

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GASTROENTERITIS H-3 DI RUANG JANTUNG
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Disusun oleh :
MUHIMMATUL LATHOIFUL MA'RIEAH
NIM. 1820034**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GASTROENTERITIS H-3 DI RUANG JANTUNG
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Karya Tulis Ilmiah ini ditujukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh :
MUHIMMATUL LATHOIFUL MA'RIFAH
NIM. 1820034

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang ditentukan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 Juni 2021



MUHIMMATUL LATHOIFUL M

Nim. 1820034

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : MUHIMMATUL LATHOIFUL MA'RIFAH

NIM 1820034

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A
DENGAN DIAGNOSIS GASTROENTERITIS DI
RUANG JANTUNG RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ilmiah in ditunjukkan dalam sidang guna memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd. Kep)

Surabaya, 14 Juni 2021

Pembimbing



Dini Mei Widayanti. S.Kep.,Ns.M.Kep

NIP . 03.011

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : MUHIMMATUL LATHOIFUL MA'RIFAH
Nim : 1820034
Program Studi : D-III Keperawatan
Juduk KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A
DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GASTROENTERITIS DI RUANG JANTUNG
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang
Tuah Surabaya, pada :

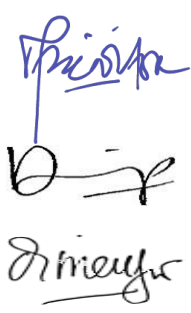
Hari, tanggal : Jum'at, 18 Juni 2021 Bertempatan di :Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada prodi D-III
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : **Dhian Satya. S. Kep.. Ns.. M. Kep**
NIP 03.008

Penguji II : **Dwi Priyantini. S.Kep.. Ns. M. Sc**
NIP 03.006

Penguji III : **Dini Mei Widayanti. S. Kep.. Ns.. M. Kep**
NIP 03.011



Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami. S.Kep..Ns. M.Kes

Nip 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya.

Tanggal : 18 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana pertama TNI (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep, Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dini Mei Widayanti, S. Kep., Ns, M. Kep, selaku pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Dhian Satya, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku penguji 1 yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Dwi Priyantini, S. Kep., Ns., M. Sc, selaku penguji 2 yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan ibu dosen stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Kepada Alm. Ayah dan Mama yang saya cinta dan saya sayangi yang selalu mendoakan anaknya dan memberi semangat kepada saya untuk mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
9. Sahabat-sahabat yang saya cintai sudah mendukung saya memberi semangat selama perkuliahan dan memberi semangat, memberi motivasi, memberi saran untuk mengerjakan karya tulis ilmiah ini, dan teman saya Ivan, Ghora, Yuvinda, Nevi, Siti, Novyta, Elsa, Lulu, Aini, Nevanza, dll yang telah selalu ada untuk saya.
10. Teman-teman saya yang saya sayangi sudah memberi semangat untuk mengerjakan karya tulis ilmiah.
11. Kepada anggota keluarga yang selalu mendukung saya dan memberi dorong dan

semangat serta doa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

12. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam nauangan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya mengucapkan, semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
13. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dan semangat serta doa. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 Juni 2021



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABLE	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.4 Manfaat	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Penyakit Gastroenteritis	7
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Gastroenteritis	18
BAB 3 TINJAUAN KASUS	30
3.1 Pengkajian	30
3.2 Analisa Data	41
3.3 Prioritas Masalah	43
3.4 Rencana Keperawatan	44
3.5 Tindakan Keperawatan	47
BAB 4 PEMBAHASAN	55
4.1 Pengkajian	55
4.2 Perencanaan	58
4.3 Pelaksanaan	59
4.4 Evaluasi	61
BAB 5 PENUTUP	63
5.1 Kesimpulan	63
5.2 Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Table 3.1 Laboratrium.....	38
Tabel 3.2 Terapi.....	39
Table 3.3 Analisis data.....	41
Table 3.4 Prioritas masalah	43
Table 3.5 Rencana keperawatan	44
Table 3.6 Tindakan keperawatan.....	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1 Genogram.....	31
Gambar 3. 2 pemeriksaan thorax.....	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Mengganti Cairan Infus.....	67
--	----

DAFTAR SINGKATAN

C	: Celcius
GE	: Gastroenteritis
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
GCS	: Glasgow Coma Scale
N	: Nadi
S	: Suhu
RR	: Respiratory Rute
TTV	: Tanda-tanda Vital
TD	: Tekanan Darah
IV	: Intra Vena

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gastroenteritis adalah buang air besar dengan konsistensi encer atau cair dengan frekuensi lebih sering dari biasanya yaitu lebih dari tiga kali dalam sehari yang dapat disertai lendir atau darah atau tidak yang terjadi secara mendadak dan berlangsung 3-5 hari dan bisa juga berlangsung kurang dari dua minggu (Syamsudin, 2016). Sampai saat ini gastroenteritis masih merupakan masalah kesehatan, gastroenteritis masih sering menimbulkan KLB (Kejadian luar biasa) dengan penderita yang banyak dalam waktu yang singkat dan secara mendadak. Penyakit gastroenteritis sendiri bisa disebabkan oleh banyak faktor, di antaranya kurang menjaga kesehatan lingkungan, pola hidup yang tidak bersih, kurangnya asupan gizi, dan faktor sosial. (sangadah, 2020). Masyarakat kita umumnya masih menganggap sepele penyakit gastroenteritis. Penyakit ini bisa berujung pada kematian jika tidak ditangani secara tepat. Dalam dunia kedokteran, gastroenteritis termasuk penyakit yang harus segera ditangani, karena pasien dapat mengalami dehidrasi berat yang mengakibatkan diare, resiko kerusakan integritas kulit, resiko defisit nutrisi, shock hipovolemik dan berujung pada kematian.

