

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gastroenteritis

2.1.1 Definisi

Gastroenteritis adalah suatu kondisi penyakit yang timbul akibat infeksi pada saluran pencernaan, khususnya lambung dan usus, yang disebabkan oleh beragam jenis virus maupun bakteri. Secara umum, agen penyebab yang sering ditemukan meliputi virus rotavirus dan norovirus, serta bakteri seperti *Campylobacter*. Penyakit ini dapat dialami oleh berbagai kelompok usia, termasuk anak-anak usia balita (Wulandari et al., 2020). *Gastroenteritis* adalah kondisi ketika terjadi peningkatan frekuensi buang air besar dan perubahan konsistensi feses menjadi cair atau setengah cair, dengan kandungan air yang lebih tinggi dari normal. Umumnya, *Gastroenteritis* didefinisikan sebagai defekasi lebih dari tiga kali sehari dengan feses yang encer, dan berlangsung kurang dari 14 hari. (Kemenkes, 2022).

Peradangan yang terjadi pada lambung (gastro) dan usus halus (entero) dapat memicu gejala seperti mual, muntah, diare, kram perut, serta dehidrasi yang parah. Komplikasi utama yang umum muncul sebagai akibat *Gastroenteritis* adalah hilangnya cairan tubuh karena frekuensi buang air besar dan muntah yang tinggi. Walaupun kondisi ini biasanya tidak membahayakan, namun dapat berubah menjadi serius bagi

bayi, orang lanjut usia, dan mereka yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang rendah (Hidayah & Sipayung, 2023).

2.1.2 Etiologi

1) Faktor infeksi:

- a) Virus : *Rotavirus, Norovirus, Enteric adenovirus, Astrovirus, Cytomegalovirus*
- b) Bakteri : *Vibrio, E. Coli, Campylobacter jejuni, Salmonella, Yersinilia enterocolitia, Aeromonas hydrophilia, Shigella, Enterotoksik, Enteropatogenik.*
- c) Parasit : Cacing (*Ascaris, Trishuris, Oxyuris, Strongyloides*): protozoa (*Entamoeba histolityca, Giardia lamblia, Trichomonas Hominis*) jamur (*Candida albicans*).
- d) Traveler's diarrhea : Diare, dengan atau tanpa disertai keluhan lainnya seperti tidak nyaman di perut, mual, muntah, *hematochezia*, dan demam tergantung penyebabnya. Keluhan dan gejala tersebut terjadi dalam 2-10 hari setelah Kembali dari bepergian (traveling) dan dapat juga pada saat bepergian tersebut.

2) Bukan faktor infeksi

a) Malabsorpsi

Malabsorpsi karbohidrat disakarida (intoleransi laktosa, maltosa dan sukrosa), non sakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galaktosa. Pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering ialah intoleransi laktosa.

b) Faktor Makanan

Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan (milk allergy, food allergy, cow's milk protein sensitive enteropathy)

2.1.3 Klasifikasi

Gastroenteritis dapat dibagi menjadi dua, yaitu :

- 1) *Gastroenteritis* akut adalah diare yang berlangsung kurang dari 14 hari dan ditandai dengan peningkatan frekuensi buang air besar, muntah, serta demam. Penyebab utamanya adalah infeksi virus, bakteri, parasit dengan gejala seperti mual, nyeri perut dan dehidrasi.
- 2) *Gastroenteritis* kronik adalah diare yang berlangsung lebih dari 14 hari dan dapat terjadi akibat sindrom malabsorpsi, penyakit inflamasi usus, defisiensi imun, alergi makanan, atau intoleransi laktosa (Suhesti *et al.*, 2023)

2.1.4 Tanda dan Gejala

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hidayah & Sipayung (2023), tanda dan gejala *Gastroenteritis* meliputi :

- 1) Diare berulang lebih dari empat kali sehari
- 2) Demam dengan suhu tubuh di atas 38°C
- 3) Mual dan muntah
- 4) Nyeri perut
- 5) Dehidrasi
- 6) Penurunan berat badan

Annisa, 2022. Menyebutkan berdasarkan penyebab infeksi, tanda dan gejala *gastroenteritis* yang terjadi dapat berbeda :

- 1) Pada diare yang disebabkan oleh virus ditandai dengan BAB cair, tanpa darah atau lendir, dan dapat disertai muntah, dehidrasi dan peningkatan suhu yang rendah.
- 2) Pada penyebab *Salmonella typhoid* diare akan diawali dengan demam, nyeri kepala, dan nyeri perut. Selain itu pada minggu pertama dapat terjadi penurunan nafsu makan dan konstipasi sampai dengan hematochezia atau melena.
- 3) Pada *gastroenteritis* yang disebabkan oleh *Vibrio cholerae* ditandai dengan BAB sangat cair yang sering dan tanpa demam.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi *Gastroenteritis* menurut Anggraini & Kumala (2022) adalah sebagai berikut:

- 1) Kekurangan volume cairan (ringan, sedang, dan berat)
- 2) Hipovolemik
- 3) Hipokalemia (ditandai dengan kelemahan otot, bradikardi, perubahan elektro kardiogram)
- 4) Kejang
- 5) Hipoglikemia
- 6) Mal nutrisi
- 7) Intoleransi sekunder akibat kerusakan mukosa usus

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan tinja makroskopis dan mikroskopis

2) Pemeriksaan pH dan kadar gula dalam tinja

Menggunakan kertas lakmus dan tablet dinitest, bila diduga terdapat intoleransi gula.

3) Pemeriksaan laboratorium

a) Tes Darah

Meliputi hitung darah lengkap, elektrolit serum, analisis gas darah, glukosa darah, kultur, serta tes sensitivitas

b) Urine

Meliputi analisis urine lengkap, kultur, serta tes sensitivitas antibiotik.

c) Pemeriksaan Elektrolit Intubasi Duodenum

Bertujuan untuk mengukur bakteri atau parasit, khususnya pada pasien dengan diare kronis. (Nuari, 2021).

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Nuari, 2021 :

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

Jumlah cairan yang diberi harus sama dengan jumlah cairan yang telah hilang melalui diare dan/atau muntah (*previous water losses* = PWL) ; ditambah dengan banyaknya cairan yang hilang melalui keringat, urin, dan pernafasan (*normal water losses* = WNL); dan ditambah dengan banyaknya cairan yang hilang melalui tinja dan muntah yang melalui tinja dan muntah yang masih terus berlangsung (*concomitant water losses* = CWL). Jumlah ini tergantung pada derajat dehidrasi serta berat badan masing-masing anak atau golongan umur.

- a) Jumlah cairan (mL) yang hilang pada anak umur <2 tahun (BB 3-10 kg) sesuai derajat dehidrasi.

Tabel 2.1 Derajat Dehidrasi Pada Anak Umur <2 Tahun (BB 3-10 kg)

Dehidrasi	PWL	NWL	CWL	Jumlah
Ringan	50	100	25	175
Sedang	75	100	25	200
Berat	125	100	25	250

- b) Jumlah cairan (mL) yang hilang pada anak umur 2-5 tahun (BB 10-15 kg) sesuai derajat dehidrasi.

