

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

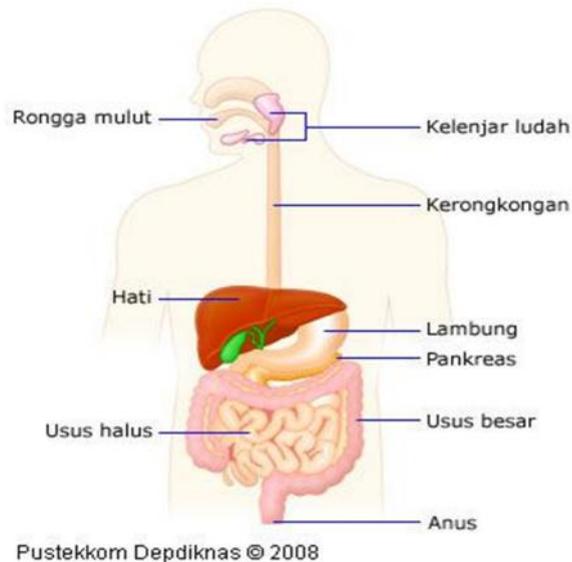
Diare adalah kondisi ketika terjadi peningkatan dalam frekuensi atau penurunan konsistensi feses (Kyle, Terri 2014, hal 225). Diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih, buang air besar dengan bentuk tinja yang encer atau cair (Suriadi & Rita Yuliani 2010). Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (>3kali/hari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), dengan / tanpa darah dan lendir (Sudaryat Suraatmaja 2007, hal 1). Diare adalah gejala yang terjadi karena kelainan yang melibatkan fungsi pencernaan, penyerapan dan sekresi. Diare disebabkan oleh transportasi air dan elektrolit yang abnormal dalam usus. Luasnya daerah permukaan saluran cerna/traktus gastrointestinal (GI) dan fungsi digestif menunjukkan betapa pentingnya makna pertukaran antara organisme manusia dengan lingkungannya. Diare menular akut dapat berpengaruh signifikan pada keseimbangan cairan serta elektrolit pada bayi dan anak-anak. (Donna L. Wong ; eds 6 ; 2008.h.995).

Berdasarkan pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa diare adalah suatu kondisi buang air besar yang tidak normal yaitu lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja encer dapat disertai atau tanpa darah atau lendir sebagai akibat dari terjadinya proses inflamasi pada lambung atau usus. Menurut Behrman. Richard E dan Robert M. Kliegman (2014) diagnosis banding diare pada bayi sebagai berikut :

- a. Diare akut : Sering terjadi, gastroenteritis, infeksi sistemik, akibat antibiotik, dan kelebihan makan
- b. Diare kronik : Sering terjadi, defisiensi lactase sekunder, pasca infeksi, intoleransi susu sapi/protein kedelai, enteropati AIDS

Diarekronik :Diare yang serangan lebih sering 2-3 periode yang lebih panjang/lebih dari 14 hari dengan feses cair. Terjadi penurunan berat badan, Demam indikasi terjadi infeksi, Dehidrasi tanda-tanda hipotensi takikardi, denyut lemah. Menurut Suriadi dan Rita Yuliai (2010.hal 82)

2. AnatomiFisiologi



Gambar 2.1 anatomifisiologipencernaan

a. Mulut

Merupakan permulaan saluran pencernaan yang terdiri atas 2 bagian yaitu 1. Bagian luar yang sempit atau vestibula yaitu ruang diantara gusi, gigi, bibir,dan pipi ; 2) bagian rongga mulut bagian dalam, yaitu rongga mulut yang di batasi sisinya oleh tulang maksilaris, palatum, dan mandibularis, di sebelah belakang tersambung dengan faring. Bagian dalam dari mulut dilapisi oleh selaput lendir. Saluran dari kelenjar liur di pipi, di bawah lidah dan di bawah rahang mengalirkan isinya ke dalam mulut. Di dasar mulut terdapat lidah, yang berfungsi untuk merasakan dan mencampur makanan. Di belakang dan di bawah mulut terdapat tenggorokan.

b. Faring

Merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esofagus) panjang \pm 12 cm. Faring di dalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kumpulan kekejar limfe yang

banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi, menyaring dan mematikan bakteri/mikroorganisme yang masuk melalui jalan pencernaan dan pernapasan. Faring berlanjut ke esophagus untuk pencernaan makanan.

c. Esofagus

Merupakan saluran pencernaan yang menghubungkan tekak dengan lambung. Panjangnya \pm 25 cm dengan posisi mulai dari tengah leher (faring) sampai pintu masuk kardiak di bawah lambung. Esofagus terletak di belakang trakea dan di depan tulang punggung, setelah melalui toraks menembus diafragma masuk ke dalam abdomen menyambung dengan lambung. Pada bagian dalam di belakang jantung menembus diafragma sampai ke rongga dada dan fundus lambung melewati persimpangan sebelah kiri diafragma.

