

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Gastroenteritis Akut

1. Anatomi fisiologi sistem pencernaan

a. *Oris* (Mulut)

Mulut merupakan organ pertama dari saluran pencernaan yang letaknya meluas dari bibir sampai isthmus fausium, yaitu perbatasan antara mulut dengan faring. Mulut terdiri dari vestibulum oris dan kavitas oris propria.

b. *Faring* (tekak)

Faring merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkong, panjangnya kira-kira 12 cm, terbentang tegak lurus antara basis kрани setinggi vertebra *sevikalis* ke 4 kebawah setinggi tulang rawan krikoida. *Faring* dibentuk oleh jaringan yang kuat (jaringan otot melingkar), organ terpenting didalamnya adalah tonsil, yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit untuk pertahanan tubuh terhadap infeksi, menyaring dan mematikan bakteri atau mikroorganisme yang masuk melalui jalan pencernaan dan penapasan. *Faring* berlanjut ke esopagus untuk mencerna makanan. *Faring* terdiri dari tiga bagian, yaitu *nasofaring*, *orofaring*, dan *laringolaring*.

c. *Esofagus* (kerongkongan)

Esofagus (kerongkongan) merupakan saluran pencernaan setelah mulut dan *faring*, panjangnya lebih kurang 25 cm posisinya vertikal, dimulai dari bagian tengah leher bawah *faring* sampai ujung bawah rongga dada di belakang, jantung menembus diafragma sampai rongga dada dan fundus lambung melewati persimpangan sebelah kiri diafragma.

Sekresi *esofagus* bersifat mukoid dan berfungsi memberikan pelumas untuk pergerakan makanan melalui pergerakan makanan melalui *esofagus*. Pada pada permulaan *esofagus* banyak terdapat kelenjar mukosa komposita. Bagian badan utamanya dibatasi oleh banyak kelenjar mukosa simplek untuk mencegah ekskresi mukosa oleh makanan yang baru masuk. Kelenjar komposita pada perbatasan *esofagus* dengan lambung melindungi dinding *esofagus* dari pencernaan getas lambung. Pada peralihan dari *esofagus* ke lambung terdapat sfingter kar..... yang dibentuk oleh lapisan otot sirkuler *esofagus*. Sfingter ini terbuka secara refleks pada akhir peristiwa menelan. Tunika mukosa *esofagus* mempunyai epitel gepeng berlapis yang mengandung kelenjar-kelenjar mukus (glandula *esofagus*). Tunika muskularis tebal terdiri dari lapisan dalam (sirkuler) dan lapisan luar longitudinal. Otot ini mengatur turunya bolus secara peristaltik.

d. *Ventrikulus* (Lambung)

Lambung merupakan sebuah kantong muskular yang letaknya antara *esofagus* dan usus halus sebelah kiri abdomen dibawah diafragma bagian depan pankreas dan limpa. Lambung merupakan saluran yang dapat mengembang karena adanya gerakan peristaltik terutama daerah epigaster, variasi dari bentuk lambung sesuai dengan jumlah makanan yang masuk, adanya gelombang peristaltik tekanan organ lain dan postur tubuh. Struktur lambung terdiri dari *fundus ventrikuli*, *antrum pilorus*, *kurvatura minor*, *kurvatura mayor*, dan *osteum kardikum*.

e. *Intestinum* minor (usus kecil)

Usus halus (*intestinum* minor) merupakan bagian dari sistem penceranaan makanan yang berpangkal pada pilorus dan berakhir pada sekum, panjangnya lebih kurang 6 meter dan merupakan saluran pencernaan yang paling panjang dari tempat proses pencernaan dan absorpsi pencernaan bentuk dan susunannya berupa lipatan-lipatan melingkar. Makanan

instetinum dapat masuk karena adanya gerakan yang lebih halus banyak jonjot-jonjot tempat absorpsi dan memperluas permukaannya. pada ujung dan pangkalanya pada ujung terdapat katup. *Instetinum* minor terletak dalam rongga abdomen dan dikelilingi oleh usus besar. Lapisan usus halus terdiri dari *tunika mukosa*, *tunika propia*, *tunika sub mukosa*, *tunika muskularis*, *tunika serosa (adventisia)*.