Tabel 2.2 Derajat Dehidrasi Pada Anak Umur 2-5 Tahun (BB 10-15 kg)

Dehidrasi	PWL	NWL	CWL	Jumlah
Ringan	30	80	25	135
Sedang	50	80	25	155
Berat	80	80	25	185

- c) Jumlah cairan (mL) yang hilang pada anak umur >15 tahun (BB 15-25 kg) sesuai derajat dehidrasi.

Tabel 2.3 Derajat Dehidrasi Pada Anak Umur >15 tahun (BB 15-25 kg)

Dehidrasi	PWL	NWL	CWL	Jumlah
Ringan	25	65	25	115
Sedang	50	65	25	140
Berat	80	65	25	170

- 2) Makanan harus diteruskan bahkan ditingkatkan selama diare untuk menghindarkan efek buruk pada status gizi
- 3) Antibiotik dan antiparasit tidak boleh digunakan secara rutin, tidak ada manfaatnya untuk kebanyakan kasus, termasuk diare dengan panas, kecuali pada
 - a) Disentri, bila tidak ada respon pikirkan kemungkinan amoebiasis
 - b) Suspek kolera dengan dehidrasi berat
 - c) Diet persisten
- 4) Obat-obatan anti diare meliputi antimotilitas (misal : Lorepamid, difenoksilat, kodein, opium,), adsorben (misal : Norit, kaolin, attapulgit). Anti muntah termasuk prometazin dan klorpromazin. Tidak satupun obat-obat ini terbukti mempunyai efek yang nyata untuk diare akut dan beberapa malah membahayakan. Obat obat ini tidak boleh diberikan pada anak <5 tahun.

Tabel 2.4 Derajat Dehidrasi

Penilaian	A	B	C
Lihat: Keadaan Umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai, atau tidak sadar
Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung dan kering
Air mata	Ada	Tidak ada	Tidak ada
Mulut dan lidah	Basah	Kering	Sangat kering
Rasa haus	Minum biasa tidak haus	Haus, ingin minum banyak	Malas minum atau tidak bisa minum
Periksa: Turgor kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali sangat lambat
Hasil pemeriksaan	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi ringan/sedang	Dehidrasi berat
Terapi	Rencana terapi A	Rencana terapi B	Rencana terapi C

Rencana terapi A

Digunakan untuk :

- a) Mengatasi diare tanpa dehidrasi
- b) Meneruskan terapi diare di rumah
- c) Memberikan terapi awal bila anak terkena diare lagi

Tiga cara dasar terapi di rumah adalah sebagai berikut :

- a) Berikan anak lebih banyak cairan daripada biasanya untuk mencegah dehidrasi.

- (1) Gunakan cairan rumah tangga yang dianjurkan seperti oralit, makanan cair (sup, air tajin, yogurt) atau air matang. Gunakan larutan oralit untuk anak seperti dijelaskan dalam kotak dibawah
(catatan : Jika anak berusia <6 bulan dan belum makan yang cair)

- (2) Berikan larutan ini sebanyak anak mau

- (3) Teruskan pemberian larutan ini hingga diare berhenti

- b) Beri anak makanan untuk mencegah kurang gizi

- (1) Teruskan ASI atau susu yang biasa diberikan

- (2) Untuk anak <6 bulan dan belum mendapat makanan dapat diberikan susu yang dicairkan dengan air yang sebanding selama 2 hari

- (3) Bila anak 6 bulan atau lebih mendapat makanan padat

- (4) Berikan bubur atau campuran tepung lainnya, bila mungkin dicampur dengan kacang-kacangan, sayur, kacang, daging, atau ikan, tambahkan 1 atau 2 sendok the minyak sayur tiap porsi

- (5) Berikan sari buah segar atau pisang halus untuk menambah kalium
- (6) Berikan makanan yang segar, masak dan haluskan
- (7) Dorong anak untuk makan, berikan makanan sedikitnya 6 kali sehari
- (8) Berikan makanan yang sama setelah diare berhenti dan berikan tambahan setiap hari selama 2 minggu

Jika anak akan diberi larutan rumah, tunjukkan kepada ibu jumlah oralit yang diberikan setiap habis buang air besar dan berikan oralit yang cukup untuk 2 hari.

Cara memberikan oralit :

- a) Berikan satu sendok teh tiap 1-2 menit untuk anak dibawah umur 2 tahun
- b) Berikan beberapa teguk dari gelas untuk anak lebih tua
- c) Bila anak muntah tunggu 10 menit. Kemudian berikan cairan lebih sedikit (misal satu sendok tiap 1-2 menit)
- d) Bila diare berlanjut setelah oralit habis, beritahu ibu untuk memberikan cairan lain seperti dijelaskan dalam cara pertama

Recana pengobatan B

Dalam 3 jam pertama berikan 75 ml/kg/BB atau bila berat badan anak tidak diketahui dan atau memudahkan di lapangan, berikan oralit sesuai tabel.

Tabel 2.5 Jumlah Oralit

Umur	< 1 tahun	1-5 tahun	> 5 tahun	Dewasa
Jumlah Oralit	300 mL	600 mL	1200 mL	2400 mL

- a) Bila anak menginginkan lebih banyak oralit, berikanlah
- b) Dorong ibu untuk meneruskan ASI
- c) Untuk bayi < 6 bulan yang tidak mendapatkan ASI, berikan juga 100-200 mL air masak selama masa ini
- d) Amati anak dengan seksama, bantu ibu memberikan oralit
- e) Tunjukkan jumlah cairan yang harus diberikan
- f) Tunjukkan cara memberikannya – satu sendok the tiap 1-2 menit untuk anak dibawah 2 tahun, beberapa teguk dari cangkir untuk anak yang lebih tua
- g) Periksa berkala jika ada masalah
- h) Bila anak muntah tunggu 10 menit, kemudian teruskan pemberian lebih lambat missal satu sendok tiap 2-3 menit
- i) Bila kelopak mata anak bengkak hentikan pemberian oralit dan berikan air masak atau ASI
- j) Setelah 3-4 jam, nilai Kembali anak menggunakan bagan penilaian, kemudian pilih rencana A,B atau C
- k) Bila tidak ada dehidrasi, ganti ke rencana A, bila dehidrasi telah hilang anak biasanya kencing dan lelah kemudian tidur
- l) Bila tanda menunjukkan dehidrasi ringan/sedang, ulangi rencana B tetapi tawarkan sari buah, dan makanan seperti rencana A

m) Bila tanda menunjukkan dehidrasi berat ganti dengan rencana C

Rencana Terapi C

a) Jika anak menderita penyakit berat lainnya, segera dirujuk. Selama dalam perjalanan, mintalah ibu untuk terus memberikan oralit sedikit demi sedikit dan anjurkan untuk tetap memberikan ASI

b) Jika tidak ada penyakit berat lainnya, diperlukan tindakan sebagai berikut:

(1) Jika dapat memasang infus, segera berikan cairan RL atau NaCl secepatnya secara intravena sebanyak 100 ml/BB dengan pedoman sebagai berikut:

Tabel 2.6 Jumlah Pemberian Cairan Intravena

Umur	Jumlah Pemberian 30 ml/kgBB, selama	Pemberian berikutnya, 70 ml/kgBB, selama
Bayi (<12 bulan)	1 jam pertama	5 jam berikutnya
Anak (12 bulan – 5 tahun)	30 menit pertama	2,5 jam berikutnya

Keterangan:

Periksa kembali setelah 1-2 jam, jika status hidrasi belum membaik (nadi lemah atau tidak teraba), ulangi pemberian pertama. Jika kondisi membaik, teruskan penanganan seperti pada dehidrasi ringan/sedang

(2) Jika tidak dapat memasang infus tetapi dapat memasang sonde, berikan oralit melalui nasogastrik dengan jumlah 20 ml/kg BB/jam

selama 6 jam. Jika anak muntah terus-menerus dan perut kembung, berikan oralit lebih lambat. Jika keadaan membaik setelah 6 jam, teruskan penanganan seperti dehidrasi ringan/sedang. Jika keadaan memburuk segera lakukan rujukan.

