

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

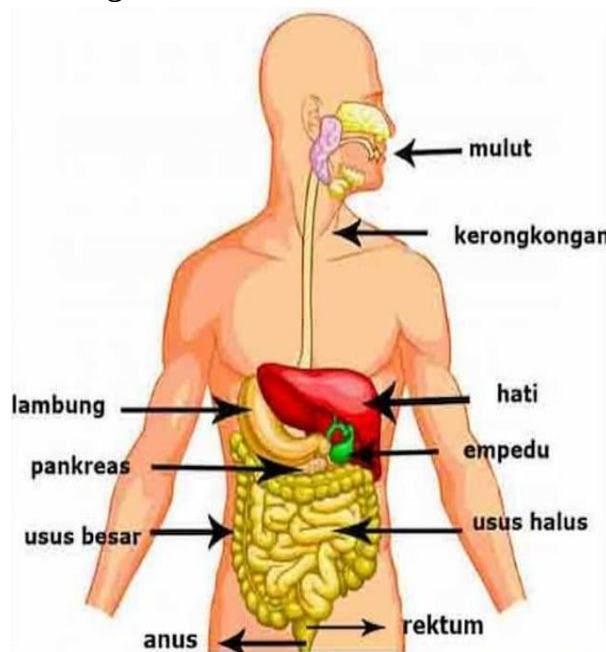
2.1 Konsep Dasar Diare

2.1.1 Definisi diare

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan berubahnya bentuk tinja dengan intensitas buang air besar secara berlebihan lebih dari 3 kali dalam kurun waktu satu hari (Debby & Dani, 2019). Diare adalah suatu kondisi, buang air besar yang tidak normal yaitu lebih dari tiga kali sehari dengan konsistensi tinja yang encer dapat disertai atau tanpa disertai darah atau lendir sebagai akibat dari terjadinya proses inflamasi pada lambung atau usus (Lestari, 2016).

Jadi dapat diartikan suatu kondisi, buang air besar yang tidak normal yaitu lebih dari tiga kali sehari dengan konsistensi tinja yang encer dapat disertai atau tanpa disertai darah atau lendir sebagai akibat dari terjadinya proses inflamasi pada lambung atau usus (Lestari, 2016).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan



(sumber: dictio.com)

A. Mulut

Mulut juga merupakan rongga oral. Makanan dimasukkan ke dalam tubuh melalui mulut. Tempat pencernaan di mulai. Hal ini disebut dengan fase sefalik pencernaan di mulut, gigi memotong , mencacah, dan menggiling makanan sehingga partikel makanan menjadi lebih kecil dan permukaanya lebih dapat terpajan dengan kerja getah dan enzim pencernaan. Fungsi pencernaan utama mulut adalah menerima makanan melalui ingesti (memasukkan), untuk menyiapkan makanan untuk pencernaan dan untuk memulai pencernaan zat tepung (Rosdahl & Kowalski, 2014).

B. Faring

Faring merupakan saluran yang panjangnya sekitar 5 inci (12,7 cm) yang digunakan untuk makanan dan udara. Area faring diberikan nama berdasarkan letak. Nasofaring yang terletak dibelakang rongga hidung Dilapisi oleh epitel silindris bertingkat semu bersilia.

Proses menelan makanan diawal bersifat volenter. Lidah mendorong bolus ke faring, tempat pergerakan makanan menjadi involunter (disini pusat menelan dan di medulla mengambil 16 alih). Kontraksi faring mendorong makanan ke dalam esophagus muscular, Seluruh saluran cerna termasuk faring dilapisi dengan membrane mukosa. Otot polos involunter mengirimkan makanan keseluruh saluran GI dengan gelombang kontraksi yang disebut peristaltic yaitu gerakan relaksasi dan kontraksi otot secara bergantian. Aktivitas ini melibatkan dua lapisan otot polos (involunter). Lapisan luar otot esophagus terdapat dalam posisi naik dan turun (longitudinal), lapisan bagian dalam terletak pada lingkaran konsentris, pencernaan tidak dapat terjadi tanpa peristaltik. (Rosdahl & Kowalski, 2014)

