. Penilaian Skala Nyeri

Penanganan nyeri yang efektif tergantung pada pemeriksaan dan penilaian nyeri yang seksama baik berdasarkan informasi subjektif maupun objektif. Penilaian intensitas nyeri merupakan hal yang sangat dipengaruhi oleh subjektivitas personal (Oktariyana, 2020).

Terdapat 4 metode UPRS utama yang digunakan dalam praktek klinis untuk menilai nyeri antara lain Numeric Rating Scale (NRS), Verbal Rating Scale (VRS), Faces Pain Scale (FPS) dan Visual Analog Scale (VAS).

1) VAS

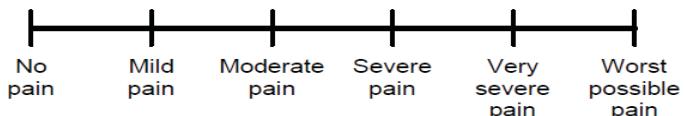
VAS merupakan cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. VAS merupakan alat pengukuran intensitas nyeri yang dianggap paling efisien yang telah digunakan dalam penelitian dan pengaturan klinis. VAS umumnya disajikan dalam bentuk garis horizontal. Dalam perkembangannya VAS menyerupai NRS yang cara penyajiannya diberikan angka 0-10 yang masing-masing nomor dapat menunjukkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Penelitian yang dilakukan untuk menilai intensitas nyeri pasca operasi, skala yang digunakan adalah rekombinasi antara VAS dan NRS (Oktariyana, 2020).



Gambar 2. 1 Visual Analog Scale

2) VRS

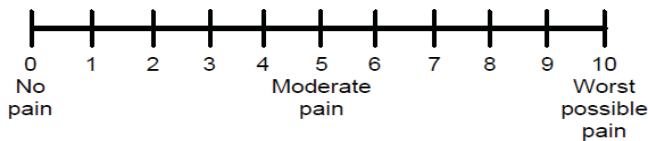
Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan intensitas nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan intensitas nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang atau redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri (Oktariyana, 2020).



Gambar 2. 2 Verbal Pain Intensity Scale

3) NRS

NRS dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan intensitas nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesic (Oktariyana, 2020).



Gambar 2. 3 Numeric Rating Scale

f. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Ningtyas et al., (2023) penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan adalah dengan :

- 1) Kolaborasi pemberian farmakologi atau berupa obat-obatan seperti analgetik dan NSAID nyeri berkurang dengan memblok transmisi stimuli agar terjadi perubahan persepsi dan dengan mengurangi respon cortical.
- 2) Non farmakologi penanganan nyeri yang berupa:
 - a) Terapi pijat

Pijat adalah metode penyembuhan atau terapi kesehatan tradisional yang melibatkan pemberian tekanan pada tubuh. Teknik ini dapat dilakukan secara manual atau menggunakan alat mekanis dan bertujuan untuk memberikan relaksasi, mengurangi stres, dan meredakan nyeri

- b) Aromaterapi

Aromaterapi adalah pengobatan alternatif yang memanfaatkan wewangian dari senyawa aromatik untuk merangsang sistem saraf dan memberikan efek relaksasi. Proses ini dapat dilakukan melalui inhalasi, pemijatan, atau kompres menggunakan minyak esensial. Aromaterapi diyakini dapat meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi stres, dan menstimulasi produksi zat penetrat nyeri dalam tubuh.

- c) Teknik imajinasi terbimbing

Teknik imajinasi terbimbing melibatkan penggunaan imajinasi untuk menciptakan pengalaman mental yang positif. Metode ini berfungsi untuk mengalihkan perhatian dari rasa nyeri atau ketidaknyamanan dengan membayangkan situasi

yang menyenangkan atau menarik. Teknik ini memerlukan konsentrasi dan dapat digunakan sebagai metode tambahan dalam manajemen nyeri.

d) Kompres hangat

Kompres hangat adalah metode pengobatan nonfarmakologi yang menggunakan suhu hangat untuk meredakan nyeri. Terapi ini efektif dalam mengatasi nyeri otot, kejang, dan meningkatkan aliran darah ke area yang terkena.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Suhesti et al., 2023).