- (3) Jika tidak dapat memasang infus maupun sonde, rujuk segera. Jika anak dapat minum, anjurkan ibu untuk memberikan oralit sedikit demi sedikit selama dalam perjalanan.

6) Pengobatan Kausa

Pengobatan yang tepat terhadap kausa diare diberikan setelah kita mengetahui penyebab yang pasti. Jika kausa diare ini penyakit parenteral, diberikan antibiotika sistemik. Jika tidak terdapat infeksi parenteral, antibiotika baru boleh diberikan kalau pada pemeriksaan laboratorium ditemukan bakteri patogen. Di Indonesia diperkirakan kasus diare yang disebabkan oleh infeksi (termasuk virus) kira-kira 50-70%. Karena menemukan bakteri pada pemeriksaan mikroskopik umumnya sulit, maka dipakai pegangan bila pada pemeriksaan tinja ditemukan leukosit 10-20/LP (dengan menggunakan pembesaran 200x), maka penyebab diare tersebut dapat dianggap infeksi enteral. Juga antibiotika dapat dipertimbangkan diberikan dengan memperhatikan umur penderita, perjalanan penyakit, sifat tinja, dan sebagainya. Berdasarkan hal-hal tersebut diatas, pada penderita diare antibiotika hanya boleh diberikan kalau :

- a) Ditemukan bakteri patogen pada pemeriksaan mikroskopik dan/atau biakan
- b) Pada pemeriksaan makroskopik dan/atau mikroskopik ditemukan darah pada tinja
- c) Secara klinik terdapat tanda-tanda yang menyokong adanya infeksi parenteral
- d) Di daerah endemik kolera (diberi *tetrasiklin*)
- e) Pada neonatus jika diduga terjadi infeksi *nosokomial*.

7) Pengobatan Simptomatis

- a) Obat antidiare

Obat yang berkhasiat menghentikan diare secara cepat seperti *antispas-modik/spasmolitik* atau *opium* (*papaverin*, *extraktum beladonna*, *loperamid*, *kodein*, dsb) justru akan memperburuk keadaan karena akan menyebabkan terkumpulnya cairan di lumen usus dan akan menyebabkan terjadinya bakteri berlipat ganda (*overgrowth*), gangguan digesti dan absorpsi. Obat-obat ini hanya berkhasiat untuk menghentikan peristaltik, akibatnya diare tampaknya ada perbaikan, tetapi perut akan bertambah gembung dan dehidrasi bertambah berat yang dapat berakibat fatal untuk penderita.

b) Adsorbent.

Obat adsorbent seperti *kaolin*, *pectin*, arang aktif (*charcoal*), *bismuth subbikarbonat* dsb. telah dibuktikan tidak ada manfaatnya.

c) Stimulans.

Obat stimulans seperti *adrenalin*, *niketamid* dsb., tidak akan memperbaiki renjatan atau dehidrasi karena penyebab dehidrasi ini adalah kehilangan cairan (hipovolemik syok) sehingga pengobatan yang paling tepat adalah pemberian cairan secepatnya.

d) Antiemetik.

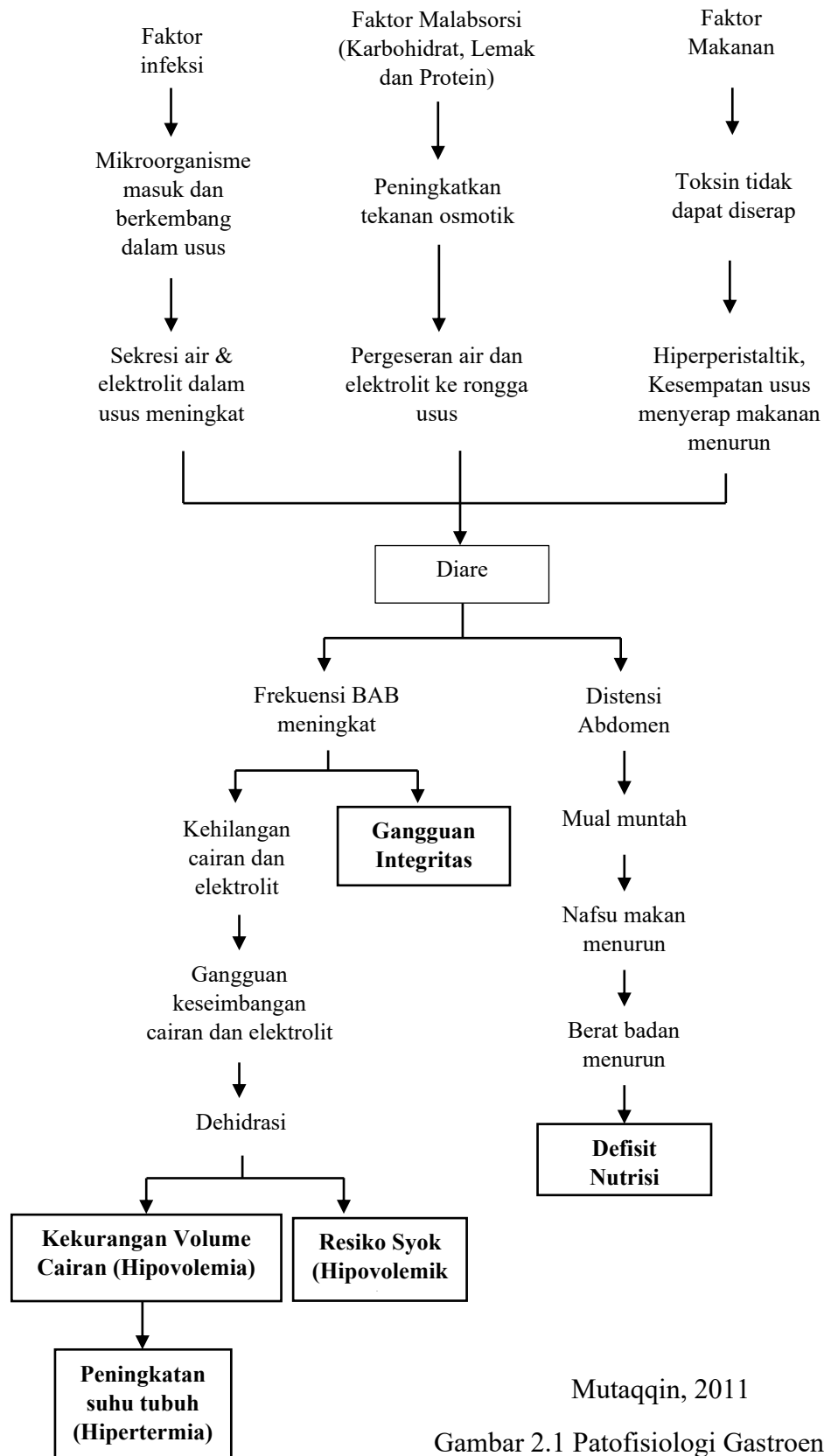
Obat antiemetik seperti *klorpromazin (largaktil)* terbukti selain mencegah muntah juga mengurangi sekresi dan kehilangan cairan bersama tinja. Pemberian dalam dosis adekuat (sampai dengan 1 mg/kg.bb/bari) kiranya cukup bermanfaat, tetapi juga perlu diingat efek samping dari obat ini. Penderita menjadi ngantuk sehingga intake cairan berkurang.

e) Antipiretika.