Struktur usus halus:

1). Duodenum

Bentuk melengkung seperti kuku kuda. Pada lengkungan ini terdapat pankreas. Pada bagian kanan deodenum terdapat bagian yang membukut tempat bermuaranya sluran empedu (*duktus koleduktus*) dan saluran pankreas (*duktus pankreastikus*) yang dinamakan *papila vateri*. Dinding deodenum mempunyai lapisan mukosa yang banyak yang mengandung kelenjar brunner memproduksi getah intestinum.

2). Jejunum

Panjangnya 2 - 3 meter, berkelok-berkelok, terdapat di sebelah kiri atas intestinum minor dengan perantaraan lipatan peritonium yang berbentuk kipas (*mesentrium*). Akar mesentrium memungkinkan keluar masuknya arteri dan vena mesentrika superior dan pembuluh darah limfe dan syaraf keruang antara lapisan peritonium yang membentuk mesentrium. Penampang jejunum lebih lebar, dindingnya lebih tebal, dan banyak mengandung pembuluh darah.

3). Ileum

Ujung batas antara ileum dan jejunum tidak jelas, panjang lebih kurang 4 - 5 meter. Ileum merupakan usus halus yang terletak sebelah kanan bawah yang berhubungan dengan sekum perantara lubang yang disebut *orifisium iliosekalis* yang diperkuat oleh sfinter dan dilengkapi oleh sebuah katup *valvula ceikalis (valvula bauchini)* yang berfungsi untuk mencegah cairan dalam kolon asendens agar tidak masuk kembali dalam ileum.

f. *Intestinum mayor* (usus besar)

Usus besar (*intestinum mayor*) merupakan saluran pencernaan berupa penampang luas atau berdiameter besar dengan panjangnya lebih kurang 1,5 - 1,7 meter dan penampang 5 - 5 Cm. usus besar merupakan lanjutan dari usus halus yang tersusun seperti huruf U terbalik yang mengelilingi usus halus yang terbentang dari *vulva iliocaecalis* sampai ke anus.

Struktur usus besar terdiri dari:

1). Sekum

Kantong lebar terletak pada fosa iliaka dekstra. Ileum memasuki *fossa iliaka sisi kiri osteum ileosekalis*. Pada bagian bawah sekum terdapat *apendiks vermiformis*, bentuk seperti cacing dan disebut umbai cacing panjang lebih kurang 6 cm. Muara *apendiks* pada sekum ditentukan oleh titik yaitu daerah antara 1/3 bagian kanan dan 1/3 tengah garis menghubungkan kedua spina iliaka anterior superior (SIAS). Sekum seluruhnya ditutupi oleh peritonium agar mudah bergerak walaupun tidak mempunyai mesentrium dan dapat diraba melalui dinding abdomen. Ileum bermuara pada sekum dan membentuk sebuah katup yang dinamakan *valvula coli (bauchini)*.

2). Kolon asendens

Bagian ini memanjang dari sekum ke *fossa iliaca* kanan sampai ke sebelah kanan abdomen, panjang 13 cm, terletak dibawah abdomen sebelah kanan, dan di bawah hati membelok ke kiri, lengkungan ini disebut *fleksura hepatica (fleksura coli dekstra)* dan dilanjutkan dengan kolon transversum.

3). Kolon transversum

Panjang lebih kurang 38 cm, membujur dari kolon ascendens sampai ke kolon descendens, berada di bawah abdomen sebelah kanan tepat belokan yang disebut *fleksura lienalis (fleksura coli sinistra)*, dan mempunyai mesentrium yang melekat pada permukaan *posterior tirai omentum mayus*.

4). Kolon descendens

Panjangnya lebih kurang 25 cm, terletak dibawah abdomen sebelah kiri dari atas kebawah, dari depan fleksura lienalis sampai didepan ileum kiri, bersambung dengan sigmoid, dan di belakang peritonium (retroperitoneal).