World Health Organization (WHO) malaporkan sekitar 3,5 juta kematian per tahun disebabkan oleh gastroenteritis atau diare akut, dimana 80% dari kematian ini mengenai anak-anak dibawah umur 5 tahun. Di amerika serikat, diperkirakan 200-300 juta episode gastroenteritis akut timbul tiap tahunnya, mengakibatkan 73 juta dokter memeriksa pasien yang bersangkutan, 1,8 juta perawatan dirumah sakit dan 3.100 kematian. Data departemen kesehatan RI

menunjukkan 5.051 kasus diare di 12 provinsi. Jumlah ini meningkat drastis dibandingkan dengan jumlah pasien diare jumlah tahun sebelumnya, yaitu sebanyak 1.436 orang. Tercatat 2.159 orang di Jakarta yang dirawat di rumah sakit akibat menderita diare (Ajis, 2018). Sedangkan untuk di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya khususnya di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya prevalensi pasien dengan gastroenteritis bulan Maret-Desember di tahun 2020 sejumlah 5 pasien selama 1 tahun terakhir.

Diare di sebabkan oleh beberapa factor di antaranya faktor infeksi, faktor makanan, maupun faktor psikologis. Sebagian besar faktor diare disebabkan oleh faktor infeksi, dampak yang terjadi karena faktor infeksi yaitu gangguan saluran pencernaan antara lain pengeluaran toksin yang dapat menimbulkan gangguan sekresi dan reabsorpsi cairan dan elektrolit yang mengakibatkan dehidrasi, gangguan keseimbangan elektrolit dan gangguan keseimbangan asam basa. Wanita maupun pria juga lebih cenderung terkena penyakit Gastroenteritis. Selain itu, faktor sosial seperti pekerjaan yang dilakukan seharian juga mempengaruhi timbulnya penyakit Gastroenteritis, terutama pada pekerja pabrik maupun pegawai yang tidak makan dengan teratur, memiliki resiko lebih tinggi terkena penyakit Gastroenteritis. Hal ini adalah karena terjadinya Diare dan meningkatkan tekanan nyeri pada perut tertentu sehingga mengakibatkan beresiko terkena penyakit Gastroenteritis. Gaya hidup juga dapat mempengaruhi kehidupan seseorang yang menderita penyakit Gastroenteritis. Penderita Gastroenteritis jika dibiarkan akan menyebabkan adanya nyeri pada perut baik nyeri diam, tekan, ataupun gerak. (Edi Suryono, 2012).

Dalam peran perawat sangat diperlukan bentuk upaya promotif, preventif,

kuratif, serta rehabilitatif. Peran perawat dalam bentuk promotif yaitu dengan memberikan informasi mengenai penyakit gastroenteritis dengan cara penanggulangannya. Preventif dengan menekankan pentingnya memelihara lingkungan yang sehat dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah makan. Bentuk dari kuratif yaitu pemantauan pencegahan yang cepat dan tepat terhadap intake dan output cairan serta pemantauan tanda-tanda vital agar diketahui segera keadaan umum pasien. Rehabilitatif dengan cara menganjurkan penderita untuk istirahat selama proses pemulihan. Atas dasar berbagai permasalahan diatas maka dipandang perlu meneliti mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis di Ruang Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Gastroenteritis dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Gastroenteritis di Ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1.3 Tujuan Penulis

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan diagnosis Gastroenteritis di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Tujuan Khusus

- a. Mengkaji pasien dengan diagnosis Gastroenteritis di ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis Gastroenteritis di ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
- c. Merencanakan asuhan keperawatan dengan diagnosis Gastroenteritis di ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
- d. Melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosis Gastroenteritis di ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
- e. Mengevaluasi Pasien dengan diagnosis Gastroenteritis di ruang Jantung RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan diagnosis Gastroenteritis di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat.

1.4.1 Akademis

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuankhususnya dalam asuhan keperawatan pada pasien Gastroenteritis.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:

- a. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

Hasil, studi khusus ini akan menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien Gastroenteritis dengan baik.

- b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan Gastroenteritis.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Gastroenteritis. Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode Deskriptif

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan dengan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang lain.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data skunder

Data skunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil, hasil pemeriksaan dan tim kesehatan yang lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studikases ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

Bagian ini terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB I : pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulis studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan Gastroenteritis.

BAB 3 : Tinjauan Kasus berisi tentang deskriptif data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan

yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan Gastroenteritis. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Gastroenteritis dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit Gastroenteritis

2.1.1 Pengertian Gastroenteritis

Gastroenteritis di masyarakat umum lebih dikenal dengan diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal dan tidak berbentuk padat atau encer dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya dalam sehari $>3x$ (Dewi, 2012). Gastroenteritis adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi 1x atau lebih bab berbentuk tinja yang encer atau cair. Dan menurut Ngastiyah (2016) gastroenteritis adalah bab dengan jumlah tinja yang banyak dari biasanya, dengan tinja yang berbentuk cairan atau setengah cair dapat pula disertai frekuensi defekasi yang meningkat.

Gastroenteritis adalah buang air besar (Defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200gr atau 200ml/24 jam definisi lain memakai kriteria frekuensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3x per hari. Buang air besar encer tersebut dapat atau tanpa disertai lendir dan darah.