Obat antipiretika seperti *preparat salisilat (asetosal, aspirin)* dalam dosis rendah (25 mg/tahun/kali) ternyata selain berguna untuk menurunkan panas sebagai akibat dehidrasi atau panas karena infeksi, juga mengurangi sekresi cairan yang keluar bersama tinja (Suraatmaja, 2002).

2.1.8 Patofisiologi

1) Pathway



Gambar 2.1 Patofisiologi Gastroenteritis

2) Uraian

Gastroenteritis dapat dipicu oleh berbagai faktor, termasuk infeksi, malabsorpsi, asupan makanan. Pada faktor infeksi, prosesnya dimulai dengan masuknya mikroorganisme ke saluran pencernaan, yang kemudian berkembang biak di usus dan merusak sel-sel mukosa usus. Hal ini mengurangi luas permukaan usus, sehingga mengganggu kemampuan usus menyerap cairan dan elektrolit, yang pada akhirnya menimbulkan diare. Faktor malabsorpsi melibatkan ketidakmampuan menyerap karbohidrat, lemak, dan protein secara optimal, yang meningkatkan tekanan osmotik dan menyebabkan perpindahan air serta elektrolit ke dalam rongga usus. Akibatnya, volume isi usus bertambah, sehingga *Gastroenteritis* terjadi. Adapun faktor makanan, toksin yang tidak dapat diserap dengan baik dapat mempercepat gerakan peristaltik usus, mengurangi waktu untuk penyerapan nutrisi, dan akhirnya memicu *Gastroenteritis*.

Gastroenteritis dapat meningkatkan frekuensi buang air besar serta menyebabkan distensi abdomen. Peningkatan frekuensi buang air besar berpotensi menimbulkan kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan, serta seringnya buang air besar dapat merusak integritas kulit. Kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan ini dapat mengakibatkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, dehidrasi, penurunan volume cairan tubuh, risiko syok hipovolemik, serta hipertermia. Distensi abdomen dapat memicu mual dan muntah,

yang menurunkan nafsu makan sehingga berat badan berkurang. Kondisi ini berisiko memicu defisiensi nutrisi di bawah kebutuhan tubuh.

2.2 Konsep Dasar Anak

2.2.1 Definisi Anak

Anak adalah individu yang mengalami berbagai tahapan perkembangan, mulai dari bayi hingga remaja. Dalam kehidupan keluarga dan masyarakat, anak berperan sebagai anggota unit keluarga yang tumbuh dalam budaya dan lingkungan sosial tertentu. Perkembangan anak berlangsung sejak lahir hingga usia 18 tahun, mencakup aspek fisik, kognitif, konsep diri, pola coping, serta perilaku sosial. Anak bukan sekadar miniatur orang dewasa atau aset ekonomi bagi orang tua, melainkan individu yang utuh dengan karakteristik biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual yang unik. Sebagai generasi penerus bangsa dan dunia, anak memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya di setiap tahap perkembangan (Yuliastuti, 2016).

2.2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pertumbuhan anak dapat diukur melalui beberapa indikator utama, seperti tinggi badan, berat badan, dan lingkar kepala. Perkembangan anak mencakup perubahan struktur, fungsi, serta peningkatan kemampuan yang semakin kompleks. Kemampuan tersebut meliputi sensorik

(mendengar, melihat, meraba, mencium, dan merasakan), keterampilan motorik (gerakan kasar, halus, dan kompleks), serta komunikasi dan interaksi (tertawa, menangis, berbicara). Selain itu, perkembangan anak juga mencakup aspek kognitif (kemampuan mengenali, membandingkan, mengingat, dan memecahkan masalah), sosialisasi, kemandirian, kreativitas, serta aspek etika dan spiritualitas (adat, budaya, dan nilai-nilai agama). Pertumbuhan dan perkembangan anak berlangsung secara simultan, di mana perkembangan merupakan hasil dari kematangan sistem saraf pusat yang berinteraksi dengan organ tubuh. Salah satu contohnya adalah kemampuan berbicara, yang berkembang seiring dengan pematangan sistem saraf yang mengontrol proses tersebut. Kualitas tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh dua faktor utama. Faktor internal meliputi karakteristik bawaan sejak lahir, seperti genetika atau keturunan. Sementara itu, faktor eksternal melibatkan lingkungan sekitar, yang berperan sejak anak masih dalam kandungan hingga tumbuh dan berkembang setelah lahir (Wulandini, 2023).

2.2.3 Prinsip Keperawatan Anak

Menurut Wulandini, (2023) Memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dengan memberikan asuhan keperawatan pada orang dewasa. Banyak perbedaan yang perlu diperhatikan dan disesuaikan dengan usia, tumbuh kembang anak, karena pengasuhan yang kurang optimal akan berdampak pada fisiologi dan psikologi anak terdapat

prinsip atau landasan dalam keperawatan anak yang menjadi pedoman dalam memahami filosofi keperawatan anak. Perawat harus mampu memahami hal ini dan mengingat bahwa ada beberapa prinsip berbeda dalam memberikan asuhan keperawatan.

- 1) Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik yang berarti bahwa tidak boleh memandang anak dari ukuran fisik saja sebagaimana orang dewasa melainkan anak sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- 2) Anak sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan yang sesuai dengan tahap perkembangannya, kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisiologis seperti nutrisi, cairan, aktivitas, eliminasi, istirahat, tidur dan lain-lain. Dan kebutuhan psikologis, seperti sosial dan spiritual.
- 3) Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan, bukan hanya mengobati orang yang sakit.
- 4) Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak.
- 5) Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi, dan

meningkatkan kesejahteraan hidup dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral dan aspek hukum.

- 6) Tujuan keperawatan anak dan remaja adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat.

2.2.4 Paradigma Keperawatan Anak

1) Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar. Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak

orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam.

2) Sehat-sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual. Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan

3) Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam

perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak.

4) Keperawatan

Komponen ini merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak (Wong, 2009)

2.2.5 Tahap-tahap Tumbuh Kembang Pada Balita Usia 1-5 Tahun

1) Neonatus (bayi lahir sampai usia 28 hari)

Dalam tahap neonatus ini bayi memiliki kemungkinan yang sangat besar tumbuh dan kembang sesuai dengan tindakan yang dilakukan

oleh orang tuanya. Sedangkan perawat membantu orang tua dalam memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi yang masih belum diketahui oleh orang tuanya.