C. Esophagus (kerongkongan)

Esophagus atau kerongkongan memiliki panjang sekitar 10 inci (25,4 cm), memanjang dari faring ke leher ke thorak dan melalui lubang diaphragma, menuju lambung. Ini adalah sfingter kardik atau sfingter esophagus bawah (lower esophagus spincter) yang terkadang disebut

dengan sfingter gasstroesophagus, sfingter ini menjaga lubang lambung dengan 9 mencegah makanan agar tidak mengalir kembali ke esophagus. Gelombang peristaltik mendorong makanan melalui esophagus bawah, LES membuka (memungkinkan makanan masuk) dan menutup (menyimpan makanan di dalam lambung) (Rosdahl & Kowalski, 2014)

D. Lambung

Lambung merupakan bagian dari saluran cerna yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster, lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan oesofagus melalui sfingter pilorik, terletak dibawah diafragma di depan pancreas dan limfa, menempel disebelah kiri fundus uteri. Bagian bagian dari fundus uteri terdiri dari fundus ventrikuli bagian yang menonjol ke atas, korpus ventrikuli, antrum pylorus dan nada bagian yang disebut kurvatura minor dilambung semua makanan akan bercampur dengan mucus dan asam lambun dan juga pepsin dan enzim pencernaan lainnya sekitar 2,8 1 perhari. Zat ini diaduk hingga makanan menjadi berbentuk seperti susu semi cair yang disebut kimus.

Proses ini biasanya berlangsung 3-5 jam. (sel parietal lambung juga menyekresi factor intristic yang memungkinkan tubuh mengabsorbsi vitamin B1. Peristaltik otot lambung memindahkan makanan ke arah saluan pylorus. Sfingter kemudian relaksasi untuk memfasilitasi gelombang peristaltic menyemburkan makanan dalam jumlah kecil ke dalam usus halus meskipun sebagian besar zat gizi mengalir dalam bentuk kimus ke dalam

usus halus, beberapa molekul kecil seperti alcohol langsung diabsorpsi ke dalam aliran darah dari lambung. Jika lambung mengalami iritasi atau terlalu penuh, terkadang arah gelombang peristaltic menjadi terbalik dan mendorong zat kembali ke ujung bawah esophagus.

Peristaltik balik dalam lambung, disertai kontraksi otot abdomen dan diafragma, mendorong makanan kembali ke esophagus dan keluar melalui mulut, yang dikenal sebagai muntah. Usus Halus Fase intestinal pencernaan dimulai dengan usus halus. Usus halus merupakan bagian terpanjang saluran 10 cerna dengan panjang sekitar 6,1 m dan diameter 3,81 cm. Usus berada dalam posisi melengkung sehingga 18 muat berada dalam rongga abdomen. Usus halus sekitar 5,5 Meter lebih panjang daripada usus besar, yang merupakan sambungan usus halus. Area usus halus adalah duodenum, yeyenum (bagian tengah) dan ileum (bagian akhir).

Elemen makanan bergerak melalui area usus halus ini seraya diubah oleh beragam seresi dan enzim. Usus halus terdiri atas lapisan jaringan yang sama seperti lambung, dengan pengecualian otot oblik. Otot polos (involunter) longitudinal dan sirkulasi bekerja antagonis, ketika salah satu kontraksi otot yang lain relaksasi. Kontraksi menyerupai gelombang pada otot sirkuler menyempitkan lumen usus, mendorong makanan ke depan, ketika otot longitudinal kontraksi, otot sirkulasi relaksasi, meningkatkan ukuran lumen dan memungkinkan makanan masuk. Gelombang ritmik tersebut terdapat dalam peristaltic usus. Kebanyakan proses pencernaan

terjadi diusus halus, kelenjar usus halus di membrane mukosa yang melapisi usus halus menyekresi enzim untuk mencerna semua makanan.