Gastroenteritis sering dengan tanda dan gejala klinis lainnya seperti gelisah,

suhu tubuh meningkat, dehidrasi, nafsu makan menurun, BB menurun, mata dan ubun-ubun cekung (terutama pada balita) keadaan ini merupakan gejala gastroenteritis infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri dan parasit perut (Corwin, 2013). Gastroenteritis juga dapat terjadi bersamaan dengan penyakit infeksi lainnya seperti malaria dan campak, begitu juga dengan keracunan kimia. Perubahan gut flora (bakteri usus) yang dipicu antibiotic, dapat menyebabkan gastroenteritis karena pertumbuhan kelebihan dan toksin dari *clostridium difficile* (bakteri gram positif anaerob dalam usus besar).

2.1.2 Etiologi

Ada beberapa factor yang menjadi penyebab munculnya gastroenteritis.

Berikut beberapa diantaranya (Ardiansyah, 2012) :

1. Infeksi Internal

a. Stigella

- 1) Musiman, puncaknya pada bulan juli-september.
- 2) Insiden paling tinggi pada umur 1-5 tahun.
- 3) Dapat dihubungkan dengan kejang demam.
- 4) Muntah yang tidak menonjol.
- 5) Sel polos dalam feses.
- 6) Sel batang pada darah.

b. Salmonella

- 1) Menyerang semua umur, tetapi angka kejadian lebih tinggi pada bayi dibawah umur 1 tahun.
- 2) Menembus dinding usus, feses berdarah, dan mukoid.
- 3) Mungkin ada peningkatan temperature.

- 4) Muntah tidak menonjol.
- 5) Adanya kandungan sel polos dalam feses.
- 6) Masa inkubasi 6-40 jam, lamanya 2-5 hari.
- 7) Organisme dapat ditemukan pada feses selama berbulan-bulan.

c. Escherichia coli

- 1) Baik yang menembus mukosa (feses berdarah) atau yang menghasilkan enterotoksin.
- 2) Pasien (biasanya bayi) dapat terlihat sangat sakit.

d. Campylobacter

- 1) Sifatnya infasis (feses yang berdarah dan bercampur mukus) pada bayi dapat menyebabkan diare berdarah tanpa manifestasi klinis yang lain.
- 2) Kram abdomen yang hebat.
- 3) Muntah atau dehidrasi jarang terjadi.

e. Yersinia enterocolitica

- 1) Feses mukosa.
- 2) Sering didapatkan sel polos pada feses.
- 3) Mungkin ada nyeri abdomen yang berat.
- 4) Diare selama 1-2 minggu.
- 5) Sering menyerupai usus buntu.

2. Infeksi oleh virus

a. Rotavirus

- 1) Merupakan penyebab paling sering dari diare akut pada bayi ; gejalanya sering didahului atau disertai dengan muntah.
- 2) Timbul sepanjang tahun, tetapi biasanya pada musim dingin.

3) Dapat disertai dengan demam atau muntah.

4) Di dapatkan penurunan HCC.

b. Enterovirus

1) Biasanya timbul pada musim panas.

c. Andenovirus

1) Timbul sepanjang tahun.

2) Menyebabkan gejala pada saluran pencernaan atau pernapasan.

d. Norwalk

1) Sifatnya epidemic atau menular.

2) Dapat sembuh sendiri (dalam 24-48 jam).

3. Infeksi Parasit

Biasanya disebabkan oleh cacing (ascaris, trichuris, oxyuris, strongyloids), protozoa (entamoeba histolytica, giardia lamblia, trichomonas hominis), dan jamur (candida albicans).

4. Infeksi Parenteral

Infeksi parenteral adalah infeksi yang terjadi diluar alat pencernaan, seperti otitis media akut (OMA), tonsillitis atau tonsilofaringitis (radang amandel atau radang pangkal tenggorokan), bronkopneumonia (peradangan paru), dan ensefalitis (radang jaringan otak).

5. Penyebab yang Lain

a. Diare juga bisa disebabkan oleh konsumsi obat-obatan yang tidak cocok, seperti sulihormon tiroid, laksatif (obat-obatan untuk mengatasi sembelit), antibiotik, asetaminofen, kemoterapi, dan obat golongan antasida.

b. Pemberian makan melalui NGT dan gangguan motilitas (gerak) usus.

- c. Mengonsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi bakteri.
- d. Berpergian ke Negara endemis dengan sanitasi lingkungan dan kebersihan air yang buruk.
- e. Penggunaan antibiotic dalam jangka panjang.
- f. HIV positif atau AIDS.
- g. Perubahan kualitas udara.

2.1.3 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis/tanda gejala yang terjadi pada Gastroenteritis menurut (Ardiansyah, 2012)

1. Perut mulas dan gelisah, suhu tubuh meningkat, demam, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, mual (kadang-kadang sampai muntah), dan badan terasa lemas.
2. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, kadang disertai mual dan muntah.
3. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena bercampur dengan empedu.
4. Anus dan sekitarnya lecet karena seringnya defekasi, sementara tinja menjadi lebih asam akibat banyaknya asam laktat.
5. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelas (elastisitas kulit menurun), ubun-ubun dan mata cekung, membrane mukosa kering, serta disertai penurunan berat badan.
6. Perubahan tanda-tanda vital, nadi dan respirasi cepat, tekanan darah turun, denyut jantung cepat, pasien sangat lemas, dan kesadaran menurun (apatis, somnolence, sopora komatus) sebagai akibat hipovolemik.