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nomor register dan diagnose medik.

b. Keluhan utama

Keluhan utama diare adalah BAB lebih dari 7 kali dalam sehari frekuensi yang tidak normal ditandai dengan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair.

c. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya klien menyatakan sudah diare . 4 hari, BAB lebih dari 7 kali dalam sehari frekuensi yang tidak normal dengan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair ditandai dengan gejala nyeri perut, pusing kepala, mual, muntah, dan anoreksia.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pernah mengalami diare sebelumnya, pemakaian antibiotic atau kortikosteroid jangka Panjang (perubahan candida albicans dari saprofit menjadi parasite), alergi makanan, ISPA, OMA, ISK, dan Campak.

e. Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada salah satu keluarga yang mengalami diare

f. Kebutuhan dasar

1) Pola eliminasi

Biasanya klien menyatakan sudah diare . 4 hari, BAB lebih dari 7 kali dalam sehari frekuensi yang tidak normal dengan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair. Klien dengan diare terjadi peningkatan suhu tubuh yang berakibat keringat banyak keluar dan merasa haus, sehingga dapat meningkatkan kebutuhan cairan tubuh.

2) Pola nutrisi

diawali dengan mual, muntah, anoreksia menyebabkan penurunan berat badan pasien.

3) Pola tidur dan istirahat

Pola tidur dan istirahat terganggu sehubungan peningkatan frekuensi BAB dan peningkatan suhu tubuh.

4) Pola hygiene

Kebiasaan mencuci tangan sebelum dan setelah makan.

5) Pola aktivitas

Aktivitas klien akan terganggu karena harus tirah baring total, agar tidak terjadi komplikasi maka kebutuhan klien dibantu.

g. Keadaan umum

Keadaan umum tampak lemah, kesadaran comatosissampai koma, suhu tubuh tinggi, nadi cepat dan lemah, pernapasan agak cepat.

h. Pemeriksaan fisik

1) Tingkat kesadaran

Dapat terjadi penurunan kesadaran (apatis)

2) Sistem respirasi

Pernafasan rata-rata ada peningkatan dan napas cepat.

3) Sistem kardiovaskuler

Terjadi penurunan tekanan darah, dan bradikardi relative.

4) Sistem integument

Kulit kering, turgor kulit menurun, muka tampak pucat, rambut agak kusam.

5) Sistem gastrointestinal

Bibir kering pecah-pecah, mukosa mulut kering, lidah kotr (khas), mual, muntah, anoreksia, BAB lebih dari 7x, nyeri perut, terasa tidak enak, peristaltic usus meningkat.

6) Sistem musculoskeletal

Klien lemah, terasa lelah tapi tidak didapatkan adanya kelainan.

7) Sistem abdomen

Terdapat nyeri tekan pada abdomen, pada perkusi didapatkan perut kembung serta pada auskultasi peristaltik usus meningkat (Anwar, 2023).

i. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan tinja, darah lengkap dan duodenum intubation, yaitu untuk mengetahui penyebab secara kuantitatif dan kualitatif.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon pasien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (PPNI T.P., 2017).