Enzim usus ini merupakan protein yang bekerja sebagai katalis, meningkatkan dan mempercepat reaksi kimia, tetapi sebenarnya enzim ini tidak mengalami perubahan. Enzim ini mengurai karbohidrat, protein, dan lemak menjadi bahan yang dapat digunakan oleh sel agar dapat diabsorpsi oleh pembuluh darah dan limfe, karbohidrat harus berada dalam bentuk gula “sederhana” monosakarida glukosa,fruktosa dan galaktosa. Protein harus dicerna menjadi zat yang paling sederhana yaitu asam amino, lemak harus diubah menjadi asam lemak dan gliserol. Usus halus memiliki sejumlah sekresi tidak hanya enzim.Mucus melubrikasi dan melindungi lapisan dinding usus dari kimus yang sangat asam dan dari enzim pencernaan.Kolesistokinin adalah hormone yang disekresi yang menstimulasi pancreas untuk mensekresi getah pancreas dan menstimulasi kandung empedu untuk kontraksi, menyebabkan pelepasan empedu. (Rosdahl & Kowalski, 2014).

E. Duodenum

Bagian pertama usus halus adalah duodenum yang berukuran 10 hingga 12 inci berbentuk huruf C, dinding duodenum berisi sel khusus dan kelenjar khusus yang dirancang untuk menyekresi mucus yang membantu melindungi usus halus dari kimus yang asam. Saat kimus masuk ke dalam duodenum lebih banyak getah pencernaan yang ditambahkan. Empedu, cairan cokelat kehijauan yang dihasilkan oleh hati dan disimpan dikandung

empedu, mengalir melalui duktus biliaris komunis untuk mengelmusi lemak dalam rangka persiapan untuk kerja pencernaan yang lebih lanjut. (Rosdahl & Kowalski, 2014)

F. Jejunum dan Ileum

Kimus mengalir maelalui bagian usus halus yang tersisa, yaitu yeyenum panjangnya sekitar 2,4 meter dan ileum terminal panjangnya sekitar 3,3 meter. Kata yeyenum berasal dari kata latin yang berarti usus yang puasa. Bagian usus ini dinamakan seperti itu karena, ketika dipotong hamper selalu kosong.

Kata ileum berarti inguinal atau selangkangan, seluruh usus halus dilapisi dengan membrane mukosa. Banyak nodul limfe berada di ileum, baik sendiri-sendiri maupun berkelompok, nodus 20 limfe yang berkelompok disebut folikel limfatik agreat atau bercak payer (Rosdahl & Kowalski, 2014). Otot yang menyerupai sfingter yang terletak ditempat pertemuan antara usus halus dan usus besar, bekerja seperti katup untuk mencegah aliran balik zat ke usus halus, otot ini juga mengatur aliran ke depan. Otot ini adalah katup ileosekal, dari nama dua bagian yang bergabung yaitu ileum usus halus dan sekum usus besar (Rosdahl & Kowalski, 2014).

G. Usus besar

Usus besar seperti saluran GI lain, dilapisi oleh membrane mukosa. Usus besar lebih lebar daripada usus halus. Diameternya sekitar 12 6,35cm, tetapi

panjangnya hanya sekitar 1,5 m. Usus besar tidak bergelung tetapi terletak dalam liputan dan dibagi menjadi area yang disebut sekum, kolon, dan rectum. Reabsorpsi air merupakan fungsi utama usus besar. Bakteri usus berfungsi menghambat pertumbuhan pathogen di usus besar dan beberapa bakteri memproduksi vitamin K, yang diperlukan untuk pembekuan darah. Absorpsi vitamin dan mineral serta pembentukan dan defekasi (pengeluaran) feses juga merupakan fungsi usus besar (Rosdahl & Kowalski, 2014).

H. Rectum dan anus

Rectum memiliki panjang sekitar 12,7 cm dan berakhir di saluran anus, bagian terminal (ujung) usus besar yang memiliki panjang sekitar 2,54-3,8 cm, produk sampah disekresi (egesti) melalui lubang ke arah luar (anus) yang dijaga oleh otot sfingter internal dan eksternal berada dalam kendali individu dan dapat secara volunteer (disadari) kontraksi dan relaksasi (Rosdahl & Kowalski, 2014).