7. Diuresis berkurang (oliguria-anuria).
8. Bila terjadi asidosis metabolic, pasien akan tampak pucat dengan pernapasan cepat dan dalam.

2.1.4 Tanda dan Gejala

1. Dehidrasi.
2. Turgor kulit menurun.
3. Mata cekung.
4. Membran mukosa kering.
5. Penurunan berat badan.
6. Diare.
7. Kram.
8. Mual.
9. Muntah.

2.1.5 Patofisiologi

Penyebab Gastroenteritis adalah masuknya virus (Rotavirus, Adenovirus Enteris, Norwalk), bakteri atau toksin (Compylobacter, Salmonella, Escheribia coli, Yersinia, dan lainnya), dan parasite (Biardia lambai dan Cryptosporidium). Beberapa mikroorganisme pathogen ini dapat menyebabkan infeksi pada sel-sel, memproduksi enterotoksin atau sitotoksin yang dapat merusak sel-sel, atau melekat pada dinding usus pada gastroenteritis.

Penularan gastroenteritis bisa melalui fekal-oral. Dalam beberapa kasus, terjadinya penyebaran pathogen dikarenakan makanan dan minuman yang terkontaminasi tinja, ekskresi yang buruk, makanan yang tidak matang, bahkan makanan yang disajikan tanpa dimasak. Penularannya adalah transmisi orang ke

orang melalui aerosolisasi, tangan yang terkontaminasi, atau melalui aktivitas seksual.

Faktor penentu terjadinya diare adalah factor penyebab (agen) dan factor pejamu (host). Factor pejamu adalah kemampuan pertahanan tubuh terhadap mikroorganisme, yaitu factor daya tahan tubuh, lingkungan, atau lumen saluran cerna (seperti keasaman lambung, motilitas lambung, imunitas, juga mencakup lingkungan mikroflora usus). Faktor penyebab yang mempengaruhi antara lain daya penetrasi yang merusak sel mukosa, kemampuan memproduksi toksin yang mempengaruhi sekresi cairan di usus, serta daya lekat kuman.

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotik (makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus, akibatnya isi rongga usus menjadi berlebihan sehingga timbul diare). Selain itu, gangguan ini juga dapat menimbulkan gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat, kemudian terjadi diare.

Gangguan motilitas usus dapat mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik. Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare. Sebaliknya, jika terjadi hipoperistaltik akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, sehingga juga terjadi diare. Akibat dari diare itu sendiri adalah kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan asam basa (asidosis metabolik dan hipokalemia), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia, dan gangguan sirkulasi darah. (Ardiansyah, 2012)

2.1.6 Diagnosa Banding

1. GERD (Gastro-Esofageal Refluks Disease).
2. Volvulus.
3. Meningitis.
4. Penyakit saluran empedu
5. Pankreatis
6. Hepatitis

2.1.7 Komplikasi

1. Kehilangan cairan dan kelainan elektrolit, memicu shock hipovolemik dan hilangnya elektrolit, seperti hypokalemia (kalium <3 meq/L) dan asidosis metabolic. Pada hypokalemia, waspadai tanda-tanda penurunan tekanan darah.
2. Tubular nekrosis akut dan gagal ginjal pada dehidrasi yang berkepanjangan. Perhatikan pengeluaran urine yang kurang dari 30ml/jam selama 2-3 jam berturut-turut.
3. Arthritis pasca infeksi dapat terjadi beberapa minggu setelah diare, karena *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella*, atau *Yersinia* spp.
4. Disritmia jantung berupa takikardia atrium dan ventrikel, fibrilasi ventrikel, dan kontraksi ventrikel premature akibat gangguan elektrolit terutama karena hipokalemia.
5. Renjatan hipovolemik.
6. Kejang, malnutrisi, dan hipokalemia. (Ardiansyah, 2012)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Ada beberapa pemeriksaan penunjang yang diperlukan saat akan menangani penyakit diare, diantaranya (Ardiansyah, 2012) :

1. Pemeriksaan Laboratorium, yang meliputi :

a. Pemeriksaan Tinja

Pemeriksaan tinja, baik makroskopik maupun mikroskopik, harus dilakukan untuk menentukan diagnosis yang pasti. Dalam pemeriksaan secara makroskopik, harus diperhatikan bentuk, warna tinja, ada tidaknya darah, lendir, pus, lemak, dan lain-lain. Pada pemeriksaan mikroskopik, harus diperhatikan keberadaan telur cacing, parasite, dan bakteri.

b. Dinistest, bila diduga terdapat intoleransi gula.

c. Uji bakteri bila diperlukan.

d. Pemeriksaan feses, bila terdapat leukosit yang menunjukkan adanya inflamasi kolon. Jika diare disertai darah, maka perlu dilakukan kultur feses, karena dicurigai penyebabnya adalah EHEC (enterohemorrhagic E. coli atau EHEC) atau bakteri/parasite/virus lainnya.

2. Pemeriksaan darah, yang mencakup :

a. Pemeriksaan kadar Ph darah dan cadangan dikali serta elektrolit (natrium, kalium, kalsium, dan posfor) dalam serum untuk menentukan keseimbangan asam basa.

b. Kadar ureum dan keratinin untuk mengetahui faal ginjal.

c. Analisis gas darah dan pemeriksaan darah lengkap perlu dilakukan pada kasus diare berat.

d. Deudenal intubation, yang dilakukan untuk mengetahui jasat renik atau parasite secara kualitatif dan kuantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronis.

e. Endoskopi, yang sebaiknya dilakukan sebagai pekerjaan rutin pada setiap

penderita diare. Lebih-lebih lagi setelah ditemukannya colon fiberscope yang akan mempermudah dalam pembuatan diagnosis.

