

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar dari pemikiran seorang perawat dalam melakukan pengkajian atau dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Dan dapat merumuskan suatu diagnosa dari hasil observasi (Urahma, Faradilla, dkk.2023).

a. Identitas pasien

Meliputi nama pasien, jenis kelamin, tempat tinggal, umur, pendidikan, agama, nama wali/orang tua.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering terjadi pada pasien Gastroenteritis yaitu: nyeri perut yang diakibatkan BAB diatas 3 kali.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang dialami oleh pasien mulai timbulnya keluhan yang dirasakan seperti: Nyeri perut, mual disertai muntah, sampai pasien dibawa ke rumah sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ketempat lain selain rumah sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

2) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat sebelumnya misalnya Gastroenteritis akut riwayat penggunaan obat-obatan (antitrispin)

3) Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji apakah dalam keluarga pasien ada yang sama dengan penyakit pasien.

d. Riwayat keperawatan

1) Pola penatalaksanaan kesehatan -persepsi sehat

Pola hidup sehat dan sejahtera, pengetahuan tentang hidup yang berhubungan dengan sehat, pengetahuan tentang upaya preventif, ketaatan pada ketentuan medis dan keperawatan

2) Pola nutrisi-metabolisme

Menggambarkan masukan cairan, dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan.

3) Pola eliminasi

Yang dikaji adalah bagaimana pola eliminasi urin dan alvi dirumah dan dirumah sakit yang berupa warna, jumlah, bau, waktu, frekuensi, kemampuan dan masalah pengontrolan pengeluaran urin maupun feses riwayat toilet training, penggunaan kateter dan obat pencahar.

4) Pola aktivitas/istirahat

Menggambarkan pola dan latihan, aktivitas, fungsi pernapasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman pernafasan

e. Pemeriksaan fisik

1) Tanda-tanda vital

Hasil tanda-tanda vital pasien biasanya didapatkan peningkatan tubuh secara signifikan, peningkatan suhu tubuh.

2) Kepala

a) Tujuan: untuk mengidentifikasi turgor dan tekstur kulit kepala serta adanya lesi atau bekas luka.

b) Palpasi: raba dan tentukan turgor kulit, tekstur halus, akril hangat atau dingin, dan elastisitasnya.

- 3) Rambut
 - a) Tujuan: untuk mengetahui tekstur, warna, dan percabangan rambut serta rontok dan kotorinya.
 - b) Inspeksi: apakah rambut tumbuh, kotor, dan bercabang atau tidak.
- 4) Kuku
 - a) Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi warna, panjang kuku, dan kapiler refil.
 - b) Inspeksi: Catat warna biru, termasuk sianosis dan peningkatan visibilitas Hb.
- 5) Mata
 - a) Tujuan: Mempelajari bentuk dan fungsi mata (pengelihatan, visus, dan otot mata), serta mengetahui apakah mata terlihat berbeda atau tidak.
 - b) Inspeksi: perhatikan apakah ada lubang di kelopak mata atau tidak; reflek berkedip baik atau tidak; konjungtiva dan sclera: merah atau konjungtivitis; ikterik/tanda hiperbilirubin; atau meditrasis.
 - c) Palpasi: Tekan dengan ringan untuk mengetahui adanya TIO (Tekana Intra Okuler). Jika ada peningkatan, tekan dengan keras untuk mengetahui apakah pasien dengan glaucoma atau kerusakan dikus optikus mengalami nyeri tekan atau tidak.
- 6) Hidung
 - a) Tujuan: untuk mengetahui bentuk dan fungsi hidung serta apakah ada implamasi atau sinusitis.
 - b) Inspeksi: apakah simetris dan apakah ada sekret.
- 7) Telinga
 - a) Tujuan: untuk mengetahui kondisi telinga, termasuk kedalaman telinga luar, saluran telinga, dan gendang telinga.
 - b) Inspeksi: daun telinga simetris, ukuran, dan warna.