2.1.3 Etiologi dan Faktor Predisposisi

Etiologi Diare menurut (Nining & Arnis, 2016) ialah :

- a. Infeksi enteral yaitu adanya infeksi yang terjadi di saluran pencernaan dimana merupakan penyebab diare pada anak, kuman meliputi infeksi bakteri, virus, parasite, protozoa, serta jamur dan bakteri.
- b. Infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain diluar alat pencernaan seperti pada otitis media, tonsilitis, bronchopneumonia

serta encephalitis dan biasanya banyak terjadi pada anak di bawah usia 2 tahun.

- c. Faktor malabsorpsi, dimana malabsorpsi ini biasa terjadi terhadap karbohidrat seperti disakarida (intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa), malabsorpsi protein dan lemak.
- d. Faktor makanan, makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Brunner & Suddart (2014) tanda dan gejala diare :

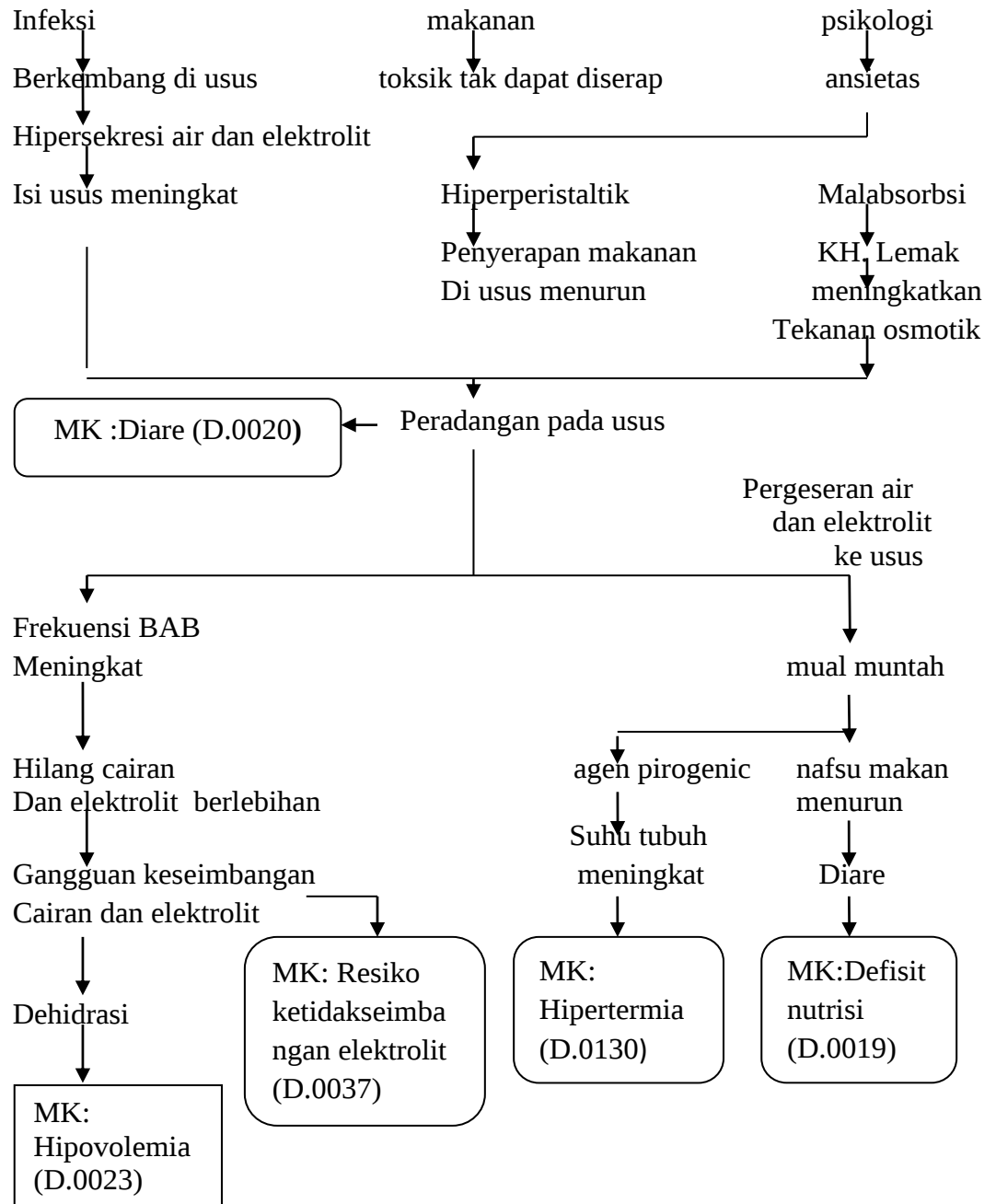
- a. Peningkatan frekuensi defekasi dan kandungan cairan pada feses
- b. Kram abdomen, distensi, gemuruh usus, anoreksia dan rasa haus, kontraksi anus, nyeri dan mengejan tidak efektif (tanemus) setiap kali defekasi
- c. Feses cair, yang mengindikasikan penyakit pada usus kecil
- d. Feses semi padat, lunak yang disebabkan oleh gangguan usus besar
- e. Terdapat lender, darah dan nanah dalam feses yang menunjukkan inflamasi