5). Kolon sigmoid

Bagian ini merupakan lanjutan dari kolon descendens. Panjangnya 40 cm, terletak miring dirongga pelvis sebelah kiri, berbentuk huruf S, ujung bawah berhubungan dengan rektum, berakhir setinggi *vertebra sakralis 3 - 4* dan kolon sigmoid ini ditunjang oleh mesentrium yang disebut *mesokolon sigmoidium*.

g. Rektum

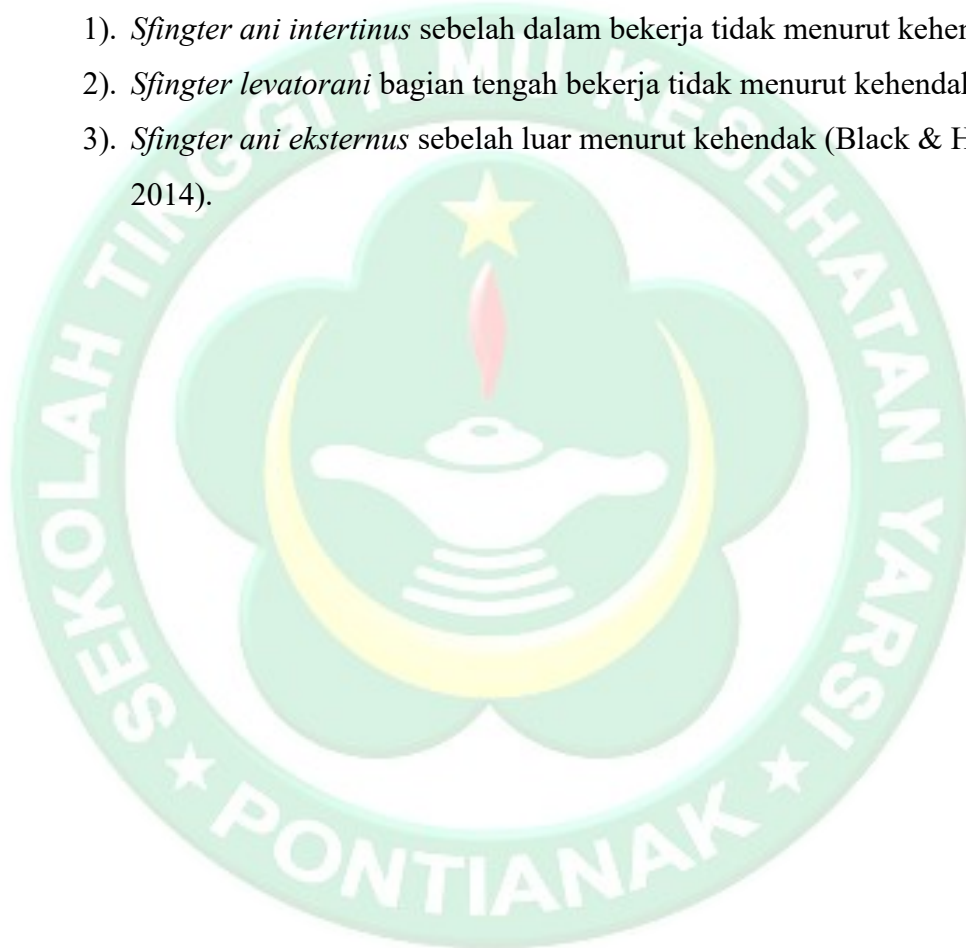
Bagian ini merupakan lanjutan dari kolon sigmoid yang menghubungkan *intestinum* mayor dengan anus sepanjang 12 cm yang dimulai dari

pertengahan sakrum dan berakhir pada kanalis anus. Rektum terletak dalam rongga *pelvis* di depan *os sakrum* dan *os koksigidis*.

h. *Anus*

Anus merupakan bagian dari saluran pencernaan yang terletak di dalam rongga *pelvis* dan dindingnya diperkuat oleh sfingter ani yang terdiri dari:

- 1). *Sfingter ani internus* sebelah dalam bekerja tidak menurut kehendak,
- 2). *Sfingter levatorani* bagian tengah bekerja tidak menurut kehendak, dan
- 3). *Sfingter ani eksternus* sebelah luar menurut kehendak (Black & Hawks, 2014).