Table 2. 1
Diagnosa Keperawatan

N O	Diagnosa Keperaw atan	Etiologi	Tanda dan gejala		Kondisi Klinis
			Tanda Mayor	Tanda Minor	
1.	Nyeri Akut (D.0077) Definisi:	1. Agen pencederaan fisiologis (mis.)	Subjektif 1. Mengelu h nyeri	Subjektif - Objektif:	1. Kondisi pembedaha n 2. Cedera

	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.	Inflasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencederaan kimia (mis. Terbakar, bahan kimia, iritan) 3. Agen pencederaan fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan	Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma
2	Hipovolemia (D.0023) Definisi : Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler.	1. Kehilangan cairan aktif 2. Kegagalan mekanisme regulasi 3. Peningkatan permeabilitas kapiler 4. Kekurangan intake cairan 5. Evaporasi	Subjektif - Objektif 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Nadi teraba lemah 3. Tekanan darah meningkat 4. Tekanan nadi menyempit 5. Turgor kulit menurun 6. Membran mukosa kering 7. Volume urine menurun	Subjektif 1. Merasa lemah 2. Mengeluh haus Objektif 1. Pengisian vena menurun 2. Status mental berubah 3. Suhu tubuh meningkat 4. Konsepsi urine meningkat 5. Berat badan turun tiba-tiba	1. Penyakit addison 2. Trauma/perdarahan 3. Luka bakar 4. AIDS 5. Penyakit chron 6. Muntah 7. Diare 8. Kolitis ulceratif 9. hipoalbuminemia

			8. Hematokrit meningkat		
3.	Defisit nutrisi (D.0019) Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metsblos me	1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien 4. Peningkatan kebutuhan metabolisme 5. Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi) 6. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)	Subjektif - Objektif 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal	Subjektif 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun Objektif 1. Bising usus hiperaktif 2. Otor pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebih 8. Diare	1. Stroke 2. Parkinson 3. Mobius syndrome 4. Cerebral palsy 5. Cleft lip 6. Cleft palate 7. Amyotropic lateral sclerosis 8. Kerusakan neuromuscular 9. Luka bakar 10. Kanker 11. Onfeksi 12. AIDS 13. Penyalit crohns 14. Enterokolitis 15. Fibrosis kistik
4.	Hipertermia (D.0130) Definisi : Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.	1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) 4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. Peningkatan laju metabolisme 6. Respon trauma 7. Aktivitas inkubator	Subjektif - Objektif 1. Suhu tubuh diatas nilai normal	Subjektif - Objektif 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat	1. Proses infeksi 2. Hipertiroid 3. Stroke 4. Dehidrasi 5. Trauma 6. Prematuritas

		8. Penggunaan inkubator			
5,	Risiko gangguan integritas kulit/jaringan (D.0139) Definisi : Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/ata epidermis) atau jaringan (membran e mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament)	<p>1. Ketidakmampuan menelan makanan</p> <p>2. Ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien</p> <p>4. Peningkatan kebutuhan metabolisme</p> <p>5. Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)</p> <p>6. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)</p> <p>7. Perubahan sirkulasi</p> <p>8. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)</p> <p>9. Kekurangan / kelebihan volume cairan</p> <p>10. Penurunan mobilitas</p> <p>11. Bahan kimia iritatif</p> <p>12. Suhu lingkungan yang ekstrem</p> <p>13. Faktor mekanis (mis penekanan, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiaterapi, energi</p>	<p>Subjektif -</p> <p>Objektif -</p>	<p>Subjektif -</p> <p>Objektif -</p>	<p>1. Imobilisasi</p> <p>2. Gagal jantung kongestif</p> <p>3. Gagal ginjal</p> <p>4. Diabetes melitus</p> <p>5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)</p> <p>6. Kateterisasi jantung</p>

	listrik bertegangan tinggi) 14. Terapi radiasi 15. Kelembaban 16. Proses penuaan 17. Neuropati perifer 18. Perubahan pigmentasi 19. Perubahan hormonal 20. Penekanan pada tonjolan tulang 21. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahakan / melindungi integritas jaringan			
--	--	--	--	--

Sumber :Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 Edisi 1

Cetakan III (Revisi)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada masalah nutrisi tergantung dari diagnosa keperawatan. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018 Intervensi Keperawatan berdasarkan Diagnosa Keperawatan adalah sebagai berikut :

Table 2. 2
Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA	LUARAN	INTERVENSI
Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