- c) Palpasi: tekan daun telinga untuk mengetahui apakah ada sensasi nyeri atau tidak, dan untuk mengetahui seberapa lentur kartilago

8) Mulut

- a) Tujuan: Mempelajari bentuk dan kelainan mulut serta kebersihan mulut.
- b) Inspeksi: Perhatikan bagian bibir untuk kesimetrisan, warna, pembengkakan, lesi, kelembapan, dan kelainan congenital (bibir sumbing). Lihat juga jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak, dan kebersihan gigi.
- c) Palpasi: pegang pelan di daerah pipi dan menekannya, apakah ada nyeri, masa, atau edema

9) Leher

- a) Tujuan: untuk memeriksa sistem limfatik dengan mengidentifikasi struktur integritas, bentuk, dan organ yang terkait.
- b) Inspeksi: perhatikan bentuk, warna kulit, jaringan perut, perkembangan, kelenjar tiroid, dan kesimetrisan leher baik di depan maupun di samping.

10) Dada

- a) Tujuan: untuk menentukan kesimetrisan, irama nafas, frekuensi, adanya nyeri tekan, dan mendengarkan bunyi paru
- b) Inspeksi: perhatikan bentuk dan gerakan dada kanan dan kiri, perhatikan retraksi intercosta; dan perhatikan gerakan paru-paru.
- c) Auskultasi: dilakukan untuk mengetahui apakah ada suara napas tambahan, veskular, wheezing, crecics, atau ronchi.

f. Pengkajian abdomen

- 1) Perut: Tujuannya adalah untuk mengetahui bagaimana perut berputar dan bentuknya, mendengarkan bunyi peristaltik usus, dan memastikan apakah ada nyeri tekan di bagian dalam perut.

- 2) Inspeksi: perhatikan bentuk perut secara keseluruhan, warna, retraksi, benjolan yang simetris, dan asietas.
- 3) Auskultasi: Mendengarkan bising usus setidaknya 15 kali setiap menit
- 4) Palpasi: Sebelum dilakukan palpasi tanyakan terlebih dahulu kepada pasien adakah daerah yang nyeri apabila ada maka harus dilakukan palpasi terakhir.
- 5) Perkusi: Untuk mendengarkan atau mendeteksi adanya gas, cairan atau massa dalam perut. Bunyi perkusi pada perut yang normal adalah timpani, tetapi bunyi ini dapat berubah pada keadaan-keadaan tertentu misalnya apabila hepar dan limpa membesar.

g. Pemeriksaan integumen

Adanya nyeri tekan atau tidak, struktur kulit halus atau tidak, warna kulit sawo matang, tidak ada benjolan.

h. Pemeriksaan ekstermitas

Hal yang harus diperhatikan dalam melakukan pemeriksaan ekstermitas yaitu antar lain:

- a. Tanda-tanda injuri eksternal
- b. Nyeri
- c. Pergerakan
- d. Odema, fraktur.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan b/d kekurangan/kelebihan volume cairan (D.0139)
- b. Hipovolemia b.d kekurangan intake cairan (D.0023)
- c. Diare b.d malabsorpsi (D.0020)
- d. Hipertermia b.d dehidrasi (D.0130)
- e. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Risiko gangguan integritas kulit/jaringan D.0139	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. kerusakan lapisan dan jaringan menurun 3. kemerahan menurun <p>Suhu kulit membaik</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 ekstrap, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif <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 dan asupan buah dan sayur 4. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrap

2	Hipovolemia D.0023	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kekuatan nadi meningkat 2. Berat badan menurun 3. perasaan lemah menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Membran mukosa membaik 6. Intake cairan membaik Suhu tubuh membaik 	<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 urin 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 asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan iv isotonis (mis.NaCl.RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan iv hopotonis (mis.glukosa 2,5%,NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis.albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah
3	Diare D.0020	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare (mis.inflamasi gastroitestinal, iritasi gastrointertinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu) 2. identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi

		<p>feses meningkt</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi defekasi membaik 5. Peristaltik usus membaik 	<p>tinja</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor jumlah pengeluaran diare <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral (mis.larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte) 2. Berikan cairan intravena (mis.ringer asetat, ringer lektat) jika perlu 3. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas,pedas dan mengandung laktosa 3. Anjurkan melanjutkan pemberian asi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antimotilitis (mis.loperamide, difenoksilat) 2. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis.papaverin, ekstakbelladonna, mebeverine) 3. Kolaborasi pemberian obat penguas feses (mis.atapulgit, smektit, koalin-pektin)
4	Hipertermia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengigil menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis.dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor haluaran urine <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian