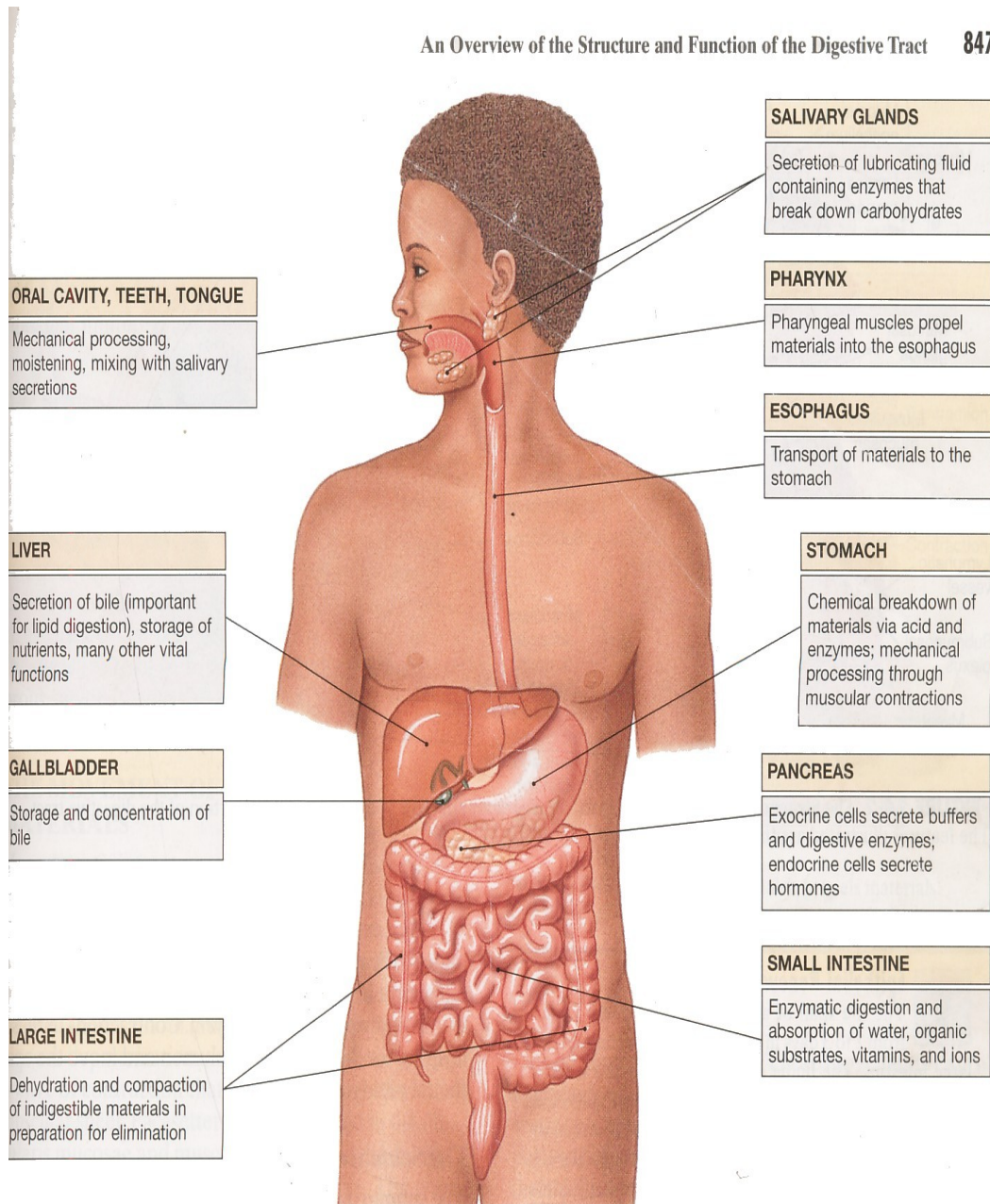


FIGURE 24-1 The Components of the Digestive System. The major regions and accessory organs of the digestive tract, together with their primary functions.

Gambar 2.1 Komponen Sistem Pencernaan (Lewis et al, 2014)

2. Gastroenteritis

a. Pengertian

Gastroenteritis (diare) adalah buang air besar atau defekasi dengan tinja berbentuk cairan atau setengah cairan (setengah padat), dengan demikian kandungan air dari pada tinja lebih banyak dari pada biasanya (Black & Hawks, 2014). Diare adalah keluarnya feces dalam bentuk cairan dan meningkatnya frekuensi defekasi (Timby & Smith, 2010). Diare adalah keluarnya tinja berbentuk cair sebanyak tiga kali atau lebih dalam 20 jam pertama, dengan temperatur rectal 38⁰c, kolik dan muntah (Lewis et al, 2014).

b. Etiologi

Faktor infeksi :

- 1) Bakteri : *enteropathogenik eschericia coli, salmonela, shigela, yersinia enterocolitica.*
- 2) Parasit : *giardia clamblia, cytosporidium.*
- 3) Virus : *enterovirus-echoviruses, adenoviruseshuman retrovirus seperti agen rotavirus.*
- 4) Jamur : *candida entritis.*
- 5) Protozoa.