2) Bayi

Dalam tahap ini memiliki kemajuan tumbuh kembang yang sangat pesat, pada usia 1 – 3 bulan mulai bisa mengangkat kepala, mengikuti objek pada mata, melihat dengan tersenyum dll. bayi pada usia 3 – 6 bulan mulai bisa mengangkat kepala 90°, mulai bisa mencari benda – benda yang ada didepan mata, sedangkan pertumbuhannya berat badan mengalami peningkatan 700 – 1000g/bulan, pertumbuhan tinggi badan stabil. Bayi usia 6 – 9 bulan mulai bisa duduk tanpa di topang, bisa tengkurep dan berbalik sendiri bahkan bisa berpartisipasi dalam bertepuk tangan, sedangkan pertumbuhannya tinggi badan 350 – 450g/bulan. Bayi usia 9 – 12 bulan mulai bisa berdiri sendiri tanpa dibantu, berjalan dengan dituntun, menirukan suara dll. perawat disini membantu orang tua dalam memberikan pengetahuan, dalam mengontrol perkembangan lingkungan sekitar bayi agar pertumbuhan psikologis dan sosialnya bisa berkembang dengan baik, sedangkan pertumbuhannya berat badan bertambah 250 – 350 g/bulan, pertumbuhan tinggi badan sekitar 1,5 kali tinggi badan pada saat lahir dan diperkirakan mencapai 75 cm. Motorik kasar, merangkak, melempar bola. Motorik halus, mengambil benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk, membuka buku.

3) Toddler (usia 1-3 tahun)

Anak usia toddler (1 – 3 tahun) mempunyai sistem kontrol tubuh yang mulai membaik, hampir setiap organ mengalami maturitas maksimal. Pengalaman dan perilaku mereka mulai dipengaruhi oleh lingkungan diluar keluarga terdekat, mereka mulai berinteraksi dengan teman, mengembangkan perilaku atau moral secara simbolis, kemampuan berbahasa minimal. Sebagai sumber kesehatan, perawat berkepentingan mengetahui konsep tumbuh kembang balita usia toddler guna memberikan asuhan keperawatan balita dengan optimal. Motorik kasar, melompat ditempat tidur, berjalan mundur, menendang bola dengan kaki diayun, berjalan jinjit, berdiri dengan sebelah kaki. Motorik halus, mencoret dengan satu tangan, membuka grendel pintu, memegang pensil, memakai celana sendiri. Pertumbuhannya mengalami kenaikan berat badan sekitar 1,5 - 2,5 kg dan penambahan tinggi badan 6-10 cm. Pertumbuhan otak juga akan mengalami perlambatan, kenaikan lingkaran kepala hanya 2 cm. untuk pertumbuhan gigi, terdapat tambahan 8 buah gigi susu, termasuk gigi geraham pertama dan gigi taring, sehingga seluruhnya berjumlah 14-16 buah

4) Pra sekolah (Usia 3 – 5 tahun)

Balita usia pra sekolah adalah balita yang berusia 3 – 5 tahun, balita usia pra sekolah memiliki karakteristik tersendiri dalam segi pertumbuhan dan perkembangannya. Dalam hal pertumbuhan, secara

fisik balita pada tahun ke 3 terjadi penambahan berat badan 1,8 kg atau 2,7 kg dan rata – rata berat badan 14,6 kg. Penambahan tinggi badan berkisar antara 7,5 cm dan tinggi badan bekisar rata – rata 95 cm. Kecepatan pertumbuhan pada tahun ke 4 hampir sama dengan tahun sebelumnya. Berat badan mencapai 16,7 kg dan tinggi badan 103 cm sehingga tinggi badan sudah mencapai 2 kali lipat dari tinggi badan saat lahir. Frekuensi nadi dan pernafasan turun sedikit demi sedikit. Pertumbuhan pada tahun ke 5 sampai masa akhir pra sekolah berat badan rata – rata 18,7 kg dan tinggi badan 110 cm, yang mulai ada pertumbuhan adalah pada gigi yaitu kemungkinan munculnya gigi permanen sudah terjadi. Motorik kasar, melompat dengan satu kaki, mengendarai sepeda cukup terampil. Motorik halus, mencuci dan mengelap tangan sendiri, makan dengan sendok dan garpu.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Anak *Gastroenteritis*

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan mencakup suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Nursalam, 2005)

Dalam proses pengkajian harus memperhatikan data dasar yang meliputi:

1) Riwayat perawatan

a) Identitas pasien

Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit. Pada pasien gastroenteritis, sebagian besar adalah anak yang berumur di bawah usia 5 tahun (Subagya *et al.*, 2020).

b) Keluhan utama

Biasanya pasien mengalami buang air besar (BAB) lebih 3 kali sehari, BAB > 4 kali dan cair (*gastroenteritis* tanpa dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB > 10 kali (dehidrasi berat). Apabila *gastroenteritis* berlangsung < 14 hari maka *gastroenteritis* tersebut adalah *gastroenteritis* akut, sementara apabila berlangsung selama 14 hari atau lebih adalah *gastroenteritis* persisten (Nursalam, 2005).

c) Riwayat penyakit sekarang

- (1) Biasanya bayi / anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, dan kemungkinan timbul *Gastroenteritis*.
- (2) Tinja makin cair, mungkin disertai lender atau lender dan darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
- (3) Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam.

(4) Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah *Gastroenteritis*.

(5) Apabila pasien banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi mulai tampak.

(6) Terjadi oliguri (kurang 1 ml/ kg/ BB jam) bila terjadi dehidrasi. Urine sedikit gelap pada dehidrasi ringan atau sedang. Tidak ada urine dalam waktu 6 jam (dehidrasi berat). (Nursalam, 2005).

d) Riwayat penyakit dahulu

1) Riwayat imunisasi terutama campak, karena diare lebih sering terjadi atau berakibat berat pada anak-anak dengan campak atau yang baru menderita campak dalam 4 minggu terakhir, sebagai akibat dari penurunan kekebalan pada pasien.

2) Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (antibiotik) karena faktor ini merupakan salah satu kemungkinan penyebab *Gastroenteritis*.

3) Riwayat penyakit yang sering terjadi pada anak berusia di bawah 5 tahun biasanya adalah batuk, panas, pilek, dan kejang yang terjadi sebelum, selama, atau setelah diare. Informasi ini diperlukan untuk melihat tanda atau gejala infeksi lain yang menyebabkan diare seperti *OMA*,

tonsilitis, faringitis, bronko pneumonia, dan ensefalitis.