		<p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Hipovolemia (D.0023)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine membaik 3. Membrane mukosa lembap membaik 4. Pengsian vena meningkat 	<p>Manajemen hypovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonic (mis. NaCl, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis

		<p>(mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah
Defisit nutrisi (D.0019)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
Hipertermia (D.0130)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Kejang menurun 4. Pucat menurun 	<p>Manajemen hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluanan urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipas permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)

		<p>6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</p> <p>8. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, Jika perlu
Risiko gangguan integritas kulit/jaringan (D.0139)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas membaik 2. Hidrasi membaik 3. Perfusi jaringan membaik 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11253)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas) <p>Terapiutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alamai dan hipalerigik pada kulit sensitive 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan praktik atau tindakan keperawatan yang dikoordinasikan dengan pasien/keluarga pasien dan anggota tim perawat lainnya untuk memantau respon hasil dari intervensi keperawatan untuk memastikan kesehatan pasien sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan (Natasya, 2023).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan tercapai atau membutuhkan pendekatan lain. Proses evaluasi ini mengukur efektivitas rencana dan pelaksanaan intervensi keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian dilakukan untuk menentukan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi selalu terkait dengan tujuan yang mencakup aspek kognitif, afektif, psikomotor, serta perubahan fungsi dan tanda-tanda gejala yang spesifik (Wijaya, 2016).

C. Konsep Gastroenteritis

1. Definisi Gastroenteritis

Peradangan pada lambung, usus kecil, dan usus besar dikenal sebagai gastroenteritis. Berbagai gangguan patologis saluran gastrointestinal dapat menyebabkan diare, kadang-kadang dengan muntah, dan ketidaknyamanan di abdomen. Gastroenteritis, juga dikenal sebagai diare, adalah kondisi di mana penderita memiliki frekuensi buang air besar lebih dari empat kali dan encer, berwarna hijau, atau fesesnya bercampur dengan darah atau lendir saja. Gastroenteritis Akut (GEA) didefinisikan sebagai buang air besar (defekasi) dengan tinja cair atau setengah cair (setengah padat) yang memiliki jumlah air yang lebih besar dari biasanya dan terjadi secara mendadak dan berlangsung kurang dari 14 hari (Suhesti et al., 2023).

2. Etiologi

Penyebab paling umum dari penyakit ini adalah infeksi yang didapat dari konsumsi makanan atau air. Berbagai bakteri, virus, dan parasit berhubungan dengan gastroenteritis. Penyebab gastroenteritis akut adalah virus: rotavirus, norovirus karena mengkonsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi virus, dan menyentuh benda yang sudah terkontaminasi, tidak mencuci tangan dengan bersih setelah buang air, sebelum makan atau setelah menyiapkan makanan, maka,

virus menginfeksi sel-sel saluran pencernaan, menyebabkan peradangan dan gangguan penyerapan cairan sehingga timbul diare dan muntah. Bakteri: e.coli (makanan laut mentah atau kurang matang), salmonella (telur setengah matang) dan campylobac (daging ayam, unggas yang mentah dan kurang matang, susu yang tidak di pasteurisasi), menghasilkan toksin yang merusak lapisan usus dan merangsang cairan berlebih menyebabkan nyeri perut dan diare. Dan parasit: giardia lamblia, cryptosporidium, entameoba, parasite hidup dan berkembang biak di saluran pencernaan menyebabkan iritasi dan peradangan yang menimbulkan diare dan muntah (Et & Sinica, 2019).

3. Tanda Dan Gejala

Menurut Hartoyo (2024) manifestasi klinis utama gastroenteritis adalah diare, namun ada banyak tanda dan gejala lainnya seperti muntah dan mual, kram dan nyeri perut, bising usus hiperaktif, demam, kehilangan selera makan, kelelahan dan malnutrisi. Gejala mungkin muncul satu hingga tiga hari setelah infeksi, tergantung penyebabnya, dan berkisar dari gastroenteritis ringan hingga berat.