Lapisan dinding esofagus :

- 1) Lapisan selaput(mukosa)
- 2) Lapisan sub mukosa
- 3) Lapisan otot melingkar
- 4) Lapisan otot memanjang

d. Lambung

Lambung atau gaster merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di bagian epigaster. Lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan esofagus melalui orifisium pilorik, terletak di bawah diafragma di depan pankreas dan limpa, menempel disebelah kiri fundus uteri. Bagian lambung terdiri dari :

- 1) Fundus ventrikuli, bagian yang menonjol ke atas ke atas terletak sebelah kiri osteum kardiak dan biasanya penuh berisi gas.
- 2) Korpus ventrikuli, setinggi osteum kardiak, suatu lekukan pada bagian bawah kurvatura minor.
- 3) Antrium pylorus, bagian lambung terbentuk tabung terbentuk tabung mempunyai otot yang tebal membentuk sfingter pylorus.
- 4) Kurvatura mayor, lebih panjang dari kurvatura minor, terbentang dari osteum kardiak sampai ke pylorus
- 5) Kurvatura mayor, lebih panjang dari kurvatura minor, terbentang dari sisi kiri osteum kardiak melalui fundus ventrikuli menuju ke kanan sampai ke pylorus inferior.

6) Oestum kardiak, merupakan tempat esofagus bagian abdomen masuk ke lambung.

Organ lambung sangat berperan penting dalam penyerapan nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh, adapun fungsi dari lambung itu sendiri adalah :

- a) Menampung makanan, menghancurkan makanan dan menghaluskan makanan oleh peristaltik lambung dan getah bening.
- b) Getah cerna lambung di hasilkan oleh :
 - (1) Pepsin, fungsinya : memecah putih telur menjadi asam amino
 - (2) Asam garam (HCL), fungsinya : mengasamkan makanan, antiseptik, dan desinfektan.
 - (3) Renin, fungsinya: sebagai ragi yang membekukan susu dan membentuk kasein dari karsinogen.
 - (4) Lapisan lambung jumlahnya sedikit memecah lemak menjadi asam lemak yang merangsang sekresi getah lambung.

e. UsusHalus (intestinum Minor)

Usus halus merupakan bagian dari system pencernaan makanan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada sekum panjangnya sekitar \pm 6 meter, merupakan saluran paling panjang tempat proses pencernaan dan absorbs hasil pencernaan yang terdiri dari lapisan usus halus (lapisan mukosa sebelah dalam, lapisan otot meligkar, lapisan otot memanjang dan lapisan serosa. Usus halus dibagi menjadi : duodenum, jejunum,dan ileum. Duodenum disebutjugausus 12 jari, panjangnya sekitar 25cm, mulai dari pylorus sampai jejunum. Berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri, pada lengkungan ini terdapat pankreas. Dinding duodenum mempunyai lapisan mukosa yang banyak mengandung kelenjar, kelenjar inii disebut kelenjar-kelenjar bruner, berfungsi untuk memproduksi getah intestinum.

Jejunum dan ileum panjangnya sekitar 3 meter.Dinding usus halus terdiri atas 4 lapisan dasar yang paling luar atau lapisan serosa dibentuk oleh peritoneum. Peritoneum mempunyai lapisan viseral dan parienta. Ruang yang terletak diantara lapisan-lapisan ini dinamakan rongga peritoneum. Absorbsi makanan yang sudah dicerna seluruhnya berlansung di dalam usus halus melalui dua saluran yaitu pembuluh kapiler dalam darah dan saluran limfe di sebelah dalam

permukaan vili usus. Usus halus mempunyai dua fungsi utama : pencernaan dan absorpsi bahan-bahan nutrisi dan air. Proses pencernaan disampaikan oleh sejumlah enzim dalam getah usus.