(Nursalam, 2005)

e) Riwayat penyakit keluarga

Pernah menderita penyakit saluran pencernaan. Adanya keluarga yang menderita *gastroenteritis* atau adanya anggota keluarga yang menderita diare sebelumnya, yang dapat menular ke anggota keluarga lainnya. Dan juga makanan yang tidak dijamin kebersihannya yang disajikan kepada anak. Riwayat keluarga melakukan perjalanan ke daerah tropis. (Wong, 2008).

f) Riwayat Prenatal, Natal, dan Postnatal

(1) Prenatal

Pengaruh konsumsi jamu-jamuan terutama pada kehamilan semester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai Seperti TORCH, DM, Hipertiroid yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin didalam janin. (Purnamawati & Ariawan, 2012)

(2) Natal

Proses persalinan yang tidak normal atau komplikasi selama persalinan dapat meningkatkan risiko anak terkena diare dan bayi yang lahir dengan kondisi tidak normal, seperti berat badan lahir rendah juga dapat meningkatkan risiko diare (Afifah, 2020)

(3) Post Natal

Kurangnya pemberian ASI eksklusif, lingkungan yang tidak bersih atau kurangnya hygiene, dan kekurangan nutrisi pada anak dapat mempengaruhi sistem imun dan meningkatkan risiko diare (Safitri, 2023)

g) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pada pasien *gastroenteritis* biasanya akan mengalami gangguan pertumbuhan pada anak, terutama berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala dan juga mengalami gangguan perkembangan pada anak yaitu pada aspek fisik, kognitif, dan emosional (Sufa et al, 2023)

2) Pola fungsi Kesehatan

a) Pola nutrisi

Pasien yang menderita diare juga menderita anoreksia sehingga masukan nutrisi di dalam tubuh menjadi berkurang. Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika pasien mengalami muntah atau diare lama, keadaan tersebut menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh sehingga penyembuhan tidak lekas tercapai, bahkan dapat menimbulkan komplikasi (Ngastiyah, 2014).

b) Pola eliminasi

Biasanya penderita *gastroenteritis* feses encer, frekuensi bervariasi dari 2 sampai 20 per hari, menggambarkan pola fungsi ekskresi. Jika BAB > 3 kali sehari dan cair (*gastroenteritis* tanpa

dehidrasi), BAB 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau BAB > 10 kali dan cair (dehidrasi berat), mungkin mengandung lendir atau darah serta warna feses berubah kehijau-hijauan karena bercampur empedu. Pada BAK perlu dikaji untuk output terhadap kehilangan cairan lewat urin. Pada *gastroenteritis* tanpa dehidrasi urin normal, dehidrasi ringan atau sedang sedikit gelap, dehidrasi berat urin tidak ada dalam waktu 6 jam (Bachtiar, 2023).

c) Pola istirahat

Pada bayi dan anak dengan *gastroenteritis* kebutuhan istirahat dapat terganggu karena frekuensi diare yang berlebihan, sehingga menjadi rewel (Susilaningrum *et al.*, 2013).

d) Pola aktivitas

Terdapat penurunan aktivitas pada anak. Anak tampak lemah, gelisah sehingga perlu bantuan sekunder untuk memenuhi kebutuhan sehari hari. (Susilaningrum *et al.*, 2013).

3) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum:

- (1) Baik, sadar (tanpa dehidrasi).
- (2) Gelisah, rewel (dehidrasi ringan atau sedang).
- (3) Lesu, lunglai, atau tidak sadar (dehidrasi berat).

b) Tanda vital

- (1) Berat badan menurut S. Partono (1999), anak yang menderita *Gastroenteritis* dengan dehidrasi biasanya mengalami penurunan berat badan sebagai berikut:

Tabel 2.7 Derajat Dehidrasi Menurut S. Partono

Tingkat Dehidrasi	% Kehilangan Berat Badan	
	Bayi	Anak Besar
Dehidrasi ringan	5 % (50 ml/kg)	3% (30 ml/kg)
Dehidrasi sedang	5-10% (50-100 ml/kg)	6% (60 ml/kg)
Dehidrasi berat	10-15% (100-150 ml/kg)	9% (90 ml/kg)

Sumber: S. Partono (1999)

Presentase penurunan berat badan tersebut dapat diperkirakan saat anak dirawat di rumah sakit. Sedangkan dilapangan, untuk menentukan dehidrasi, cukup dengan menggunakan penilaian keadaan anak sebagaimana yang telah di bahas pada bagian konsep dasar.

- (a) Tekanan darah (TD) normal pada dehidrasi ringan dan sedang namun pada dehidrasi berat tekanan darah akan rendah.

(b) Respiratory rate (RR) meningkat karena hipermetabolisme, cepat dan dalam (kusmaul) RR normalnya 30-60 /menit.

(c) Suhu meningkat bila terjadi reaksi inflamasi.

(d) Nadi perifer melemah, nadi normalnya 80 -150

c) Kepala dan leher

Ukuran kepala, bentuk, kesimetrisan, fontanel dan sutura cekung, sakit kepala atau pusing. Untuk anak dibawah dua tahun yang mengalami dehidrasi, ubun-ubunnya biasanya cekung. (Nursalam, 2005).

d) Mata

Anak yang menderita *Gastroenteritis* tanpa dehidrasi, bentuk kelopak matanya normal. Apabila mengalami dehidrasi ringan/sedang, kelopak matanya cekung (cowong). Sedangkan apabila mengalami dehidrasi berat, kelopak matanya sangat cekung. Pada penderita yang mengalami dehidrasi sedang dan berat terjadi reflek pupil menurun. (Nursalam, 2005).

e) Mulut dan lidah

(1) Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi).

(2) Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan/sedang).

(3) Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat). (Nursalam, 2005).

f) Telinga

Pada penderita *Gastroenteritis* saat pemeriksaan bagian telinga tidak ditemukan keadaan abnormal.

g) Pemeriksaan Thorax

1) Paru-paru

(a) Inspeksi: adanya frekuensi pernafasan yang cepat, lemah dangkal pada anak dengan dehidrasi berat, sedangkan pada anak dengan dehidrasi ringan sedang pernafasan normal. Pada dehidrasi ringan/sedang pergerakan dada normal tidak ditemukan penggunaan otot bantu pernafasan namun pada dehidrasi berat kemungkinan ditemukan penggunaan otot bantu pernafasan.

(b) Palpasi: vokal fermitus sama kanan dan kiri

(c) Perkusi: terdapat suara paru normal (sonor)

(d) *Auskultasi*: suara nafas normal, tidak ada suara nafas tambahan.

2) Jantung

(a) Inspeksi: bentuk dada pasien (normal chest, barrel chest, pigeon chest)

(b) Palpasi: pada anak dengan dehidrasi ringan dan sedang nadi dalam batas normal (80-160x/menit). Sedangkan pada anak yang mengalami dehidrasi berat nadi menurun (< 80x/menit).

(c) Perkusi: terdapat suara jantung normal (pekak)

(d) *Auskultasi*: suara jantung 1 “lup”, suara jantung 2 “dup”.

ada tidak suara jantung tambahan (Sukarmin, 2009).

h) Abdomen

Abdomen kemungkinan mengalami distensi, kram, dan bising usus yang meningkat. Saat dilakukan palpasi perut terasa sakit. Terdapat suara *hipertimpani* (kembung) saat dilakukan perkusi. *Auskultasi* terdengar paristaltik usus meningkat (gurgling) > 5-20 detik dengan durasi 1 detik (Nursalam, 2005).

i) Anus

Menurut (Rusana, 2016) keluarnya feses yang sering pada penderita *Gastroenteritis* yang mengalami diare dapat mengakibatkan iritasi atau kerusakan kulit terutama daerah sekitar perineal. Hal ini terjadi karena tinja yang sering keluar dan sifat tinja yang makin lama makin asam dapat menyebabkan iritasi pada kulit di sekitar anus.

j) Sistem integument

Warna kulit pucat, suhu meningkat lebih dari 37 °C. Pada anak yang mengalami dehidrasi kulit menjadi kering. Untuk mengetahui elastisitas kulit, dapat dilakukan pemeriksaan turgor kulit, yaitu dengan cara mencubit daerah perut menggunakan kedua ujung jari (bukan kedua kuku). Apabila turgor kembali dengan cepat (kurang dari 2 detik), berarti *Gastroenteritis* tersebut tanpa dehidrasi.