Faktor bukan infeksi :

- 1) Alergi makanan ; susu dan protein.
- 2) Iritasi langsung saluran pencernaan oleh makanan (Lewis et al, 2014)

c. Patofisiologi

Bakteri dan virus yang menyebabkan gastroenteritis yang menyebabkan suatu kondisi patologis :

- 1) Berawal dari proses toxigenik agen yang antara lain *shhigela*, *E. Coli*, terjadi pengeluaran eterotoksin yang bekerja pada usus halus yang menghasilkan lokal inflamasi yang mengakibatkan terjadi diare.
- 2) Invasif patogen seperti *shigella*, *compilobacter*, dan invasif turunan *E. Coli* yang berpenetrasi ke usus besar dan usus halus yang mengakibatkan destruksi seluler, nekrosis dan potensial terjadi ulcersasi (perlukaan) mengakibatkan diare dengan adanya leukosit dan eritrosit.
- 3) Beberapa patogen seperti rotavirus dan intiropatogenik menyerang mukosa epitelium tanpa invasi merusak, sel villi intstinal mengakibatkan malabsorpsi elektrolit dan mengakibatkan potensial ketidakseimbangan elektrolit.

Bagan patofisiologi diare :

Menurunnya pemasukan atau hilangnya cairan akibat :

Muntah, diare, demam, hiperventilasi



Tiba-tiba dengan cepat cairan ekstraseluler hilang



Ketidak seimbangan cairan elektrolit



Hilangnya cairan dalam ekstraseluler



Disfungsi seluler



Syok hipovolomik



Kematian
(Lewis et al, 2014)

d. Manifestasi klinis

- 1) Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer.
- 2) Terdapat tanda-tanda dehidrasi : turgor kulit jelek, mata cekung, membran mukosa kering.

Dehidrasi ringan : penurunan berat badan 3 - 5 % dengan volume cairan yang hilang kurang dari 50 ml/kg BB, keadaan baik, rasa haus, nadi normal.

Dehidrasi sedang : penurunan berat badan 6 - 9 % dengan volume cairan yang hilang 50 ml/kg BB.

Dehidrasi berat : penurunan berat badan dari 10 % dengan volume cairan yang hilang 100 ml/kg BB.

- 3) Nafsu makan kurang.
- 4) Mual muntah.
- 5) Lemah.
- 6) Pucat.
- 7) Menurun atau tidak adanya pengeluaran urinen. (Lewis et al, 2014).

e. Pemeriksaan diagnostik

- 1) Riwayat alergi obat-obatan dan makanan.

- 2) Kultur tinja.
 - 3) Pemeriksaan tinja, leokosit dan adanya darah. (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2019).
- f. Komplikasi
- 1) Dehidrasi
 - 2) Hipoglikemi
 - 3) Hipokalsemia
 - 4) Syock hipovelemik.
 - 5) Hipokalemia.
- g. Penatalaksanaan
- Penatalaksanaan diare akut pada orang dewasa terdiri atas:
- 1) Rehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan.
 - 2) Melaksanakan tata kerja terarah untuk identifikasi penyebab diare.
 - 3) Memberikan terapi simtomatik.
 - 4) Memberikan terapi defenitif (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2019)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Gastroenteritis Akut

Dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan gastroenteritis perawat menggunakan pendekatan proses keperawatan. Adapun asuhan keperawatan dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan yang meliputi seluruh aspek bio-psiko-sosio dan spritual.

1. Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu, sebagai mana yang telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan dari American Nursing

Association. Perawat mengumpulkan data secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari pemeriksaan penunjang (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2019).

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : kelemahan, kelelahan, malaise, cepat lelah, isomnia, tidak tidur semalaman karena diare, merasa gelisah, dan ansietas.

b. Integritas Ego

Gejala : ansietas, ketakutan, emosi kesal (perasaan tak berdaya/tak ada harapan)

Tanda : menolak, perhatian menyempit, depresi.

c. Eliminasi

Gejala : Episode diare yang tak dapat diperkirakan, hilang timbul, sering, tak terkontrol, flatus lembut dan semi cair.

d. Makanan/cairan

Gejala : anoreksia, mual/muntah, penurunan berat badan, tak tolerans pada diet/ sensitif produk susu, makanan berlemak.