Fungsi usus halus adalah :

- a. Menerima zat-zat makanan yang sudah dicerna untuk diserap oleh kapiler-kapiler dan saluran-saluran limfe
- b. Menyerap protein dalam bentuk asam amino
- c. Karbohidrat diserap dalam bentuk monosakarida

f. Usus besar

Merupakan saluran pencernaan berupa usus yang berpenampang luas atau berdiameter besar dengan panjang $\pm 1 \frac{1}{2}$ meter, lebarnya 5 – 6cm. Usus besar merupakan lanjutan dari usus halus yang tersusun. Fungsi usus besar adalah menyerap air dari makanan, tempat tinggal bakteri koli, tempat feses.

Lapisan usus besar terdiri dari :

- 1) Lapisan selaput lendir
- 2) Lapisan otot melingkar
- 3) Lapisan otot memanjang
- 4) Lapisan jaringan ikat

g. Rektum

Rektum terletak dibawah kolon sigmoid yang menghubungkan rektum dengan dunia luar. Dan rektum terletak dalam rongga pelvis di depan os sacrum dan os koksigidis.

Rektum terdiri dari dua bagian :

- 1) Rectum propia
- 2) Rectum analisrekti

h. Anus

Merupakan bagian dari pencernaan yang berhubungan dengan dunia luar terletak di dasar pelvis, dindingnya diperkuat oleh sfingter ani yang terletak atas :

- 1) Sfingter ani internus (sebelah atas), bekerja tidak menurut kehendak
- 2) Sfingter levator ani, bekerja juga tidak menurut kehendak
- 3) Sfingter ani eksternus (sebelum bawah), bekerja menurut kehendak. Menurut Syaifudin (2006.hal.168-176)

3. Etiologi

Infeksi merupakan penyebab utama diare. Menurut Suriadi & Rita Yuliani(eds:2.2010) penyebab spesifik diare infeksi usus dan berbagai macam, diantaranya adalah :

a. Agens Virus

- 1) Rotavirus : menginvasi epitel mukosa usus halus, awitan mendadak demam (38°C atau lebih tinggi). Infeksi lebih sering terjadi di musim dingin (90%) dengan insidensi puncaknya (60%) dari bulan Desember hingga april.
- 2) Mikroorganisme mirip Norwalk : mekanisme timbulnya penyakit tidak diketahui, terjadi penumpukan villi. Sumber infeksi biasanya dari air minum, air di tempat rekreasi(kolam renang dll). Makanan termasuk kerang-kerangan, menjangkit segala usia, biasanya sembuh sendiri dalam kurun waktu 2 – 3 hari.

b. Agens Bakteri

1) Diare akut

- a) *Escherichia coli* : biasanya di sebabkan oleh produksi enterotoksin (usus halus) mengurangi absorpsi dalam usus dan meningkatkan sekresi cairan serta elektrolit. E coli tertentu yang bisa menyebabkan diare. E coli diklasifikasikan menurut mekanisme diare: enteropatogenik (EPEK), enterotoksigenik (ETEK), enteroinvasif (EIEC), enterohemoragik (EHEC).
- b) *Salmonella thypi* : invasi cepat ke dalam aliran darah dari tempat inflamasi yang kecil, gejala akut dapat bertahan selama 1 minggu atau lebih, ditularkan lewat makanan atau air yang terkontaminasi, hewan yang terinfeksi.
- c) *Shigella* : enterotoksin menstimulasi kehilangan cairan dan elektrolit menginvasi epitel dengan ulserasi supervisial mukosa
- d) *Campylobacter jejuni* : mekanisme yang belum diketahui, infeksi dapat mengenai jejunum, ileum, dan kolon. Ulserasi yang luas dengan hemoragik, pelebaran dan mukosa.
- e) *Vibrio cholera* : enterotoksin menyebabkan peningkatan sekresi klorida dan kemungkinan bikarbonat. Mukosa intestinal mengalami kongesti dengan pelebaran folikel limfe, permukaan mukosa utuh. Jarang dijumpai pada anak-anak yang berusia kurang dari 1 tahun. Serangan infeksi menghasilkan kekebalan.