Apabila turgor kembali dengan lambat (cubit kembali lebih dari 2 detik), ini termasuk *Gastroenteritis* dengan dehidrasi berat. (Nursalam, 2005).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua pada proses dokumentasi keperawatan adalah diagnosa yang merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas kepada masalah kesehatan, risiko masalah kesehatan atau proses kehidupan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada anak dengan *Gastroenteritis* (Mutaqqin & Sari, 2011) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) menyatakan diagnosa yang sering muncul, yaitu:

Tabel 2.8 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Penyebab	Kondisi Klinis Terkait
1	Hipovolemia (D.0023) Definisi: penurunan Volume cairan intravaskuler, interstisial dan/ intraseluler Gejala dan Tanda Mayor : Subjektif: - Objektif: a) Frekuensi nadi meningkat b) Nadi teraba lemah c) Tekanan darah menurun d) Tekanan nadi menyempit e) Turgor kulit menurun f) Membran mukosa kering g) Volume urin menurun h) Hematokrit meningkat	a) Kehilangan cairan aktif b) Kegagalan mekanisme regulasi c) Peningkatan permeabilitas kapiler d) Kekurangan intake cairan e) Evaporasi	a) Penyakit <i>addison</i> b) Trauma / perdarahan c) Luka bakar d) AIDS e) Penyakit <i>crohn</i> f) Muntah g) Diare h) Kolitis ulseratif i) Hipoalbuminemia

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif:

- a) Merasa lemah
- b) Mengeluh haus

Objektif:

- a) Pengisian vena menurun
 - b) Status mental berubah
 - c) Suhu tubuh meningkat
 - d) Konsentrasi urin meningkat
 - e) Berat badan turun tiba-tiba
-

2. **Diare (D.0020)**

Definisi: pengeluaran fases yang sering, lunak dan tidak berbentuk

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif: - Objektif:

- a) Defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam
- b) Fases lembek atau cair

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif:

Fisiologis

- a) Inflamasi gastrointestinal
- b) Iritasi gastrointestinal
- c) Proses infeksi
- d) Malabsorpsi

Psikologis

- a) Kecemasan
- b) Tingkat stress tinggi

- a) Kanker kolon
 - b) *Diverticulitis*
 - c) Iritasi usus
 - d) *Chorn's disease*
 - e) Ulkus peptikum
 - f) Gastritis
 - g) Spasme kolon
 - h) Colitis ulseratif
-

a) <i>Urgency</i> b) Nyeri/kram abdomen Objektif: a) Frekuensi peristaltik meningkat b) Bising usus hiperaktif	Situasional a) Terpapar kontaminan b) Terpapar toksin c) Penyalahgunaan laksatif d) Penyalahgunaan zat e) Program pengobatan f) Perubahan air dan makanan g) Bakteri pada air	i) <i>Hipertiroidisme</i> j) Demam typhoid k) Malaria l) Sigelosis m) Kolera n) Disentri o) Hepatitis
3. Hipertermia (D.0130)		
Definisi: suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh. Gejala dan Tanda Mayor : Subjektif: - Objektif: a) Suhu tubuh normal diatas nilai normal	a) Dehidrasi b) Terpapar lingkungan panas c) Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) d) Ketidakesesuaian pakaian dengan suhu lingkungan e) Peningkatan laju metabolisme f) Respon trauma g) Aktivitas berlebihan Penggunaan incubator	a) Proses infeksi b) Hipertiroid c) Stroke d) Dehidrasi e) Trauma Prematuritas
Gejala dan Tanda Minor : Subjektif: - Objektif: a) Kulit merah b) Kejang c) Takikardi		

-
- d) Takipnea
 - e) Kulit terasa hangat
-

4. Defisit nutrisi (D.0019)

Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif: - Objektif:

- a) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif:

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kramnyeri abdomen
- c) Nafsu makan menurun

Objektif:

- a) Bising usus hiperaktif
- b) Otot pengunyah kemah
- c) Otot meneloh lemah
- d) Membrane mukosa pucat

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. Stress, keenganan untuk makan)

- a) Stroke
 - b) Parkinson
 - c) *Mobius syndrome*
 - d) *Cerebral palsy*
 - e) *Cleft lip*
 - f) *Cleft palate*
 - g) *Amyotrophic lateral sclerosis*
 - h) Kerusakan neuromuscular
 - i) Luka bakar
 - j) Infeksi
 - k) AIDS
 - l) Penyakit Crohn's
 - m) Enterokolitis
 - Fluorosis kistik.
-

-
- e) Sariawan
 - f) Serum albumin turun
 - g) Rambut rontok berlebihan
 - h) Diare
-

5. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

Definisi: kerusakan kulit (dermis dan/ epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/ ligament.

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1) Perubahan sirkulasi | a) Imobilisasi |
| 2) Perubahan status nutrisi | b) Gagal jantung ongestif |
| 3) Kekurangan/ kelebihan volume cairan | c) Gagal ginjal |
| 4) Penurunan mobilitas | d) Diabetes mellitus |
| 5) Bahan kimia iritatif | e) Imunodefisiensi (mis. AIDS) |
| 6) Suhu lingkungan yang ekstrem | Katerisasi jantung |
| 7) Faktor mekanis | |
| 8) Terapi radiasi | |
| 9) Kelembapan | |
| 10) Proses penuaan | |
| 11) Neuropati perifer | |
| 12) Perubahan pigmentasi | |
| 13) Perubahan hormonal | |
| 14) Penekanan pada tonjolan tulang Kurang | |
-

terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

6. **Risiko Syok (D.0039)**

Definisi : Berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

- 1) Hipoksemia
- 2) Hipoksia
- 3) Hipotensi
- 4) Kekurangan volume cairan
- 5) Sepsis
- 6) Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome [SIRS])

- a) Perdarahan
 - b) Trauma multipel
 - c) Pneumothoraks
 - d) Infark miokard
 - e) Kardiomiopati
 - f) Cedera medula spinalis
 - g) Anafilaksis
 - h) Sepsis
 - i) Koagulasi intravaskuler desminata
 - j) Sindrom respons inflamasi sistemik ((systemic
-

inflammatory response
syndrome [SIRS])

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dari diagnosa yang sudah ditegakkan, maka akan terbentuk intervensi yang akan dilakukan, beberapa intervensi yang dapat dilakukan pada anak dengan *Gastroenteritis*, yaitu:

Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan *Gastroenteritis*

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Hipovolemia (D.0023)	Status Cairan (L.03028)	Manajemen Hipovolemia (I.03116)
		Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan status cairan membaik	1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2) Monitor intake dan output cairan
		Kriteria hasil:	Terapeutik
		1) Kekuatan nadi meningkat	3) Hitung kebutuhan cairan
		2) Turgor kulit meningkat	4) Berikan posisi <i>modified trendelenburg</i>
		3) Output urine meningkat	5) Berikan asupan cairan oral
		4) Perasaan lemah menurun	Edukasi
		5) Keluhan haus menurun	6) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
		6) Frekuensi nadi membaik	7) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
		7) Tekanan darah membaik	Kolaborasi
		8) Tekanan nadi membaik	8) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
		9) Kadar Hb membaik	9) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis.
		10) Kadar Ht membaik	
		11) Berat badan membaik	