5.	Defisit nutrisi	<p>2. Kejang menurun 3. Pucat menurun 4. Suhu tubuh membaik 5. kadar glukosa darah membaik</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Diare menurun 3. Berat badan membaik 4. Frekuensi makan membaik 5. Nafsu makan membaik 6. Mebran mukosa membaik</p>	<p>2. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 3. Berikan cairan oral 4. Lakukan pendinginan eksternal (mis.selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher 5. dada, abdomen, aksila)</p> <p>Edukasi 1. Anjurkan tirang baring</p> <p>Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena,jika perlu</p> <p>Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu 2. Fasilitas menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan) 3. Berikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 5. Berikan suplemen makanan,jika perlu</p> <p>Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang diprogram</p> <p>Kolaborasi</p>
----	-----------------	--	--

			1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan an jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi merupakan tindakan asuhan keperawatan yang telah direncanakan dalam tahap perencanaan keperawatan dan dilakukan untuk mencapai tujuan intervensi yang jelas. Rencana intervensi disusun untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan kesehatan yang diharapkan, dan perawat harus memahami berbagai hal seperti bahaya dan manfaat. Implementasi dapat dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat setelah validasi, selain itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual dan teknik yang dilakukan harus dengan cermat serta efisien dengan situasi yang tepat dan dengan selalu memperhatikan keamanan fisik maupun psikologis. Setelah selesai melakukan implementasi, lakukan dokumentasi yang akan meliputi yang sebelumnya sudah dilakukan dan ditanyakan bagaimana respon pasien (Siahaan, Edita Revine, Hendra Jaya Putra. 2024).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah kegiatan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan. Perawatan pun mempunyai tiga alternative dalam menentukan sejauh mana tujuan itu dapat tercapai:

- a. Belum tercapai: pasien belum mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang telah diharapkan sesuai dengan pertanyaan tujuan
- b. Tercapai sebagian: pasien telah menunjukkan perilaku tetapi belum sebaik dengan perilaku yang telah ditentukan dalam pertanyaan tujuan.

Berhasil: perilaku pasien sesuai dengan pertanyaan tujuan dalam waktu dan tujuan yang telah ditetapkan (Siahaan, Edita Revine, Hendra Jaya Putra. 2024).

Agar memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau membuat perkembangan pasien maka digunakan komponen SOAP yaitu:

1) S: Data subyektif

Merupakan perkembangan suatu keadaan pasien yang didasarkan pada apa yang telah dirasakan, dikeluhkan dan yang diungkapkan.

2) O: Data obyektif

Merupakan perkembangan yang dapat diamati dan juga dapat diukur oleh seorang perawat atau tim kesehatan yang lainnya.

3) A: Analisa

4) Merupakan penelitian dari kedua jenis data tersebut baik data subyektif maupun data obyektif, apakah berkembang dengan baik atau malah kemunduran.

5) P:Perencanaan

Merupakan rencana dalam penanganan pasien yang didasari pada hasil analisis diatas yang mempunyai isi untuk melanjutkan perencanaan apabila masalah belum teratasi.

B. Konsep Dasar penyakit Gastroenteritis

1. Definisi

Gastroenteritis atau diare merupakan penyakit yang sangat gampang dijumpai di negara berkembang dan dapat menyerang baik anak-anak maupun dewasa. BAB dengan frekuensi yang sering dan berbentuk encer atau lembek dan biasanya disertai mual dan muntah. Gastroenteritis bersifat akut dan dapat sembuh sendiri jika Gastroenteritis ini terjadi lebih dari 15 Hari maka dapat dinyatakan diare. Diare ini disebut dengan diare kronik, bagi penderita Gastroenteritis kronis jika dengan disertai dengan gejala nyeri perut serta gejala-gejala penyerta lainnya pasti akan mengganggu aktifitas dan kenyamanan seHari-Hari. Pada pasien (Nari, Jois, 2019) diare muncul berbagai masalah seperti kekurangan volume cairan dan elektrolit, apabila seseorang selama beberapa Hari menderita Gastroenteritis dapat berakibat bagi tubuh kehilangan cairan dan elektrolit yang penting seperti garam dan air yang sangat dibutuhkan bagi tubuh untuk kelangsungan hidup (Nari, Jois, 2019).