3. Radiologi

Penderita sering mengalami diare yang hilang timbul, misalnya colitis ulseratif dan regional enteritis. Untuk menegakkan diagnosis, perlu dilakukan pemeriksaan radiologi. Pemeriksaan urine untuk menetapkan volume, berat jenis, Ph, dan elektrolitnya.

2.1.9 Pencegahan

Langkah pencegahan utama gastroenteritis adalah rajin mencuci tangan, terutama sebelum makan, setelah beraktivitas di luar rumah, dan setelah buang air kecil atau buang air besar. Cucilah tangan Anda sampai ke celah jari dan kuku, menggunakan sabun dan air hangat selama 20 detik, kemudian bilas hingga bersih. Jika tidak tersedia air dan sabun, gunakan hand sanitizer. Gastroenteritis juga dapat dicegah dengan (Ardiansyah, 2012) :

Tidak berbagi penggunaan peralatan makan dan mandi dengan orang lain.

1. Membersihkan barang yang diduga telah terkontaminasi virus atau bakteri.
2. Menghindari konsumsi makanan mentah atau belum terlalu matang.
3. Membersihkan kamar mandi dan dapur secara rutin, terutama gagang pintu, dudukan toilet, peralatan masak, dan lantai dapur.
4. Mengonsumsi air minum kemasan dan menghindari penggunaan es batu saat sedang bepergian. Kita juga dianjurkan menggunakan air kemasan untuk menggosok gigi saat bepergian.

2.1.10 Penatalaksanaan

Menurut Muhamad Ardiansyah, 2012 dalam buku Medikal Bedah halaman

205, penatalaksanaan medis gastroenteritis ada tiga, yaitu:

1. Pengganti cairan dan elektrolit

Rehidrasi oral dilakukan pada semua pasien diare yang masih mampu minum 10kg pertama 1 liter 10 kg kedua 500ml, $(51-10-10) \times 20\text{ml} = 31 \times 20 = 620$, $1000+500+620=2.120\text{ml}$. Rehidrasi oral terdiri dari 3,5 g natrium klorida, 2,5 g natrium bikarbonat, 1,5 g kalium klorida, dan 20 g glukosa/liter. Air cairan rehidrasi oral dapat dibuat sendiri oleh pasien dengan menambahkan $\frac{1}{2}$ sendok the garam, $\frac{1}{2}$ sendok the baking soda, dan 2-4 sendok makan gula per liter air. Dua buah pisang atau satu cangkir jus jeruk juga dapat diberikan untuk mengganti kalium. Selain itu, minum cairan sebanyak mungkin atau berikan oralit.

Sedangkan untuk kasus diare hebat, berikan hidrasi intravena. NaCl atau laktat ringer juga harus diberikan sebagai suplementasi kalium dan jangan lupa untuk selalu memonitor status hidrasi, TTV, dan keluaran urine. Pengganti cairan dapat menggunakan rumus metode ierce berdasarkan keadaan klinis, yaitu untuk dehidrasi ringan dibutuhkan cairan 5% kali berat badan (kg), dehidrasi sedang dibutuhkan cairan 8% kali berat badan (kg), dan dehidrasi berat dibutuhkan cairan 10% kali berat badan (kg).

2. Diatetik (Pemberian Obat)

Terapi diatetik adalah pemberian makan dan minum khusus kepada pasien dengan tujuan meringankan, menyembuhkan, serta menjaga kesehatan pasien. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan ini adalah tetap memberikan ASI dan memberikan bahan makanan yang mengandung cukup kalori, protein, mineral, dan vitamin, serta makanan yang harus bersih.

3. Obat-obatan

Beberapa obat-obatan yang dapat diberikan, diantaranya obat antisekresi, obat antispasmodik, dan obat antibiotik.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Gastroenteritis

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Susan C. Smeltzer, 2017).

2.2.1 Pengkajian

Pada anamnesis biasanya di dapatkan keluhan abdomen yang tidak jelas seperti mual, muntah, dan anoreksia sehingga dapat menyebabkan pemenuhan kebutuhan nutrisi harian pasien kuning. Pada beberapa pasien didapatkan keluhan yang lebih berat seperti nyeri epigastrium, muntah, perdarahan, dan hematemesis yang menimbulkan kecemasan secara individu.

Menurut (Ardiansyah, 2012) dalam buku Medikal Bedah hal 210, menjelaskan bahwa :

1. Pengumpulan Data

Pengkajian yang sistematis meliputi pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah. Pengumpulan data diperoleh dengan cara wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Sementara, pengkajian data sebagai berikut :

a. Identitas

Identitas pasien , meliputi nama lengkap, tempat tinggal, umur, asal suku,

bangsa, dan pekerjaan orang tua (Ardiansyah, 2012)

b. Keluhan Utama

Biasanya akan merasakan keluhan seperti nyeri pada abdomen, seperti di tusuk-tusuk (Ardiansyah, 2012)

c. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengungkapkan gelisah, anoreksia kemudian timbul diare. Keluhan utama : feses semakin cair, kehilangan banyak air dan elektrolit terjadi gejala dehidrasi, selaput kadir mulut dan bibir kering, frekuensi BAB lebih dari 4x (GEADS 2018)

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit yang diderita, riwayat inflamasi (GEADS, 2018)

e. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang memiliki penyakit Gastroenteritis (Ardiansyah, 2012)

f. Riwayat alergi

Menggambarkan apakah pasien mempunyai riwayat alergi obat maupun makanan (Ardiansyah, 2012).