2.1.5 Patofisiologi dan WOC

Berbagai faktor yang menyebabkan terjadinya diare di antaranya karena faktor infeksi dimana proses ini diawali dengan masuknya mikroorganisme ke dalam saluran pencernaan kemudian berkembang dalam usus dan merusak sel mukosa usus yang dapat menurunkan usus. Berikutnya terjadi perubahan dalam kapasitas usus sehingga menyebabkan gangguan fungsi usus dalam mengabsorpsi (penyerapan) cairan dan elektrolit. Dengan

adanya toksis bakteri maka akan menyebabkan gangguan sistem transpor aktif dalam usus akibatnya sel mukosa mengalami iritasi yang kemudian sekresi cairan dan elektrolit meningkat. Faktor malabsorpsi merupakan kegagalan dalam melakukan absorpsi yang mengakibatkan tekanan osmotik meningkat sehingga terjadi pergeseran cairan dan elektrolit ke dalam usus yang dapat meningkatkan rongga usus sehingga terjadi diare. Pada faktor makanan dapat terjadi apabila toksin yang ada tidak diserap dengan baik sehingga terjadi peningkatan dan penurunan peristaltik yang mengakibatkan penurunan penyerapan makanan yang kemudian terjadi diare. (Lestari, 2016).

2.1.6 WOC DIARE



Sumber : Nurarif dan Kusuma (2016)
SDKI

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi Diare Menurut (Ngastiyah, 2014) komplikasi yang terjadi akibat gastroenteritis:

- a. Dehidrasi (sedang, berat).
- b. Hypokalemia (ditandai dengan lemah, brakikardi) Toksin dalam dinding usus halus Pergeseran air dan elektrolit ke rongga usus Hipersekresi air dan elektrolit usus meningkat Isi rongga usus meningkat hiperperistaltik Kemampuan absorbs menurun Diare (D0020) Inflamasi saluran pencernaan Mual dan Muntah Anoreksia BAB sering dengan konsistensi encer Kemerahan dan gatal Kulit disekitar anus lecet dan iritasi Gangguan Integritas Kulit Cairan keluar banyak Hipovolemia Dehidrasi Defisit Nutrisi Agen pirogenic Suhu Tubuh Meningkat Hipertermia.
- c. Hipoglikemia.
- d. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim lactase.
- e. Kejang, terjadi pada dehidrasi hipertonik.
- f. Malnutrisi energi protein (akibat muntah dan gastroenteritis jika lama atau kronik).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Hardhi & Amin, 2015) pemeriksaan penunjang pada diare adalah :

- a. Pemeriksaan tinja meliputi pemeriksaan makroskopis dan mikroskopis, Ph dan resistensi feses (colok dubur).