2. Etiologi

Penyebab Gastroenteritis akut yaitu antara lain: (Kurniawan, Wawan, & Aat Agustini. 2021)

a. Faktor infeksi

Infeksi internal merupakan infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama, infeksi internal, meliputi :

- 1) Infeksi bakteri: *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*.
- 2) Infeksi virus : *Rotavirus*, *Enterovirus echoviruses*, *Adenovirus*, dan *Human retrovirus*
- 3) Infeksi parasit : *Cacing*, *protozoa*, dan *jamur*.

b. Faktor malabsorpsi

Malabsorpsi karbohidrat: disakarida, monosakarida pada bayi dan anak, malabsorpsi lemak, malabsorpsi protein.

c. Faktor makanan

Makanan besi beracun, alergi makanan, dan kurang bersihnya makanan.

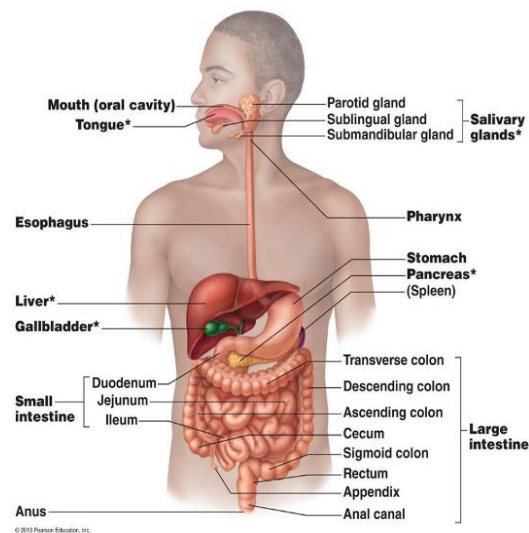
d. Faktor kebersihan

Penggunaan air minum tercemar dengan bakteri tinja, tidak mencuci tangan sesudah buang air besar, sesudah membuang tinja atau sebelum mengkonsumsi makanan.

e. Faktor psikologi

Faktor ini akan muncul rasa takut dan cemas dapat menyebabkan diare karena dapat merangsang peningkatan peristaltik usus.

3. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Gastroenteritis

Tubuh manusia memiliki beberapa sel yang membutuhkan nutrisi termasuk protein, lemak, vitamin, air dan karboidrat. Sistem pencernaan tubuh memainkan peran penting dalam proses mencerna makanan, mulai dari masuknya hingga diserap. Beberapa organ dalam sistem pencernaan ini yang

akan melakukan fungsi tertentu. Sistem Gastroenteritis (GI) juga dikenal sebagai sring yang merupakan tempat makanan, cairan dan vitamin. Usus kemudian menyerap lemak dan karbohidrat. Sistem pencernaan (mulai dari mulut sampai anus) yaitu antara lain sebagai berikut (Mustamu, Alva Cherry, dkk (2023).

- a. Menerima makanan
- b. Memperoleh makanan menjadi zat gizi
- c. Menyerap zat gizi kedalam darah
- d. Membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna

Struktur sistem pencernaan dari mulut hingga anus dijelaskan sebagai berikut:

a. Mulut

Sebagai bagian dari sistem pencernaan yang pertama mulut berfungsi sebagai tempat masuknya makanan dan minuman. Membran mukosa, seperti epitelium skuamosa, yang berisikan kelenjar sekresi mucus, melapisi mulut. Pada mulut, terdapat palatum yang membentuk langit-langit mulut, seperti palatum durum (langit mulut keras) dibagian anterior dan palatum molle (langit lunak) di bagian posterior. Selain itu, ada uvula di dalam mulut, suatu otot yang melengkung yang berada diujung pala tum molle dan menutupi mukosa.

b. Tenggorakan atau faring

Organ ini bertanggungjawab untuk menghubungkan mulut dengan kerongkongan. Tonsil, yang juga dikenal sebagai sebutan amandel, terletak di dalam faring. Amandel adalah kelenjar limfe yang dapat mengandung kelenjar limfosit untuk melindungi tubuh dari infeksi. Bagian belakang mulut dan hidung memiliki faring. Arteri fasialis adalah arteri yang mendarahi faring.

c. Kerongkongan atau Esofagus

Kerongkongan adalah tabung berotot yang merupakan tempat makanan melewati ke dalam lambung. Itu panjangnya sekitar 2,5 cm dan

lebarnya 2 cm, dan terletak di depan kolom vertebrata yang berada sekitar dibelakang trakea dan di bawah toraks. Kerongkongan bagian atas terhubung ke faring, sedangkan kerongkongan bagian bawah terhubung ke diafragma. Kerongkongan melakukan gerakan peristaltik, yaitu memutar, menyempit, melebar, bergelombang, dan meramas, untuk memungkinkan makanan masuk sampai kelambung. Kerongkongan terdiri dari tiga bagian. Bagian atas terdiri dari otot rangka, bagian tengah terdiri dari otot rangka dan otot halus, dan bagian bawah terdiri dari otot halus.