Tanda : kelemahan tonus otot, membran mukosa pucat dan turgor kulit buruk

e. Higiene

Tanda : keidak mampuan mempertahankan perawatan diri.

f. Nyeri/kenyaman

Gejala : nyeri tekan abdomen kuadran kanan bawah (keterlibatan jejunum), menyebar ke bagian periumbilikal.

Tanda : nyeri tekan abdomen/distensi

g. Keamanan

Gejala : anemia hemolitik, vaskulitis, artritis (memperburuk gejala dengan eksaserbasi penyakit usus), peningkatan suhu 39,6 – 40 oc (eksaserbasi akut), penglihatan kabur, alergi terhadap makanan/produk susu (mengeluarkan histamin ke dalam usus dan mempunyai efek inflamasi)

Tanda : lesi kulit , kemerahan, bengkak, nyeri tekan.

h. Intearksi sosial

Gejala : masalah berhubungan/peran sehubungan dengan kondisi (ketidakmampuan aktif secara sosial).

i. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : riwayat keluarga berpenyakit inflamasi usus.

j. Pertimbangan rencana pemulangan : bantuan dalam program diet, obat, dan dukungan psikologis.

k. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan feces, urin, darah lengkap, fotoscopy dan endoscopy.

2. Diagnosa keperawatan

Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan terdiri dari analisa, interpretasi data, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosa keperawatan, adapun komponen diagnosa keperawatan, terdiri dari masalah, penyebab dan tanda atau gejala atau hanya terdiri dari masalah dan penyebab dan bekerjasama dengan klien, petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan serta melakukan

pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru (Nursalam, 2001 : 8).

Diagnosa keperawatan pada klien dengan gastroenteritis menurut Doenges et al (2019) adalah sebagai berikut :

- a. Diare berhubungan dengan inflamasi, iritasi atau malabsorpsi usus.
- b. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan banyak melalui rute normal (diare berat, muntah)
- c. Nyeri (akut) berhubungan dengan hiperperistaltik, diare lama, iritasi kulit / jaringan.
- d. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan absorpsi nutrisi.
- e. Kurang pengetahuan tentang kondisi prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang informasi.

3. Rencana tindakan keperawatan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan bekerjasama dengan pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan yang bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan pasien mendokumentasikan rencana keperawatan. Dalam hal ini rencana keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi (Black & Hawks, 2014).

Rencana keperawatan menurut Doenges et al (2019) pada pasien dengan amputasi berdasarkan masing – masing diagnosa adalah sebagai berikut :

- a. Diare berhubungan dengan inflamasi, iritasi atau malabsorpsi usus.
 - 1). Tujuan: penurunan frekuensi defekasi, konsistensi kembali normal, mengidentifikasi / menghindari faktor pemberat.

2). Rencana intervensi :

- a) Observasi dan catat frekuensi defekasi, karakteristik, jumlah dan faktor pencetus.

Rasional: membantu membedakan penyakit individu dan mengkaji beratnya episode.

- b) Buang feces dengan cepat dan berikan pengharum ruangan

Rasional: menghindari bau tak sedap dan rasa malu pasien.

- c) Tingkatkan tirah baring, dekatkan alat-alat disamping tempat tidur pasien.

Rasional: istirahat menurunkan motilitas usus juga menurunkan laju metabolisme bila infeksi dan pendarahan sebagai komplikasi, defekasi tiba-tiba dapat terjadi tanpa tanda, pasien dapat terjatuh bila alat-alat tidak dapat dalam jangkauan.

- d) Identifikasi makanan dan cairan yang mencetus diare, contoh sayuran segar, buah, sereal, bumbu, minuman bikarbonat, produk susu.

Rasional: menghindari iritan meningkatkan istirahat usus.

- e) Observasi demam, takikardia, letargi leukositosis, penurunan protein serum.

Rasional: tanda perforasi dan peritonitis akan terjadi memerlukan intervensi medik segera.