g. Pemeriksaan Fisik B1-B6

1) B1 (Breathing)

Pada sistem pernafasan, ditemukan kesimetrisan rongga dada normal, pasien tidak sesak nafas, tidak ada penggunaan otot bantu nafas. Taktil fremitus teraba di semua lapang paru. Suara nafas vesikuler, irama nafas vesikuler dan pola nafas normal (Ardiansyah, 2012)

2) B2 (Blood)

Pasien Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang biasanya dapat terjadi Respons akut akibat kehilangan cairan tubuh akan mempengaruhi volume darah. Akibat turunnya volume darah, maka curah jantung pun menurun sehingga tekanan darah, denyut nadi cepat dan lemah, serta pasien mempunyai risiko timbulnya tanda dan gejala syok. (Ardiansyah, 2012)

3) B3 (Brain)

Kaji tingkat kesadaran pasien baik secara kualitatif ataupun menggunakan kuantitatif. Pada sistem ini akan menyucul rasa nyeri karena pada saraf perifer sensorik memberi tanda peringatan terjadinya kerusakan jaringan pada tubuh. Pemeriksaan reflek fisiologi yang seharusnya positif dan reflek patologis yang seharusnya negatif. Serta pemeriksaan sistem neurologi nervus 1 – 12 (Ardiansyah, 2012)

4) B4 (Bladder)

Pada kondisi dehidrasi berat akan didapatkan penurunan urine output. Semakin berat kondisi dehidrasi, maka akan rasi, dan didapatkan kondisi oliguria sampai anuria dan pasien mempunyai risiko untuk mengalami gagal ginjal akut (Ardiansyah, 2012)

5) B5 (Bowel)

Pemeriksaan sistem gastrointestinal yang di dapatkan berhubungan dengan berbagai faktor, seperti penyebab, onset, kondisi hidrasi dan tingkat toleransi individu (usia, malnutrisi, penyakit kronis, dan penurrunan imunitas). Secara lazim pada pemeriksaan gastrointestinal akan didapatkan :

Inspeksi : pada pasien dehidrasi berat akan terlihat lemas, sering BAB, dengan

diare akut mungkin didapatkan kembung, distensi abdomen

Auskultasi : Didapatkan peningkatan bising usus lebih dari 35 kali/menit yang berhubungan dengan peningkatan motilitas usus dari peradangan pada saluran gastrointestinal.

Perkusi : Didapatkan suara timpani abdomen yang mengalami kembung

Palpasi : Apakah didapatkan supel (elastisitas dinding optimal) dan apakah didapatkan adanya nyeri tekan (tenderness) pada area abdomen.

Pemeriksaan anus dan sekitarnya lecet karena sering BAB dan feses menjadi asam akibat banyaknya asam laktat.

Pada pemeriksaan feses, didapatkan feses :

Konsistensi cair berhubungan dengan kondisi lazim gastroenteritis. Feses bercampur lendir dan darah yang berhubungan dengan ulserasi kolon. Feses seperti air tajin (air beras) pada pasien kolera. Feses berwarna menjadi gelap dan kehijau – hijauan berhubungan dengan kondisi malabsorpsi atau bercampur garam empedu (Ardiansyah, 2012)

6) B6 (Bone)

Respons dehidrasi dan penurunan volume cairan tubuh akut akan menyebabkan kelemahan fisik umum. Pada kondisi diare kronis dengan depleksi nutrisi dan elektrolit dan didapatkan kram otot ekstremitas.

Integumen. Pada kondisi lanjut akan didapatkan tanda dan gejala dehidrasi, meliputi :

Turgor kulit menurun dan mata cekung membran mukosa kering dan disertai penurunan berat badan akut. Keringat dingin (Ardiansyah, 2012)

7) Pemeriksaan Penunjang Pemeriksaan penunjang klinis

1. Darah

Ht meningkat, leukosit menurun

2. Feses

Bakteri atau parasit

3. Elektrolit

Natrium dan Kalium menurun

4. Urinalisa

Urin pekat, BJ meningkat

5. Analisa Gas Darah

Antidosis metabolik (bila sudah kekurangan cairan) (GEADS, 2018)

2.2.2 Diagnosis

- a. Gangguan pola eliminasi (buang air besar karena diare) yang berkaitan dengan inflamasi, iritasi, dan mal absorbs usus.
- b. Kurangnya volume cairan yang berkaitan dengan keluarnya cairan melalui rute normal (diare berat, muntah), serta status hipermetabolik dan pemasukan cairan yang terbatas.
- c. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berkaitan dengan gangguan absorpsi nutrisi, status hipermetabolik.
- d. Nyeri yang berkaitan dengan gerak peristaltic usus yang berlebihan (hiperperistaltik), diare lama, dan iritasi kulit atau jaringan.
- e. Kecemasan yang berkaitan dengan factor psikologis atau rangsangan simpatis (proses inflamasi), ancaman konsep diri, serta ancaman terhadap perubahan status kesehatan dan status soaial ekonomi.

2.2.3 Perencanaan keperawatan

1. (Diagnosis 1)

Gangguan pola eliminasi (buang air besar karena diare) berhubungan dengan inflamasi, iritasi, mal absorbs usus, adanya toksin, dan arena penyempitan segmental usus.

a. Tujuan

Diare dapat teratasi setelah dilakukan intervensi keperawatan.

b. Kriteria hasil

1. Pasien akan melaporkan penurunan frekuensi, defekasi, dan konsistensi kembali normal.
2. Pasien mampu mengidentifikasi dan menghindari faktor-faktor pemberat diare.

c. Intervensi

1. Observasi dan catat frekuensi, defekasi, jumlah dan warna feses.

Rasionalisasi : untuk mengidentifikasi beratnya diare dan untuk menentukan intervensi selanjutnya.