d. Lambung

Lambung adalah saluran pencernaan yang berotot dan berongga yang terletak di bagian epigastrik, umbilikal, dan hipokondriak kiri rongga abdomen. Ini memiliki bentuk huruf J. Lambung terdiri dari tiga bagian, masing-masing berukuran 1,5 liter atau lebih. Bagian pertama adalah kardiak, yang berfungsi sebagai tempat makanan masuk dari kerongkongan; bagian tengah adalah fundus, yang berfungsi untuk menampung dan memproses makanan; dan bagian terakhir adalah polirus, yang berfungsi sebagai tempat makanan keluar dari lambung dan menuju usus halus.

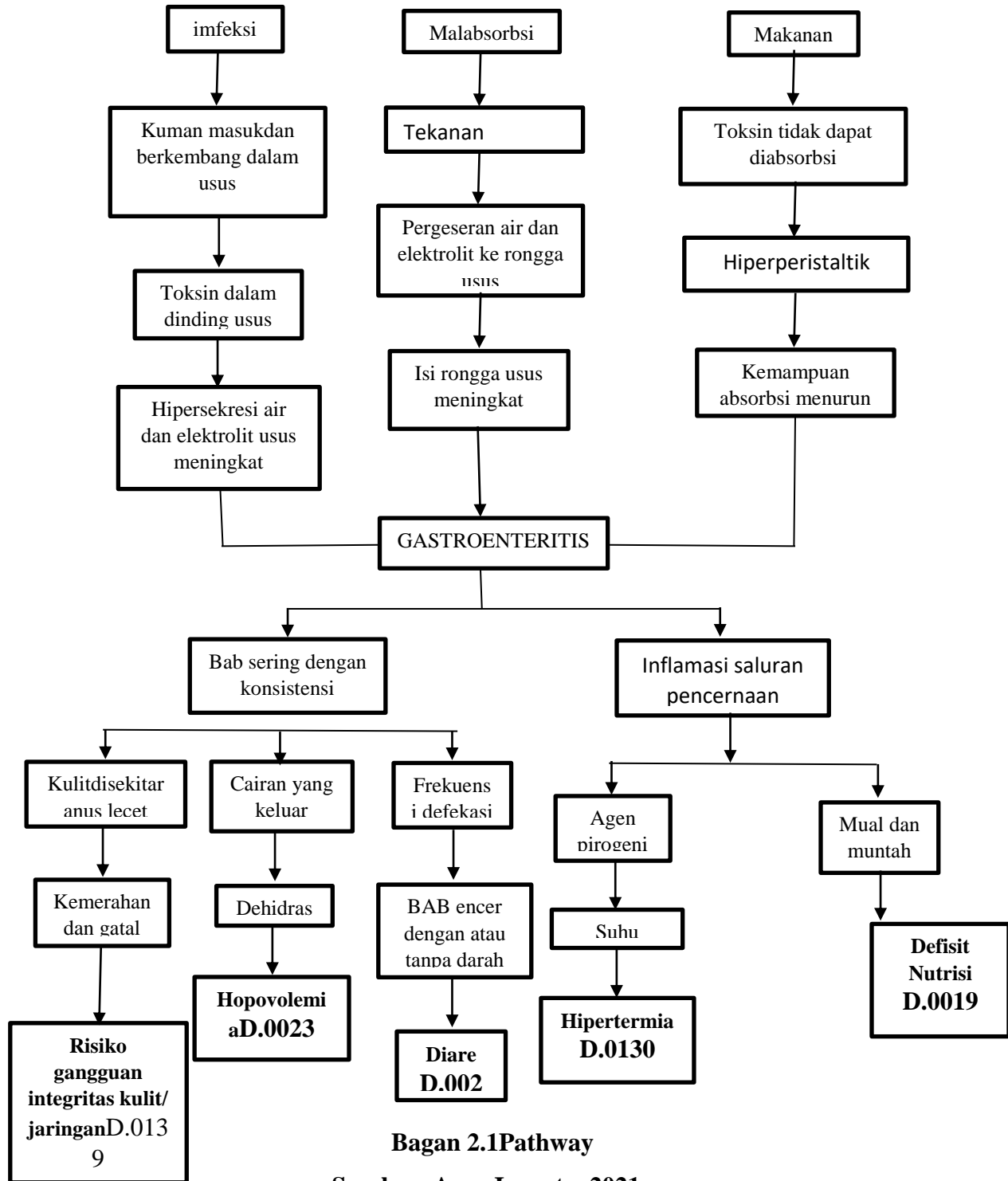
e. Usus Halus

Bagian ini terletak di antara lambung dan usus besar. Itu panjang sekitar lima meter dan dikelilingi usus besar. Usus halus terdiri dari tiga bagian, termasuk usus 12 jari (duodenum), yang panjangnya sekitar 25 cm dan mengelilingi kepala pankreas. Fungsinya adalah untuk memberi tahu lambung untuk berhenti mengirimkan makanan melalui sfingter pilorus. Usus kosong (jejenum) terletak dibagian tengah usus dengan panjang 2 cm dan memiliki katup ileosekal, yang mencegah regurgitasi dan mencegah aliran balik dari ileum ke sekum.

f. Usus Besar

Usus besar adalah bagian dari usus halus yang memiliki umbai cacing yang disebut appendix. Panjang usus besar adalah tiga belas meter dari sekum ke fossa iliaka kanan hingga rektum dan saluran anus di pelvis. Usus besar memiliki lumen sekitar 6,5 cm yang lebih besar dari usus halus. Usus besar terdiri dari sekum, yang merupakan pangkal usus besar dan merupakan tempat buntu pada bagian ujungnya, dan Usus besar adalah bagian dari usus halus yang memiliki umbai cacing yang disebut appendix. Panjang usus besar adalah tiga belas meter dari sekum ke fossa iliaka kanan hingga rektum dan saluran anus di pelvis. Usus besar memiliki lumen sekitar 6,5 cm yang lebih besar dari usus halus. Usus besar terdiri dari sekum, yang merupakan pangkal usus besar dan merupakan tempat buntu pada bagian ujungnya.