4. Patofisiologi

Gastroenteritis disebabkan oleh masuknya virus, bakteri dan parasit yang kemudian menyebabkan terjadinya infeksi pada sel-sel serta memproduksi Enterotoksin atau Cytotoksin di mana akan merusak sel dan melekat pada dinding usus. Penularan gastroenteritis biasa melalui fekal dan juga makanan atau minuman yang terkontaminasi yang biasa disebut gangguan osmotic atau mekanisme dasar penyebab gastroenteritis timbul. Makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotic dalam rongga usus meningkat, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus yang kemudian akan menyebabkan diare jika isi dalam rongga usus berlebihan. Selain itu muncul juga gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat, serta gangguan motilitas usus berupa hiperistaltik yang berarti berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan dan air hingga

terjadi diare dan hipoperistaltik yang mengakibatkan bakteri tumbuh berlebih dan memunculkan diare (Silaban, 2024).

Dasarnya makanan atau fases bergerak sepanjang usus dengan bantuan gerakan paristaltik dan segmentasi usus. Namun pada kasus gastroenteritis, mikroorganisme yang masuk kedalam usus dan berkembang biak dapat meningkatkan gerakan paristaltik di usus. Kemudian usus akan kehilangan cairan dan elektrolit maka terjadilah dehidrasi. Pada gastroenteritis dehidrasi menjadi komplikasi yang sering terjadi. Dehidrasi ini dapat mengganggu keseimbangan asam basa berupa asidosis metabolik dan hipokalemian, serta gangguan gizi, hipoglikemia dan gangguan sirkulasi darah (Silaban, 2024).

5. Klasifikasi

Menurut Ayu Putri Ariani (2017) menyatakan klasifikasi diare sebagai berikut :

a. Berdasarkan lama waktu

1) *Gastroenteritis* akut (berlangsung kurang dari 2 minggu)

Gastroenteritis akut yaitu BAB dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lembek atau cair dan bersifat mendadak datangnya dan berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu.

2) *Gastroenteritis* persisten (berlangsung selama 2-4 minggu)

Gastroenteritis persisten adalah diare akut dengan atau tanpa disertai darah dan berlanjut sampai 14 hari atau lebih. Jika terdapat dehidrasi sedang atau berat, diare persisten diklasifikasikan sebagai diare berat.

3) *Gastroenteritis* kronik (berlangsung lebih 4 minggu)

Gastroenteritis kronik ditetapkan berdasarkan kesepakatan, yaitu diare yang berlangsung lebih dari 4 minggu.

b. Berdasarkan banyaknya kehilangan cairan

1) *Gastroenteritis* tanpa dehidrasi

Pada tingkat diare ini penderita tidak mengalami dehidrasi karena frekuensi diare masih dalam batas toleransi dan belum ada tanda-tanda dehidrasi.

2) *Gastroenteritis* dengan dehidrasi ringan (3-5%)

Pada tingkat diare ini penderita mengalami diare 3 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 minim dan pemeriksaan fisik dalam batas normal.

3) *Gastroenteritis* dengan dehidrasi sedang (5-10%)

Pada keadaan ini, penderita akan mengalami takikardi, kencing yang kurang atau langsung tidak ada, irritabilitas atau lesu, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, tugor kulit berkurang, selaput lender bibir dan mulut serta kulit tampak kering, air mata berkurang dan masa pengisian kapiler memanjang (≥ 2 detik) dengan kulit yang dingin dan pucat.

c. *Gastroenteritis* dengan dehidrasi berat (10-15%)

Pada keadaan ini, penderita sudah banyak kehilangan cairan dari tubuh dan biasanya pada keadaan ini penderita mengalami takikardi dengan pulsasi yang melemah, hipotensi, dan tekanan nadi yang menyebar, tidak ada penghasilan urine, mata dan ubun-ubun besar menjadi sangat cekung, tidak ada produksi air mata, tidak mampu minum dan keadaannya mulai apatis, kewasadarannya menurun dan juga masa pengisian kapiler memanjang (≥ 3 detik) dengan kulit yang dingin dan pucat.

d. Berdasarkan ada atau tidaknya infeksi gastroenteritis (diare dan muntah)

1) *Gastroenteritis* infeksi spesifik: Tifus abdomen dan para tifus, disentri basil (Shigella).