- b. Analisa gas darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa.
- c. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na,K,kalsium dan Prosfat.

2.1.9 Penatalaksanaan

A. Penatalaksanaan keperawatan

1. Penatalaksanaan medis utama diarahkan pada pengendalian atau pengobatan penyakit dasar. Obat-obatan tersebut misalnya : prednisone yang dapat mengurangi beratnya diare dan penyakit.
2. Untuk diare ringan cairan oral dengan segera ditingkatkan dan glukosa oral serta larutan elektrolit dapat diberikan untuk rehidrasi pasien.
3. Untuk diare sedang, akibat sumber non infeksius, obat-obatan tidak spesifik seperti defenosiklat (lomotil) dan loperamit (Imodium) juga diberikan untuk menurunkan motilitas.
4. Preparat anti microbial diberikan bila preparat infeksius telah teridentifikasi atau bila diare sangat berat.
5. Terapi cairan intra vena mungkin diperlukan untuk hidrasi cepat, khususnya untuk anak kecil dan lansia.

2.2 Konsep Dasar Diare

2.2.1 Pengkajian

Asuhan keperawatan pada tahap pertama yaitu pengkajian. Dalam pengkajian perlu dikaji biodata pasien dan data-data untuk menunjang diagnosa. Data tersebut harus seakurat akuratnya, agar dapat digunakan dalam tahap berikutnya, meliputi

nama pasien, umur, dan identitas penanggung jawab, keluhan utama. (Raharjo, 2018).

1. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Biasanya pasien mengalami bab lebih dari 4 kali sehari dengan bentuk cair pada buang air besarnya kadang-kadang disertai lendir dan darah, nafsu makan menurun.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien mengeluh BAB lebih dari 4 kali sehari dan klien mengeluh lemah dan lesu

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya kaji apakah klien mempunyai Riwayat penyakit yang sama sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya ada riwayat anggota keluarga yang menderita diare.

e. Data psikologis

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri, lamanya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga.

f. Data spiritual

Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh tidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

g. Data sosial ekonomi

Biasanya hubungan dengan orang sekitar terganggu, dan ekonomi klien terganggu karena klien sakit.

h. Data biologis

1) Pola nutrisi

Biasanya orang yang mengalami diare berat badannya akan menurun.

2) Pola Eliminasi

Biasanya sering BAB dengan konsistensi cair.

Pola tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kelelahan, gangguan tidur, dan kelemahan otot.

3) Personal Hygiene

Biasanya klien akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari (personal hygiene) karena adanya nyeri dan rasa letih yang dirasakan.

k. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- a) GCS : composmetis
- b) BB/TB :
- c) S : + 36 °C
- d) N : + 70-100 x/m
- e) P : + 20 x/m

5. Head to toe

a) Rambut dan kepala

Anak berusia di bawah 2 tahun yang mengalami dehidrasi, ubun-ubunnya biasanya cekun

b) Mata

Anak yang mengalami diare tanpa dehidrasi, bentuk kelopak matanya normal. Apabila mengalami dehidrasi ringan atau sedang kelopak matanya cekung. Sedangkan apabila mengalami dehidrasi berat, kelopak matanya sangat cekung.

c) Hidung

Biasanya tidak ada kelainan dan gangguan pada hidung, tidak sianosis, tidak ada pernapasan cuping hidung.

d) Telinga

Biasanya tidak ada kelainan pada telinga.

e) Mulut dan lidah

a. Diare tanpa dehidrasi: Mulut dan lidah basah

b. Diare dehidrasi ringan: Mulut dan lidah kering

c. Diare dehidrasi berat: Mulut dan lidah sangat kering

f) Leher

Tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening, tidak ada kelainan pada kelenjar tyroid.

g) Thoraks

1) Jantung

Inspeksi: Pada pemeriksaan inspeksi biasanya ictus cordis tidak tampak.