4. Pathway



5. Manifestasi Klinik

Adapun tanda dan gejala astroenteritis meliputi: menurut (Suhartini, Titik, Wardatul Washilah, & Wahyu Nofiyah Hadi.2023)

- a. Nyeri di perut dan ulu hati
- b. Mual yang kadang-kadang diikuti muntah
- c. Nafsu makan berkurang
- d. Perut kembung
- e. Rasa panas didada dan perut
- f. Diare
- g. Demam
- h. Kelelahan
- i. Dehidrasi: rasa buruk, kulit kering, dan lidah pecah-pecah
- j. Berat badan turun
- k. Kadang-kadang lecet danus
- l. Urine pekat
- m. Perilaku tidak terkonsentrasi

6. Komplikasi

Menurut (Widuri, (2022), komplikasi Gastroenteritis meliputi:

- a. Dehidrasi
- b. Rentan hipovolemia
- c. Kejang bakteri
- d. Malnutrisi, hipogemia, dan intoleransi sekunder yang disebabkan oleh kerusakan mukosa usus

7. Penatalaksanaan

Menurut (Widuri, (2022) penatalaksanaan medis Gastroenteritis yaitu antara lain:

- a. Pemberian cairan untuk mengganti cairan yang hilang
- b. Dietetik: pemberian makanan dan minuman khusus pada penderita dengan tujuan penyembuhan dan menjaga kesehatan:

- 1) Memberi asi
 - 2) Memberikan bahan makanan yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral, dan makanan yang bersih.
- c. Monitor dan koreksi input dan output elektrolit
- d. Pemberian obat-obatan yang seperti:ss
- 1) Antibiotik
 - 2) Koreksi asidosis
 - 3) Berikan obat anti mual

8. Pencegahan

- a) Menggunakan air bersih dan sanitasi yang baik
- b) Memasak makanan dan air minum hingga matang
- c) Selalu mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun sebelum dan sesudah makan
- d) Menghindari makanan yang telah terkontaminasi oleh lalat
- e) Menghindari makanan mentah dan sayur, buah-buahan yang belum dicuci
- f) Makan dan minum secara teratur