2) *Gastroenteritis* non spesifik: Gastroenteritis dieretik.

e. Berdasarkan penyebabnya

1) *Gastroenteritis* primer

Gastroenteritis primer disebabkan oleh:

- a) Makanan dan minuman bahan yang merangsang lambung dan usus seperti cabe dan jamur.
 - b) Racun seperti larangan air raksa.
 - c) Iklim seperti hawa dingin dan panas tiba-tiba.
 - d) Gangguan saraf seperti histeris, ketakutan dan cemas.
- 2) *Gastroenteritis* sekunder

Gastroenteritis sekunder disebabkan oleh:

- a) Penyakit infeksi.
 - b) Penyakit menahun dari jantung paru-paru dan hati.
 - c) Penyakit radang ginjal dan kurang darah.
- f. Berdasarkan mekanisme patofisiologik
- 1) *Gastroenteritis* inflamasi

Gastroenteritis inflamasi ditandai dengan adanya demam, nyeri perut, feses yang berdarah dan berisi leukosit serta lesi inflamasi pada biopsy mukosa intestinal.
 - 2) *Gastroenteritis* sekresi

Gastroenteritis sekretori ditandai oleh volume feses yang besar oleh karena abnormal cairan dan transport elektrolit yang tidak selalu berhubungan dengan makanan yang dimakan. Diare biasanya menetap dengan puasa. Pada keadaan ini tidak ada malabsorbsi larutan.
 - 3) *Gastroenteritis* osmotik

Gastroenteritis osmotik terjadi jika cairan yang dicerna tidak seluruhnya diabsorbsi oleh usus halus akibat tekanan osmotik yang mendesak cairan kedalam lumen intestinal.
 - 4) *Gastroenteritis* Motilitas Intestinal

Gastroenteritis ini disebabkan oleh kelainan yang menyebabkan perubahan motilitas intestinal. Kasus paling sering adalah *Irritable Bowel Syndrome*. *Gastroenteritis* ini ditandai dengan adanya konstipasi, nyeri abdomen, passase mucus dan rasa tidak sempurna dalam defaksi.

5) *Gastroenteritis* Faktitia

Gastroenteritis ini terjadi pada pasien yang diduga memiliki riwayat psikiatrik atau tanpa riwayat diare sebelumnya. Penyebabnya dapat berupa infeksi intestinal, penggunaan yang salah terhadap laktsantia.

6. Penatalaksanaan *Gastroenteritis*

Menurut Wulandari dan Erawati (2016), dasar Penatalaksanaan gastroenteritis adalah sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

Jenis cairan : Cairan

1) rehidrasi oral.

a) Formula lengkap mengandung NaCl, NaHCO₃, KCl, dan glukosa. Kadar natrium 90 mEq/L untuk kolera dan gastroenteritis akut dengan dehidrasi ringan (untuk pencegahan dehidrasi). Kadar natrium 50 – 60 mEq/L untuk gastroenteritis akut non kolera dengan dehidrasi ringan atau tanpa dehidrasi. Formula lengkap sering disebut oralit.

b) Formula sederhana (tidak lengkap) hanya mengandung NaCl dan sukrosa atau karbohidrat lain, misalnya larutan gula garam, larutan air tajin garam, larutan tepung beras garam dan sebagainya untuk pengobatan pertama di rumah pada penyakit gastroenteritis akut baik sebelum ada dehidrasi maupun setelah ada dehidrasi ringan.