		12) Intake cairan membaik	glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
		13) Suhu tubuh membaik	10) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)
2.	Diare (D.0020)	Elminasi Fekal (L.04033)	Manajemen Diare (I.03101)
		Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan	Observasi
		diharapkan eliminasi fekal membaik	
		Kriteria hasil:	
		1) Kontrol pengeluaran fases meningkat	1) Identifikasi penyebab diare
		2) <i>Urgency</i> menurun	2) Identifikasi riwayat pemberian makanan
		3) Nyeri abdomen menurun	3) Identifikasi gejala invaginasi (mis. tangisan keras, kepucatan pada bayi)
		4) Kram abdomen	4) Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja
		5) Konsistensi fases membaik	5) Monitor tanda dan gejala hipovolemia
		6) Frekuensi defekasi membaik	6) Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal
		7) Peristaltik usus membaik	7) Monitor jumlah pengeluaran diare
			8) Monitor keamanan penyiapan makanan
			Terapeutik
			9) Berikan asupan cairan oral
			10) Pasang jalur intravena

				11) Berikan cairan intravena (mis. <i>ringer asetat</i> , <i>ringer laktat</i>), jika perlu 12) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 13) Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu Edukasi 14) Anjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap 15) Anjurkan melanjutkan pemberian ASI Kolaborasi 16) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat) 17) Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis. papaverin, ekstak belladonna, mebeverine) 18) Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis. atapulgit, smektit, kaolin-pektin)
3.	Hipertermia (D.0130)	Termogulasi (L.14134)	Manajemen	Hipertermia (I.15506)
		Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan	Observasi	

diharapkan termogulasi membaik Kriteria hasil: 1) Kulit merah menurun 2) Kejang menurun 3) Akrosianosis menurun 4) Konsumsi oksigen menurun 5) Pucat menurun 6) Suhu tubuh membaik 7) Suhu kulit membaik 8) Pengisian kapiler membaik 9) Tekanan darah membaik	1) Identifikasi penyebab hipertermia 2) Monitor suhu tubuh 3) Monitor kadar elektrolit 4) Monitor haluaran urine 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 6) Sediakan lingkungan yang dingin 7) Longgarkan atau lepaskan pakaian 8) Basahi dan kipasi permukaan tubuh 9) Berikan cairan oral 10) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis 11) Lakukan pendinginan eksternal 12) pemberian antipiretik atau aspirin Edukasi 13) Ajurkan tirah baring Kolaborasi 14) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
--	---

4. Defisit nutrisi (D.0019)	Status Nutrisi (L.03030)	Manajemen Nutrisi (I.03119)
	Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan	Observasi
	diharapkan status nutrisi membaik	1) Identifikasi status nutrisi
	Kriteria hasil:	2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
	1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat	3) Identifikasi makanan yang disukai
	keinginan untuk meningkatkan nutrisi	4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis natrium
	meningkat	5) Identifikasi perlunya penggunaan selang
	2) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang	nasogatrik
	sehat meningkat	6) Monitor asupan makanan
	3) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang	7) Monitor berat badan
	sehat meningkat	8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
	3) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi	Terapeutik
	yang tepat meningkat	9) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.
	4) Penyiapan dan penyimpanan makanan yang	Piramida makanan
	aman meningkat	10) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang
	5) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang	tepat
	aman meningkat	11) Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi
	6) Sikap terhadap makanan/ minuman sesuai	protein
	dengan tujuan kesehatan meningkat	12) Berikan suplemen makanan, jika perlu

	7) Nyeri abdomen menurun Diare menurun	Edukasi
	8) Berat badan membaik	13) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
	9) Indeks Masa Tubuh membaik	14) Ajarkan diet yang diprogramkan
	10) Frekuensi makan membaik Bising usus membaik	Kolaborasi
	11) Membrane mukosa membaik	15) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu
		16) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
5. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat Kriteria hasil	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi
	1) Elastisitas meningkat	1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)
	2) Kerusakan jaringan menurun	
	3) Kerusakan lapisan kulit menurun	Terapeutik
	4) Nyeri menurun	2) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
	5) Kemerahan menurun	3) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
	6) Suhu kulit membaik	

	7) Sensasi membaik 8) Tekstur membaik	4) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergenik pada kulit sensitive Edukasi 5) Anjurkan minum air yang cukup 6) Anjurkan meningkatkan nutrisi 7) Anjurkan meningkatkan buah dan sayur
6. Resiko Syok (D.0039)	Tingkat Syok (L.03032) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat syok (hipovolemik) menurun dengan kriteria hasil: 1) kekuatan nadi meningkat 2) output urine meningkat 3) tingkat kesadaran meningkat, akral dingin menurun 4) pucat menurun 5) tekanan nadi membaik 6) frekuensi nadi membaik 7) frekuensi nafas membaik	Manajemen Syok (I.02050) 1) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah) 2) Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 3) Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4) Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil 5) Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap DOTS (<i>deformity/deformitas, open wound/luka terbuka, tenderness/nyeri tekan, swelling/bengkak</i>).

Terapeutik:

- 6) Pertahankan jalan napas paten
- 7) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- 8) Persiapan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu
- 9) Lakukan penekanan langsung pada pendarahan eksternal
- 10) Berikan posisi syok (modified Trendelenbreg)
- 11) Pasang jalur IV berukuran besar (missal nomor 14 atau 16)
- 12) Pasang kateter urine untuk menilai prduksi urine
- 13) Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung
- 14) Ambil sample darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit

Kolaborasi:

- 15) Kolaborasi pemberian infuse cairan kristaloid
-

1-2 L pada dewasa

16) Kolaborasi pemberian infuse cairan kristaloid
20 mL/kgBB pada anak

17) Kolaborasi pemberian transfuse darah, jika
perlu.

Sumber: Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019 dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018

2.3.4 Implementasi

Menurut Pangkey (2021), tahap keempat dalam proses dokumentasi keperawatan adalah implementasi, yaitu pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dirancang dalam tahap perencanaan. Tahap ini mencakup berbagai tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya serta mencapai hasil yang diharapkan. Selain itu, perawat juga dapat mendelegasikan beberapa intervensi keperawatan kepada pasien. Dalam pelaksanaannya, implementasi keperawatan harus berfokus pada pemenuhan kebutuhan pasien, penerapan komunikasi terapeutik, serta mempertimbangkan berbagai faktor yang memengaruhi kebutuhan perawatan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan, di mana dokumentasi dilakukan dengan membandingkan kondisi kesehatan pasien secara sistematis dengan tujuan yang telah dirumuskan serta realitas yang dialami pasien. Proses evaluasi ini juga melibatkan tenaga kesehatan lainnya. Diagnosis keperawatan, masalah kolaboratif, prioritas perawatan, intervensi keperawatan, dan kriteria hasil menjadi pedoman utama yang menentukan fokus dalam evaluasi (Pangkey, 2021).