2) Diarekronik

Umumnya diare kronik dapat dikelompokkan dalam 6 kategori patogenesis terjadinya :

- a) Diare osmotik
- b) Diare sekretorik
- c) Diare karena gangguan motilitas
- d) Diare inflamatorik
- e) Malabsorpsi
- f) Infeksi kronik

4. Insiden

Penyakit diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit KLB yang sering disertai dengan kematian. Menurut hasil Riskesdas 2007, diare merupakan penyebab kematian nomor satu pada bayi (31,4%) dan pada balita (25,2%), sedangkan pada golongan semua umur merupakan penyebab kematian yang keempat (13,2%). Pada tahun 2012 angka kesakitan diare pada balita 900 per 1.000 penduduk (Kajian Morbiditas Diare 2012).

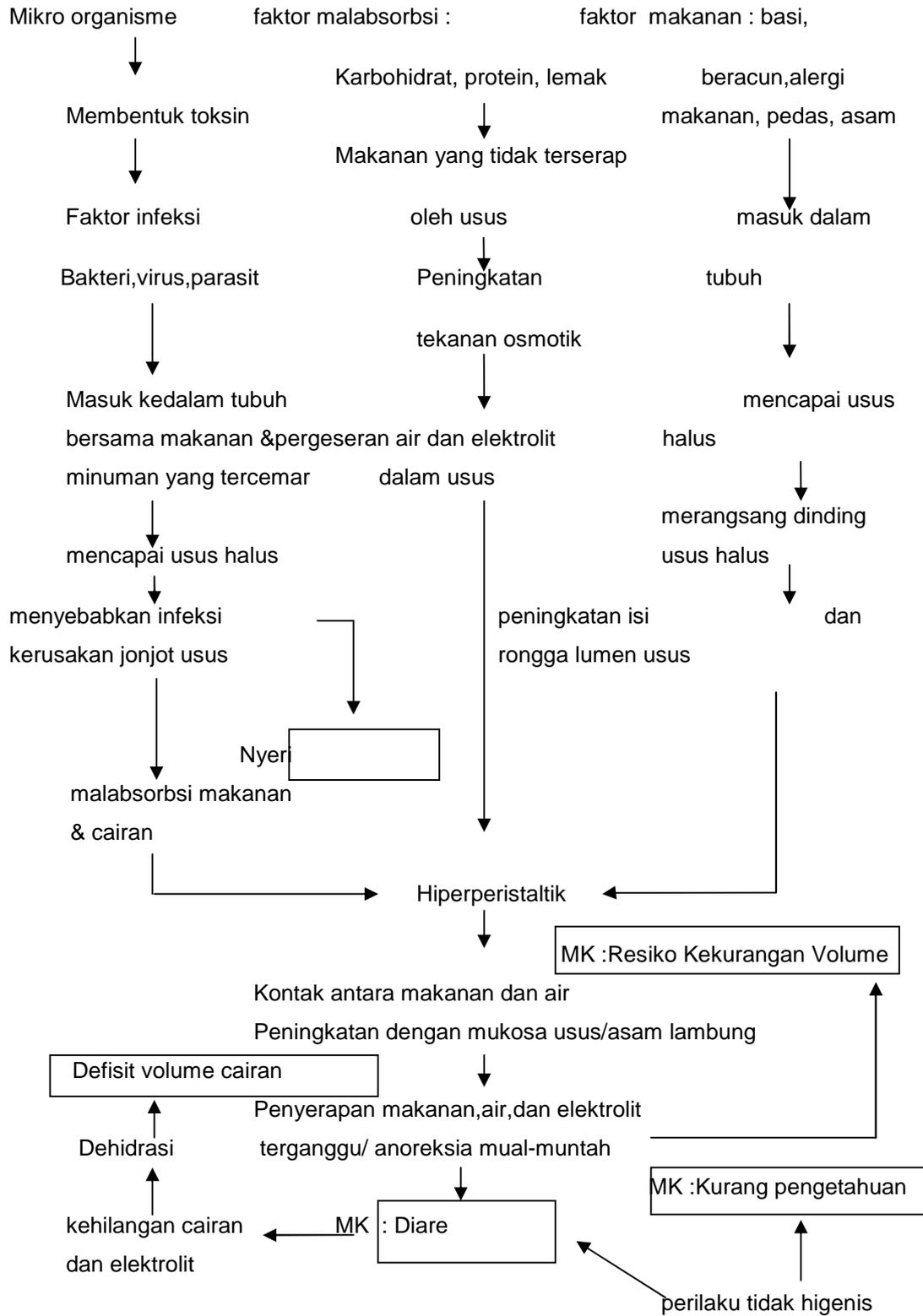
Menurut Riskesdas 2013, insiden diare (2 minggu terakhir sebelum wawancara) berdasarkan gejala sebesar 3,5% (kisaran provinsi 1,6%-6,3%) dan insiden diare pada balita sebesar 3,5% (kisaran provinsi 1,6%-6,3%) dan insiden diare pada balita sebesar 6,7% (kisaran 3,3%-10,2%). Sedangkan period prevalence diare (>2 minggu-1 bulan terakhir sebelum wawancara) berdasarkan gejala sebesar 7%. Pada tahun 2013 terjadi KLB yang tersebar di 6 Propinsi, 8 Kabupaten dengan jumlah penderita 646 orang dengan kematian 7 orang (CFR 1,08%). Sedangkan pada tahun 2014 terjadi 6 KLB Diare yang tersebar di 5 Propinsi, 6 Kabupaten/Kota dengan jumlah penderita 2.549 orang dengan kematian 29 orang (CFR 1,14%). Secara nasional angka kematian (CFR) pada KLB diare pada tahun 2014 sebesar 1,14%. Sedangkan target CFR pada KLB Diare diharapkan <1%. Dengan demikian secara nasional, CFR KLB diare tidak mencapai target program.