C. Konsep Dehidrasi

1. Definisi

Dehidrasi adalah kekurangan cairan tubuh karena jumlah cairan yang keluar lebih banyak dari pada jumlah cairan yang masuk. Pengeluaran air harus seimbang dengan pemasukan air, apabila terjadi ketidakseimbangan cairan didalam tubuh, akan timbul kejadian dehidrasi (Listiana, Riska Mey, Murniati, & Suci Khasanah.2023). Dehidrasi terjadi karena antara lain ketidakseimbangan isotonic, kekurangan volume cairan, Diare, Demam, Muntah, Keringat berlebih, Penurunan asupan cairan (Iryanto, Andika Agus, Tri Joko, & Mursid Raharjo, (2021)

Dehidrasi adalah suatu gangguan dalam keseimbangan air yang disebabkan pengeluaran dalam tubuh melebihi pemasukan dalam tubuh

sehingga jumlah air pada tubuh berkurang (Setyawati, Ashi Dewi, dkk. (2020).

2. Gejala Dehidrasi

Tanda dan gejala dehidrasi yaitu rasa lemah, cepat lelah, haus, dan kram otot dan hipotensi ortostatik (pandangan menjadi gelap pada posisi berdiri lama) karena berkurangnya volume cairan ekstrasel akibat hipovolemia pada tingkat yang ringan. Pada tingkat yang lebih berat (kurang air $\geq 6\%$ berat badan), juga dapat menyebabkan otot lemah, bicara tak lancar, bibir membiru, renjatan (shock), bahkan fatal.

3. Faktor Terjadinya Dehidrasi

Menurut (Iryanto, Andika Agus, Tri Joko, & Mursid Raharjo, 2021) ada 3 faktor risiko terjadinya dehidrasi dengan diare yaitu, penanganan diare di rumah yang tidak tepat, muntah yang berlebih saat diare, dan demam.

Menurut (Munawwarah, Baiq Adelina Atbam, Dyah Aryani Perwitasari, & Nurcholid Umam Kurniawan, 2018) secara umum diare disebabkan oleh infeksi dengan melakukan invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin dan atau memproduksi sitotoksin. Mekanisme ini mengakibatkan peningkatan sekresi cairan dan atau menurunkan absorpsi cairan sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit. Apabila mengalami muntah yang berlebih dan penanganan di rumah yang tidak tepat maka akan menyebabkan pengeluaran cairan dalam tubuh semakin banyak sehingga dapat menyebabkan dehidrasi. Dehidrasi akan menjadi semakin berat apabila pemasukan cairan ke dalam tubuh kurang.

4. Tingkat Dehidrasi

a. Dehidrasi Ringan

Ditandai dengan rasa haus, sakit kepala, kelelahan wajah memerah, mulut dan kerongkongan kering. Dehidrasi ringan ini adalah dehidrasi yang

terjadi dalam waktu singkat dan tidak berdampak parah, tetapi jika diberikan terus menerus akan menimbulkan dampak yang berbahaya.

b. Dehidrasi Sedang

Dehidrasi sedang biasa ditandai dengan detak jantung yang cepat, pusing tekanan darah rendah, volume urin rendah namun konsentrasinya rendah.

c. Dehidrasi Berat

Ditandai dengan kejang, sirkulasi darah tidak lancar, tubuh semakin melemah dan kegagalan fungsi ginjal.

5. Pengukuran Status Hidrasi

Air akan hilang dari tubuh melalui urine, feses, keringat, dan udara pernapasan. Dengan bantuan mekanisme pengaturan dalam ginjal, sebagai hasil ekskresi urin dalam jumlah yang banyak. Ada beberapa metode untuk pengukuran dehidrasi antara lain: Jenis urin, volume urine, warna urine, dan rasa haus.

Pemeriksaan urinalisis adalah pemeriksaan non invasif yang relatif mudah dilakukan di tempat fasilitas kesehatan yang sederhana. Pemeriksaan jenis urin lebih menggambarkan secara objektif status hidrasi seseorang. Penggunaan metode warna urin lebih akurat dengan sensitifitas hingga 80% sebagai indikasi adanya dehidrasi. Hal tersebut karena ginjal menyaring urin dengan konsentrasi tinggi sehingga warna urin semakin gelap, semakin gelap warna urin maka tubuh semakin dalam kondisi yang kurang baik sehingga berisiko dehidrasi (Oktiawati, Anisa, dkk. 2021)