- f) Kolaborasi Berikan obat sesuai indikasi misalnya antikolinergik, contoh beladonna tinktur, atropin, defenoksilat (lomotil), Antasida, antibiotik.

Rasional: menurunkan motilitas / peristaltik gastro intestinal dan menurunkan sekresi digestif untuk menghilangkan kram dan diare.

Menurunkan iritasi gaster, mencegah inflamasi dan menurunkan resiko infeksi.

b. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan banyak melalui rute normal (diare berat, muntah).

1) Tujuan: mempertahankan volume cairan yang adekuat dibuktikan oleh membran mukosa lembab, turgor kulit baik, tanda vital stabil.

2) Rencana intervensi:

a). Awasi masukan dan keluaran, karakter dan jumlah feces.

Rasional: memberikan informasi tentang keseimbangan cairan, fungsi ginjal dan kontrol penyakit usus juga pedoman untuk penggantian cairan.

b). Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah, pernapasan, nadi dan suhu).

Rasional: hipotensi (termasuk postural), takikardia demam dapat menunjukkan respon terhadap efek kehilangan cairan.

c). Observasi turgor kulit, membran mukosa, penurunan turgor kulit, dan pengisian kapiler lambat.

Rasional: menunjukkan kehilangan cairan berlebih atau dehidrasi.

d). Ukur berat badan setiap hari.

Rasional: Indikator cairan dan status nutrisi.

e). Kolaborasi: berikan obat sesuai indikasi misalnya Antidiare. Antiemetik, misalnya trimetobenzamida (tigen), hidroksin (visteril), prokloperazim (compozin). Antipiretik misalnya asintaminofen (teynol).

Rasional: menurunkan kehilangan cairan dari usus. Digunakan untuk mengontrol mual atau muntah pada eksaserbasi akut. Mengontrol demam.

c. Nyeri (akut) berhubungan dengan hiperperistaltik, diare lama, iritasi kulit / jarigan.

1) Tujuan: nyeri hilang atau terkontrol, tampak rileks dan mampu istirahat dengan tepat.

2) Rencana intervensi :

a). Kaji laporan kram abdomen atau nyeri, catat lokasi, lamanya, intensitas (skala 1 – 10). Selidiki dan laporkan perubahan karakter nyeri.

Rasional : nyeri kolik hilang timbul, nyeri sebelum defekasi sering terjadi pada keadaan umum dengan tiba-tiba, perubahan pada karakteristik nyeri dapat menunjukkan penyebaran penyakit atau terjadi komplikasi misalnya perforasi, fistula kandung kemih, toksik mega kolon.

b). Izinkan pasien memulai dengan posisi yang nyaman misalnya lutut fleksi.

Rasional : menurunkan tegangan abdomen dan meningkatkan rasa kontrol.

c). Berikan tindakan yang nyaman misalnya pijatan punggung, ubah ke posisi miring atau fowler.

Rasional : meningkatkan relaksasi, memfokuskan kembali perhatian dan meningkatkan kemampuan coping.

d). Observasi atau catat distensi abdomen, peningkatan suhu, penurunan tekanan darah.

Rasional : dapat menunjukkan terjadinya obstruksi usus karena inflamasi, edema dan jaringan parut.

e). Kolaborasi : berikan obat sesuai indikasi misalnya analgesik.

Rasional : nyeri bervariasi dan ringan sampai berat dan perlu penanganan untuk memudahkan istirahat adekuat dan penyembuhan.

d. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan absorpsi nutrisi.

1) Tujuan : meningkatkan status nutrisi, berat badan stabil, tidak terjadi kekambuhan diare, tidak terjadi mual atau muntah, makanan yang disediakan habis.

2) Rencana intervensi :

a). Timbang berat badan tiap hari.

Rasional : memberikan informasi tentang kebutuhan diet atau keefektifan terapi

b). Anjurkan istirahat sebelum makan.

Rasional : menenangkan peristaltik dan meningkatkan energi untuk makan.

c). Berikan kebersihan oral.

Rasional : mulut yang bersih meningkatkan selera makan.

d). Sediakan makanan dalam ventilasi yang baik, lingkungan menyenangkan, dengan situasi yang tidak terburu-buru.

Rasional : lingkungan yang menyenangkan menurunkan stres dan lebih kondusif untuk makan.

e). Batasi makanan yang dapat meningkatkan kram abdomen, flatus misalnya produk susu.