Berdasarkan hasil temuan data *medical record* di RSUD Sukoharjo angka kejadian diare di bangsal rawat inap anggrek bagian anak pada tahun 2015 menunjukkan bahwa diare lebih banyak diderita pada usia dibawah 5 tahun sejumlah 370 orang. Untuk golongan umur 28

- 364 hari berjumlah 70 orang, 28 - < 1 tahun berjumlah 13 orang dan umur 1- 4 tahun berjumlah 187 orang. Dari insiden di atas dapat disimpulkan bahwa mayoritas penderita diare adalah anak-anak balita.

5. Patofisiologi

Invasi mikroorganisme patogen pada traktus Gastrointestinal menyebabkan diare lewat produksi enterotoksin yang mengganggu absorbs usus dan dapat menimbulkan sekresi berlebihan dari air dan elektrolit. Ini baik enterotoksin E.coli, Spesies E. Coli lain, beberapa Shigella dan salmonella melakukan penetrasi mukosa usus kecil atau kolon dan menimbulkan ulserasi mikroskopis. Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel-sel, dan memproduksi enterotoksin dimana dapat merusak sel-sel, atau melekat pada dinding usus pada gastrointestinal. Kebanyakan mikroorganisme patogen penyebab diare disebarluaskan lewat jalur fekal-oral melalui makanan atau air yang terkontaminasi atau ditularkan antar manusia dengan kontak yang erat. Infeksi rotavirus menyebabkan sebagian besar perawatan dirumah sakit karena diare berat pada anak-anak kecil diseluruh dunia dan merupakan infeksi nosokomial yang signifikan oleh mikroorganisme patogen. Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotik (makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga timbul diare). Selain itu menimbulkan gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat kemudian terjadi diare. Gangguan motilitas usus yang mengakibatkan hiperperistaltik. Akibat diare itu sendiri adalah kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan asam basa, gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), dan gangguan sirkulasi darah. (Berhmen.Richard E.2010;h.509-511)



Pathway. Bagan 2.1. Pathway Diare Kronik Menurut Berhmen 2010

6. Manifestasiklinis

Menurut Suriadi & Rita Yuliani (2010.hal.82)

- a. Feses encer atau cair bercampur darah
- b. Kram perut
- c. Demam.
- d. Mual-muntah
- e. Anoreksia
- f. Disfagia
- g. Lemah
- h. Pucat
- i. Peningkatan leukosit dalam tinja
- j. Perubahan tanda-tanda vital : nadi dan pernafasan cepat
- k. Meningkatnya bising usus (hiperistaltik)