D. Konsep Pemberian Cairan Oral

1. Definisi Pemberian Cairan

kebutuhan cairan adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap untuk berespon terhadap stresor fisiologi dan lingkungan. Cairan dan elektrolit saling berhubungan, ketidakseimbangan yang berdiri sendiri jarang terjadi dalam bentuk kelebihan dan kekurangan. Manusia fisiologis yang memiliki proporsi besar dalam bagian tubuh hampir

90% dari total berat badan, Sementara itu sisanya merupakan bagian padat dari tubuh. Elektrolit terdapat pada seluruh cairan tubuh Cairan tubuh mengandung oksigen, nutrien dan sisa metabolisme, seperti karbondioksida yang semuanya disebut dengan ion .

2. Volume Cairan Tubuh

Jumlah volume ini tergantung pada kandungan lemak badan dan usia. Lemak jaringan sangat sedikit menyimpan cairan, lemak pada wanita lebih banyak dari pria sehingga jumlah volume cairan wanita lebih rendah dari pria. Usia juga berpengaruh terhadap jumlah volume cairan, semakin tua usia semakin sedikit kandungan airnya Sebagai contoh, bayi baru lahir jumlah cairan tubuhnya 70-80% dari BB, usia 1 tahun 60% dari BB.

3. Distribusi Cairan Tubuh

Cairan tubuh dibagi menjadi dua yaitu pada intraseluler dan ekstraseluler. Cairan intraseluler kira-kira $\frac{2}{3}$ atau 40% dari BB, sedangkan cairan ekstraseluler 20% dari BB, cairan ini terdiri atas plasma (cairan intravaskuler) 5%, cairan interstisial (cairan disekitar tubuh seperti limfe) 10-15% dan transeeluler (misalnya, cairan serebrospinalis, cairan dalam peritonium, cairan dalam rongga mata dan lain- lain) 1-3%

4. Fungsi Cairan Tubuh

Fungsi cairan tubuh adalah :

- a) Mempertahankan panas tubuh dan pengaturan teperatur tubuh
- b) Transport nutrien ke sel
- c) Transpor hasil sisa metabolisme
- d) Transpor hormon
- e) Pelumas antar-organ
- f) Mempertahankan tekanan hidrostatis dalam sistem kardiovaskuler

5. Keseimbangan Cairan

Keseimbangan cairan ditentukan oleh intake (masukan) cairan dan output (pengeluaran) cairan. Pemasukan cairan berasal dari minuman dan makanan. Diperkirakan, bayi usia 0-6 bulan memerlukan cairan 700 ml/Hari; bayi 7-12 bulan memerlukan cairan 800 ml/Hari; anak 1-3 tahun memerlukan 1300 ml/Hari; anak 4-8 tahun memerlukan 1700 ml/Hari; anak 9-13 tahun memerlukan 2400 ml/Hari pada anak laki-laki dan 2300 ml/Hari untuk anak perempuan.

6. Kebutuhan Cairan

a. Mengukur BJ Plasma

Kebutuhan cairan dihitung dengan rumus

$$\text{BJ Plasma} - 1,025 \\ \times \text{BB} \times 4 \text{ml} \text{—————} \\ 0,001$$

b. Metode Pierce

Berdasarkan keadaan klinis dibedakan menjadi tiga kriteria yaitu dehidrasi ringan: kebutuhan cairan = 5% x kg BB, diare sedang: kebutuhan cairan = 8% x kg BB, diare berat: kebutuhan cairan = 10% kg BB.

7. Pemberian Cairan

a. Jalan masuk

- 1) Cairan per oral, pada pasien dehidrasi ringan dan sedang cairan diberikan per oral berupa cairan yang berisikan NaCl dan NaHCO₃, KCL, dan glukosa.
- 2) Cairan parenteral, pada umumnya cairan Ringer Laktat (RL) dan NaCL selalu tersedia di fasilitas kesehatan dimana saja. Mengenai beberapa banyak cairan yang diberikan tergantung dari berat ringan dehidrasi, yang diperhitungkan dengan kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

b. Jadwal pemberian cairan

Diberikan 8 jam pertama, selanjutnya dilakukan penilaian kembali status hidrasi untuk menghitung kebutuhan cairan

- 1) Identifikasi penyebab diare
- 2) Terapi sistemik seperti pemberian obat anti diare, obat an timortilitas dan sekresi usus, antimetik.
- 3) Pengobatan dietetic