Auskultasi: Pada diare tanpa dehidrasi denyut jantung normal, diare dehidrasi ringan atau sedang denyut jantung pasien normal hingga meningkat, diare dengan dehidrasi berat biasanya pasien mengalami takikardi dan bradikardi.

h) Paru-paru

Inspeksi: Diare tanpa dehidrasi biasanya pernapasan normal, diare dehidrasi ringan pernapasan normal hingga melemah, diare dengan dehidrasi berat pernapasannya dalam.

i) Abdomen

Inspeksi: Anak akan mengalami distensi abdomen, dan kram.

Palpasi: Turgor kulit pada pasien diare tanpa dehidrasi baik, pada pasien diare dehidrasi ringan kembali < 2 detik, pada pasien dehidrasi berat kembali > 2 detik.

Auskultasi: Biasanya anak yang mengalami diare bising ususnya meningkat.

j) Ekstermitas

Anak dengan diare tanpa dehidrasi *Capillary refill* (CRT) normal, akral teraba hangat. Anak dengan diare dehidrasi ringan CRT kembali < 2 detik, akral dingin. Pada anak dehidrasi berat CRT kembali > 2 detik, akral teraba dingin, sianosis.

k) Genitalia

Anak dengan diare akan sering BAB maka hal yang perlu dilakukan pemeriksaan yaitu apakah ada iritasi pada anus.

c. Pemeriksaan penunjang

Menurut Wulandari & Erawati (2016) terdiri atas:

1. Pemeriksaan Tinja

- a. Makroskopis dan mikroskopis.
- b. pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet clinitest, bila diduga terdapat intoleransi gula.
- c. Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.

2. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam basa dalam darah, dengan menggunakan pH dan cadangan alkali atau lebih tepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah menurut astrup (suatu pemeriksaan analisa gas darah yang dilakukan melalui darah arteri) bila memungkinkan.

3. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
4. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium, dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang).
5. Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jenis jasad renik atau parasit secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI, Diagnosa Keperawatan Pada Klien Diare, Meliputi :

1. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien (D0019).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Diare berhubungan dengan proses infeksi (D.0020)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan eliminasi fekal pasien membaik dengan kriteria hasil : 1. Konsistensi feses meningkat 2. Frekuensi defekasi/bab meningkat 3. Peristaltik usus meningkat 4. Kontrol pengeluaran feses meningkat 5. Nyeri abdomen menurun.	Manajemen Diare (I.03101) Observasi 1. Identifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal) 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Identifikasi gejala invaginasi 4. Monitor warna, volume, frekwensi, dan konsistensi tinja. 5. Monitor tanda dan gejala hypovolemia 6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal 7. Monitor jumlah pengeluaran diare 8. Monitor keamanan penyiapan makanan Terapeutik 9. Berikan asupan cairan oral 10. Pasang jalur intravena 11. Berikan cairan intravena 12. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 13. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu Edukasi

			14. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 15. Anjurkan menghindari makanan, pembentuk gas, pedas, dan mengandung lactose 16. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas 17. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/ spasmolitik
2	Hipovolemi b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan status cairan pasien membaik dengan kriteria hasil : 1. Turgor kulit membaik 2. Frekuensi nadi membaik 3. Tekanan darah membaik 4. Membrane mukosa membaik 5. Intake cairan membaik 6. Output urine meningkat	Manajemen Hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan posisi modified trendelenburg 5. Berikan asupan cairan oral 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 7. Anjurkan menghindari perubahan posisi

			mendadak Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL) 9. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 10. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate) 11. Kolaborasi pemberian produk darah
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien (D0019)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan status nutrisi pasien membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Diare menurun 3. Frekuensi makan membaik 4. Nafsu makan membaik 5. Bising usus membaik	Manajemen Nutrisi (I. 03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)

			11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi. (Asmadi, 2008).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawat. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*). (Asamadi, 2008).