7. Test diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut Donna L.Wong (2008)

- a. Pemeriksaan laboratorium yang ekstensif bukan merupakan indikasi bagi anak diare tanpa disertai komplikasi dan dehidrasi. Pemeriksaan laboratorium diperlukan bila anak menderita dehidrasi sedang hingga berat. Spesimen feses harus diperoleh pada semua anak dengan diare yang langsung lebih dari beberapa hari lamanya.
- b. Pemeriksaan kultur feses
Harus dikerjakan bila feses terdapat darah atau mucus. Pemeriksaan feses untuk menemukan telur cacing dan parasit harus dilakukan bila hasil kultur bakteri dan virusnya negatif dan berlangsung beberapa hari.
- c. Pemeriksaan gangguan asam basa dalam darah, dengan menentukan PH dan cadangan alkali dan analisa gas darah.
- d. Berat jenis urine harus ditentukan jika dicurigai kemungkinan dehidrasi. Pemeriksaan darah lengkap, kadar elektrolit serum, kreatinin dan ureum untuk mengetahui faal ginjal.
Menurut Sujono Riyadi dan Suharsono (2010), Adapun derajat dehidrasi adalah :
 - a. Tidak ada dehidrasi bila terjadi penurunan BB 2,5 %
 - b. Dehidrasi ringan, bila terjadi penurunan BB 2,5-5%
 - c. Dehidrasi sedang, bila terjadi penurunan BB 5-10 %

- d. Dehidrasi berat, bila terjadi penurunan BB 10 %.

8. Komplikasi

Menurut Suriadi & Rita Yuliani (2010), meliputi :

- a. Dehidrasi
- b. Hipokalemia
- c. Syokhipovolemik
- d. Asidosismetabolik

9. Penatalaksanaan

Menurut WHO tahun 2006

- a. Ajarkan pada orang tua mengenai perawatan anak, pemberian makanan dan minuman (misal oralit).
- b. Ajarkan mengenai tanda-tanda dehidrasi (ubun-ubun dan mata cekung, turgor kulit elastis, membran mukosa kering dan segera dibawa kedokter.
- c. Jelaskan obat-obatan yang diberikan, efek samping, dan kegunaannya.
- d. Asupan nutrisi harus diteruskan untuk mencegah atau meminimalkan gangguan gizi yang terjadi.
- e. Banyak minum air/asi.
- f. Biasakan cuci tangan seluruh bagian dengan sabun dan air tiap kali sesudah buang air besar atau kecil dan sebelum menyiapkan makanan untuk mencegah penularan diare.
- g. Hindari produk susu dan makanan berlemak, tinggi serat atau sangat manis.
- h. Rencana terapi A. (beri cairan tambahan, beri tablet zinc, lanjutkan pemberian makan).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien diare menurut Donna L.Wong (2009) meliputi :

Perlu diperhatikan adalah usia. Episode diare terjadi 2 tahun pertama kehidupan. Insiden paling tinggi adalah golongan umur 6-11 bulan. Kebanyakan kuman usus merangsang kekebalan terhadap infeksi, hal ini membantu menjelaskan penurunan insiden penyakit pada anak yang lebih besar. Pada umur 2 tahun atau lebih imunitas aktif mulai terbentuk. Status ekonomi juga berpengaruh terutama dilihat dari pola makan dan perawatannya. Pengkajian keperawatan terhadap diare dimulai dengan mengamati keadaan umum dan perilaku bayi atau anak. Untuk pengkajian dehidrasi seperti berkurangnya haluran urine, menurunnya berat badan, membran mukosa yang kering, turgor kulit yang jelek, ubun-ubun yang cekung, dan kulit yang pucat, dingin serta kering. Pada dehidrasi yang lebih berat, gejala meningkatnya frekuensi nadi dan respirasi, menurunnya tekanan darah, dan menunjukkan syok yang mengancam.

Riwayat penyakit akan memberikan informasi penting mengenai kemungkinan agen penyebab seperti pengenalan makanan yang baru, kontak dengan agen yang menular, riwayat alergi terhadap obat dan makanan, penggunaan obat pencahar atau antibiotik.

- a. Pemeriksaan fisik
- b. Pengukuran panjang badan, berat badan menurun, lingkaran lengan mengecil, lingkaran kepala, lingkaran abdomen membesar.
- c. Keadaan umum : klien lemah, gelisah, rewel, lesu, kesadaran menurun.
- d. Kepala : ubun-ubun tak teraba cekung karena sudah menutup pada umur 1 tahun lebih
- e. Mata : cekung, kering, sangat cekung
- f. Hidung : hidung simetris atau tidak, tidak ada nyeri tekan
- g. Mulut : terdapat stomatitis atau tidak, kotor atau bersih, bibir lembab atau kering
- h. Paru-paru : dispnea, pernafasan cepat > 40x/menit karena asidosis metabolik (kontraksi otot pernafasan)