Rasional : mencegah serangan akut atau eksaserbasi gejala

f). Kolaborasi : berikan nutrisi parenteral total, terapi IV sesuai indikasi.

Rasional : program ini mengistirahatkan saluran gastrointestinal sementara memberikan nutrisi penting.

e. Kurang pengetahuan tentang kondisi prognosi dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.

1. Tujuan : dapat menyatakan pemahaman tentang proses penyakit pengobatan, berpartisipasi dalam program pengobatan dan melakukan pola hidup tertentu.

2. Rencana intervensi :

a). Tentukan persepsi pasien tentang proses penyakit.

Rasional : membuat pengetahuan dasar dan memberikan kesadaran kebutuhan belajar individu.

b). Kaji ulang proses penyakit penyebab atau efek hubungan faktor yang menimbulkan gejala dan mengidentifikasi cara menurunkan faktor pendukung, dorong pertanyaan.

Rasional : faktor pencetus atau pemberat individu sehingga kebutuhan pasien untuk waspada terhadap makanan, cairan dan faktor pola hidup dan dapat mencetuskan gejala. Pengetahuan yang akurat memberikan kesempatan pasien untuk membuat keputusan informasi atau pilihan tentang masa depan kontrol penyakit kronis.

c). Jelaskan tentang penyakit perawatan dan pengobatan.

Rasional : untuk persiapan perawatan dirumah.

d). Jelaskan tentang prinsip diet dan kontrol diare.

Rasional : agar pasien mengetahui makanan apa saja yang dapat dikonsumsi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana keperawatan bekerja sama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, kolaborasi dengan kesehatan lain untuk meningkatkan status kesehatan pasien. Melakukan tindakan keperawatan, melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksana keperawatan di bawah tanggung jawabnya, menjadi koordinator pelayanan advokasi terhadap pasien untuk mencapai kesehatan, menginformasikan kepada pasien tentang status kesehatan klien dan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, memberikan pendidikan pada pasien mengenai konsep serta keterampilan asuhan diri dan membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan serta mengkaji ulang dan merevisi tindakan keperawatan berdasarkan respon pasien (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2019).

5. Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi adalah perawat mengevaluasi kemajuan pasien terhadap tindakan dalam mencapai tujuan dan merevisi data dasar serta menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus-menerus dengan menggunakan data dasar dan respon pasien dalam mengukur perkembangan kearah tujuan, memvalidasi data baru dengan sejawat, bekerjasama dengan keluarga pasien untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan serta mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan. (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2019).

C. Konsep Teori Pemberian Madu pada Pasien Gastroenteritis Akut

Pemberian madu pada pasien Gastroenteritis Akut atau diare menurut penelitian telah terbukti dapat membantu mengurangi frekuensi diare, meningkatkan pemulihan, meredakan muntah, dan meningkatkan penambahan berat badan pada bayi dengan diare (Abdulrhman, Mekawy, Awadalla, & Mohamed, 2010). Adapun cara pemberian yaitu madu sebanyak takaran 5 mL dilarutkan kedalam setiap 100 mL oralit. Cairan dari madu dan oralit disiapkan

segar dan diberikan maksimal 2 jam setelah disiapkan, jika tidak campuran itu harus dibuang karena untuk menghindari pertumbuhan jamur (Pasupuleti, Sammugam, Ramesh, & Gan, 2017).

Madu mengandung fruktosa dan laktosa, yang mengandung agen prebiotik, amino asam, vitamin, mineral, dan enzim (Elnady et al., 2013). Ini juga mengandung karbohidrat, protein, mineral, vitamin B kompleks, dan vitamin C. Vitamin C memiliki anti-inflamasi, antibakteri, antivirus, dan sifat antioksidan yang membantu dalam memerangi kuman dan virus yang terkait dengan diare (Oskouei & Najafi, 2013). Memberikan madu sebagai antibakteri dan agen prebiotik untuk balita dengan diare dapat mengurangi risiko diare, mengobati sembelit dan diare, meminimalkan patogen, dan menurunkan frekuensi diare (Pasupuleti et al., 2017). Ini juga berfungsi sebagai bakterisida, membunuh beberapa organisme, termasuk sub-spesies Salmonella, Shigella dan Escherichia coli (Abdulrhman et al., 2010; Hussain, 2017).