2. Tingkatkan tirah baring dan siapkan tempat tidur.

Rasionalisasi : istirahat menurunkan motilitas usus dan laju metabolisme.

3. Identifikasi makanan atau cairan yang mencetuskan diare.

Rasionalisasi : menghindari bahan iritan dan meningkatkan istirahat usus.

4. Kolaborasi dalam pemberian terapi antikolinergik sesuai program medis.

Rasionalisasi : menurunkan motilitas atau peristaltik GI dan menurunkan sekresi digestif untuk menghilangkan kram dan diare.

5. Berikan terapi antibiotik.

Rasionalisasi : mengobati infeksi supuratif lokal.

2. Diagnosis 2

Defisit volume cairan berhubungan dengan output (keluaran) cairan melalui rute normal (diare berat/muntah), status hipermetabolik, dan pemasukan cairan yang terbatas.

a. Tujuan

Defisit volume cairan teratasi.

b. Kriteria hasil

1. Asupan (intake) seimbang dengan output.
2. Tanda-tanda vital dalam batas normal.
3. Membrane mukosa kulit lembab.
4. Capillary refill <3 detik.
5. Berat badan seimbang.

c. Intervensi

1. Monitor dan catat masukan dan pengeluaran cairan, yakni urine dan feses (jumlah, konsistensi, dan warna).

Rasionalisasi : memberikan informasi tentang keseimbangan cairan dan merupakan pedoman untuk penggantian cairan.

2. Observasi tanda-tanda vital (TTV).

Rasionalisasi : hipotensi, takikardia, dan demam dapat menunjukkan respons terhadap kehilangan cairan.

3. Observasi adanya kulit kering dan membrane mukosa, kulit yang kering, penurunan turgor kulit, dan pengisian kapiler yang lambat.

Rasionalisasi : menunjukkan kehilangan cairan berlebihan/dehidrasi.

4. Ukur berat badan setiap hari.

Rasionalisasi : indicator cairan dan status nutrisi.

5. Pertahankan pembatasan per oral, tirah baring, dan hindari beraktivitas.

Rasionalisasi : untuk mengistirahatkan kolon dengan tujuan untuk proses penyembuhan dan menurunkan kehilangan cairan usus.

3. Diagnosa 3

Jumlah nutrisi yang kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan gangguan absorbs nutrisi, status hipermetabolik.

a. Tujuan

Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat teratasi.

b. Kriteria hasil

1. Berat badan membaik.
2. Makan habis satu porsi.
3. Rasa mual dapat berkurang.

c. Intervensi

1. Timbang berat badan setiap hari.

Rasionalisasi : memberikan informasi tentang kebutuhan diet/keefektifan terapi.

2. Dorong tirah baring dan pembatasan aktivitas selama sakit.

Rasionalisasi : menurunkan kebutuhan metabolic untuk mencegah penurunan kalori.

3. Anjurkan pasien untuk istirahat sebelum makan.

Rasionalisasi : menurunkan gerak peristaltic usus dan meningkatkan energy untuk makan.

4. Kolaborasi dengan tim gizi/ahli diet untuk menentukan diet rendah serat.

Rasionalisasi : protein diperlukan untuk penyembuhan integritas jaringan.

Makanan yang rendah serat akan berkontribusi menurunkan gerak peristaltic usus terhadap makanan.

5. Berikan terapi vitamin B₁₂ sesuai program medis.

Rasionalisasi : meningkatkan produksi sel darah merah atau memperbaiki anemia.

4. Diagnosis 4

Nyeri yang berhubungan dengan gerak hiperperistaltik usus, diare dalam jangka waktu lama, dan iritasi kulit/jaringan.

a. Tujuan

Rasa nyeri dapat hilang atau terkontrol.

b. Kriteria hasil

1. Ekspresi wajah rileks.
2. Skala nyeri 0-2
3. Tanda-tanda vital dalam batas normal.

c. Intervensi

1. Dorong pasien untuk melaporkan nyeri yang dialami.

Rasionalisasi : untuk mengetahui derajat nyeri.

2. Observasi laporan kram abdomen atau nyeri, catat lokasi, lamanya, intensitas (skala 0-10), serta selidiki dan laporan perubahan karakteristik nyeri.

Rasionalisasi : perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan penyebaran penyakit atau terjadinya komplikasi.

3. Observasi adanya respons non verbal dan perubahannya.

Rasionalisasi : bahasa tubuh atau respons non verbal untuk digunakan mengetahui besarnya nyeri yang dialami pasien.

4. Kaji ulang factor-faktor yang menyebabkan meningkat atau menghilangkan

nyeri.

Rasionalisasi : untuk mengetahui factor-faktor pencetus nyeri.

5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesik.

Rasionalisasi : meingkatkan relaksasi, memfokuskan kembali perhatian, dan meningkatkan kemampuan coping.