- i. Jantung : nadi cepat > 120x/menit dan lemah, tekanan darah menurun pada diare sedang.
- j. Abdomen : peristaltik usus meningkat >35x/menit, distensi abdomen.
- k. Kulit : warna kulit pucat, turgor menurun >2 detik, suhu meningkat >37,5°C, akral hangat, kemerahan pada daerah perianal, *capillary refill*time memanjang > 2 detik.
- l. Pola eliminasi : akan mengalami perubahan yaitu BAB lebih dari 4 kali sehari, BAK sedikit atau jarang.
- m. Tidur/istirahat : akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Donna L.Wong (2008) beberapa macam diagnosa yang lazim muncul :

- a. Diare b.d proses infeksi sekunder
- b. Kekurangan cairan dan elektrolit b.d kehilangan cairan dari traktus GI ke dalam feses (Diare)
- c. Kurang pengetahuan b.d tidak familier dengan sumber informasi
- d. Nyeri b.d proses infeksi sekunder, proses perjalanan penyakit
- e. Risiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan melalui rute normal (misal : diare)

3. Rencana Keperawatan

Menurut Donna L.Wong (2008)

- a. Diare b.d proses infeksi sekunder

Tujuan : BAB berkurang atau hilang

Kriteria hasil :

- 1) Pola defekasi teratur
- 2) Karakteristik feses lunak, berbentuk
- 3) BAB <3x sehari
- 4) Peristaltik usus 7-32x/menit

Intervensi

- 1) Kaji pola defekasi pasien konsistensi dan warna feses
- 2) Kaji peristaltik usus
- 3) Timbang berat badan setiap hari

4) Pantau hasil laboratorium(elektrolit dan darah lengkap)

b. Kekurangan volume cairan dan elektrolit b.d kehilangan cairan dari traktus GI ke dalam feses (Diare)

Tujuan : kekurangan volume cairan akan teratasi, dibuktikan dengan keseimbangan cairan, keseimbangan elektrolit dan asam basa, hidrasi yang adekuat, dan status nutrisi yang adekuat, asupan makanan dan cairan.

Kriteria hasil :

- 1) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- 2) Turgor kulit kembali kurang dari 2 detik, mukosa bibir merah, mata tidak cowong, ubun-ubun besar tidak cekung
- 3) Konsistensi BAB lembek, frekuensi 1 kali perhari
- 4) Balance cairan seimbang

Intervensi :

- 1) Ukur tanda dan gejala kekurangan cairan dan elektrolit
- 2) Ukur intake dan output
- 3) Timbang berat badan setiap hari
- 4) Anjurkan keluarga untuk memberi minum banyak kepada pasien sesuai kebutuhan cairan pasien

c. Kurang pengetahuan b.d tidak familier dengan sumber informasi

Tujuan : pengetahuan akan bertambah

Kriteria hasil :

- 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan.
- 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

Intervensi : 1) Identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat, 2) Memberikan penkes tentang diare kepada keluarganya, 3) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan proses

pengontrolan penyakit, 4) Mendorong keluarga untuk mampu mengatasi masalah penyakit pada anaknya lewat media massa.

d. Nyeri b.d proses infeksi sekunder, proses perjalanan penyakit

Tujuan : pasien mengatakan nyeri berkurang yang ditandai dengan skala nyeri berkurang atau hilang, pasien mampu mengenali faktor penyebab dan menggunakan tindakan untuk mencegah nyeri, pasien mampu menggunakan tindakan mengurangi nyeri dengan analgesic dan nonanalgesic secara tepat

Kriteria hasil :

- 1) Nyeri dapat terkontrol
- 2) Pasien tidak rewel
- 3) Pasien tampak nyaman
- 4) Vital sign dalam batas normal

Intervensi :

- 1) Kaji kondisi nyeri
- 2) Observasi respon non verbal
- 3) Ajarkan teknik non farmakologi
- 4) Pastikan klien menerima analgetik

e. Risiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan berlebihan melalui rute normal (misal : diare)

Tujuan : Gangguan keseimbangan cairan dapat teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal
- 2) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
- 3) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi
- 4) Elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan

Intervensi

- 1) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
- 2) Monitor vital sign
- 3) Monitor masukan makanan atau / cairan dan hitung intake kaloriharian
- 4) Kolaborasikan pemberian cairan iv
- 5) Monitor status hidrasi