2) Cairan parenteral Jalan pemberian cairan .

a) Per oral pada dehidrasi ringan, sedang dan tanpa dehidrasi dan bila klien dapat minum serta kesadaran baik.

b) Intragastritik untuk dehidrasi ringan, sedang, atau tanpa dehidrasi, tetapi klien tidak dapat minum atau kesadaran menurun.

c) Intravena untuk dehidrasi berat

Penatalaksanaan medis pada penderita gastroenteritis menurut Ida Mardalena (2018) yaitu :

- 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 :
 - (1) Memberi ASI (pada anak usia 0-2 tahun)
 - (2) Memberikan bahan makanan yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral, dan makanan yang bersih
- c) Monitor dan koreksi input dan output elektrolit
- d) Obat-obatan.
 - (1) Berikan antibiotik
 - (2) Koreksi asidosis metabolik
 - (3) Berikan obat anti mual

Penatalaksanaan keperawatan pada penderita gastroenteritis

- a) Memantau derajat dehidrasi, intake-output, dan respons terapi
- b) Memberikan obat sesuai instruksi, memantau efek samping
- c) Membantu pemilihan makanan, memantau asupan dan toleransi
- d) Mengajarkan keluarga/pasien tentang perawatan diri dan pencegahan komplikasi
- e) Monitoring kulit, intake-output, dan evaluasi intervensi

7. Komplikasi

a. Dehidrasi

Dehidrasi meliputi dehidrasi ringan, sedang dan berat. Dehidrasi ringan terdapat tanda atau lebih dari keadaan umumnya baik, mata terlihat normal, rasa hausnya normal, minum biasa dan turgor kulit kembali cepat. Dehidrasi sedang keadaan umumnya terlihat gelisah dan rewel, mata terlihat cekung, haus dan merasa ingin minum banyak dan turgor kulitnya Kembali lambat. Sedangkan dehidrasi berat keadaan umumnya terlihat lesu, lunglai atau tidak sadar, mata terlihat cekung, dan turgor kulitnya kembali sangat lambat > 2 detik.

b. Hipernatremia

Hipernatremia biasanya terjadi pada diare yang disertai muntah, bahwa 10,3 % yang menderita diare akut dengan dehidrasi berat mengalami hipernatremia.

c. Hiponatremia

Hiponatremia terjadi hanya minum air putih saja atau hanya mengandung sedikit garam, ini sering terjadi pada anak yang mengalami infeksi shigella dan malnutrisi berat dan edema.

d. Hipokalemia

Hipokalemia terjadi karena kurangnya kalium (K) selama rehidrasi yang menyebabkan terjadinya hipokalemia ditandai dengan kelemahan otot, peristaltic usus berkurang, gangguan fungsi ginjal dan aritmia.

e. Demam

Demam sering ditemui pada kasus diare. Biasanya demam timbul jika penyebab diare berinvansi ke dalam sel epitel usus. Bakteri yang masuk ke dalam tubuh dianggap sebagai antigen oleh tubuh. Bakteri tersebut mengeluarkan toksin lipopolisakarida dan membran sel. Sel yang bertugas menghancurkan zat-zat toksik atau infeksi tersebut adalah neutrophil dan makrofag dengan cara fagositosis. Sekresi fagositik menginduksi timbulnya demam (Anwar, 2023).

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Anwar, 2023) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien diare adalah:

a. Pemeriksaan tinja

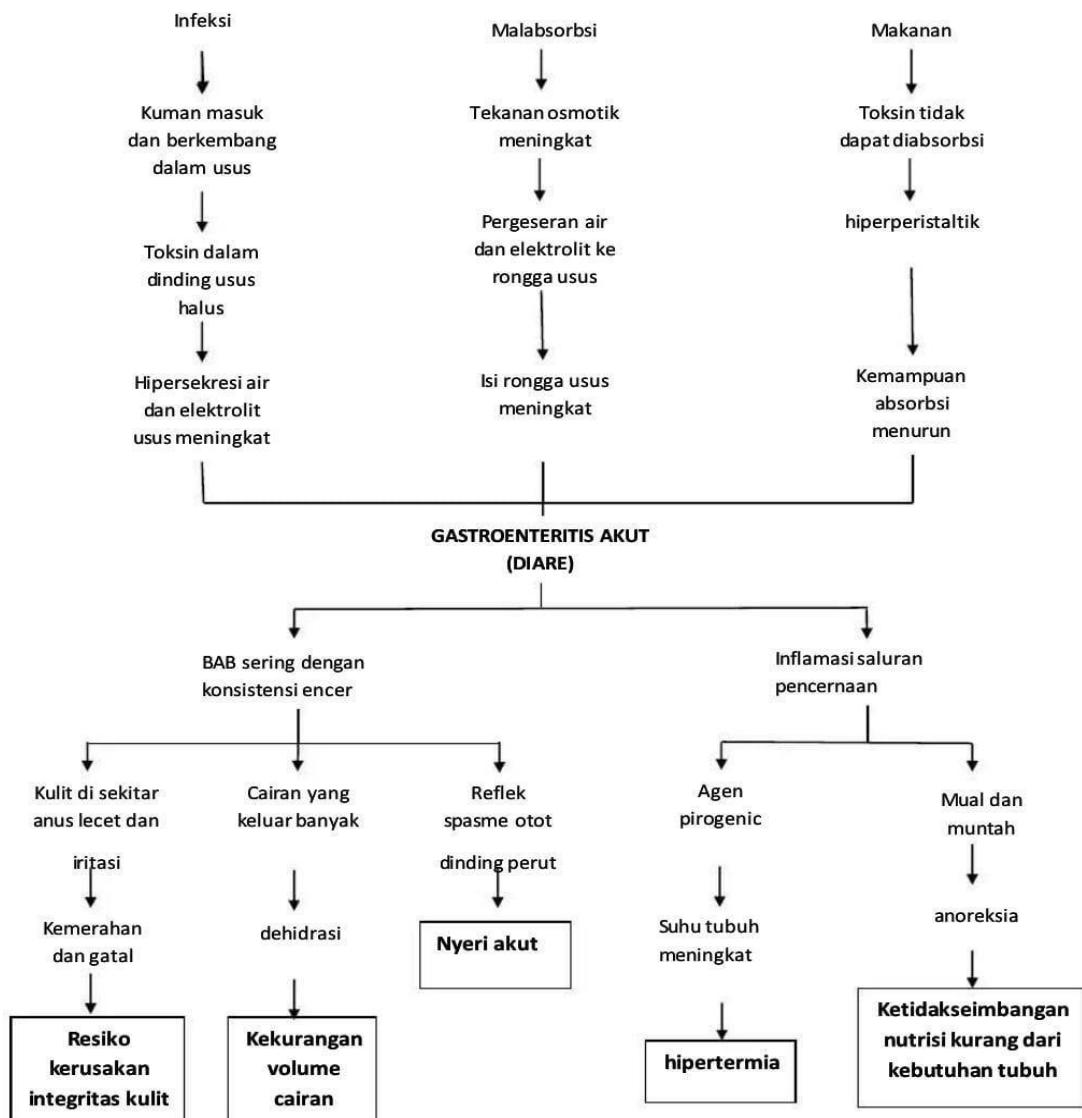
- 1) Makroskopis dan mikroskopis
- 2) PH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas laksmus dan tablet cilinictest bila terdapat toleransi glukosa.
- 3) Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi

b. Pemeriksaan keseimbangan asam basa dalam darah dengan menentukan PH dan cadangan alkali atau lebih tepat dengan pemeriksaan Analisa gas darah menurut ASTRUP (bila memungkinkan)

c. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal

9. Pathway

Gambar 2. 4 Pathway Gastroenteritis



Sumber (Mansjoer, 2020) pathway gastroenteritis