5. Diagnosis 5

Ansietas (kecemasan) yang berhubungan dengan factor psikologis atau rangsangan konsep diri, ancaman terhadap perubahan status kesehatan, dan status social ekonomi.

a. Tujuan

Kecemasan yang berlebihan dapat teratasi.

b. Kriteria hasil

1. Pasien rileks.
2. Kecemasan pasien berkurang.
3. Pasien dapat beristirahat cukup.

c. Intervensi

1. Amati perilaku pasien (gelisah, peka rangsang, menolak, atau kurang kontak mata).

Rasionalisasi : indikasi derajat kecemasan atau stress. Hal ini dapat terjadi akibat gejala fisik.

2. Bantu pasien untuk mengeksplorasi perasaan dan berikan umpan balik.

Rasionalisasi : menciptakan hubungan terapeutik, membantu pasien dalam mengidentifikasi masalah yang menyebabkan stress.

3. Berikan lingkungan yang tenang dan tingkatkan istirahat.

Rasionalisasi : meningkatkan relaksasi dan membantu menurunkan cemas.

4. Berikan informasi nyata atau akurat tentang apa yang dilakukan, misalnya tirah baring, pembatas masukan per oral, dan prosedur perawatan.

Rasionalisasi : keterlibatan pasien dalam perencanaan perawatan, memberikan rasa kontrol, dan membantu menurunkan kecemasan.

5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat sedatif sesuai indikasi.

Rasionalisasi : untuk menurunkan ansietas dan memudahkan istirahat.

4. Penatalaksanaan

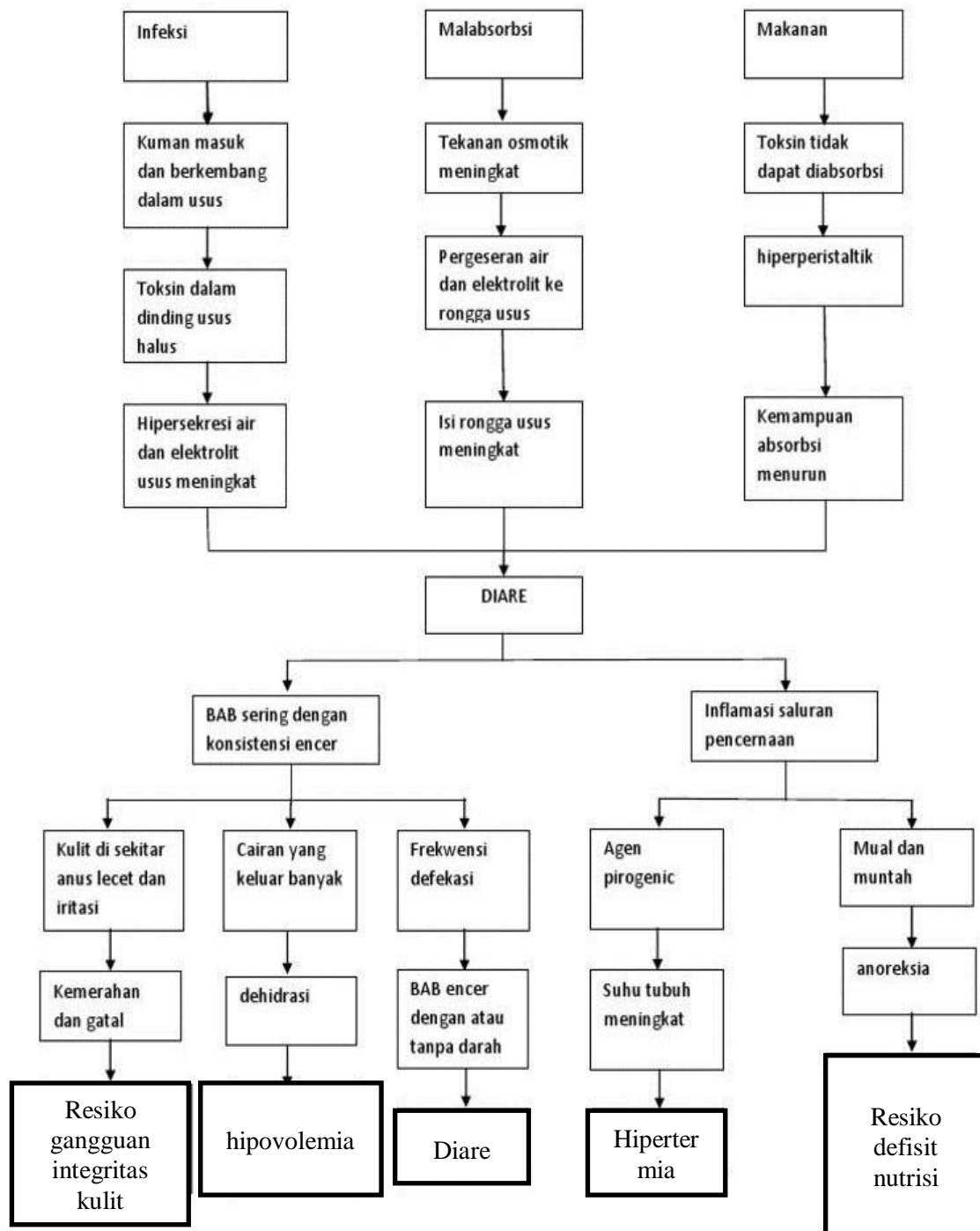
Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien.

5. Evaluasi

Menurut Muttaqin, (2011) Hasil yang diharapkan pada pasien gastroenteritis setelah mendapatkan intervensi keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Nyeri epigastrium berkurang atau teradaptasi.
2. Nutrisi terpenuhi
3. Ketidakseimbangan nutrisi dan elektrolit tidak terjadi
4. Dapat menjelaskan tentang gastroenteritis
5. Cemas teradaptasi

2.3 Kerangka masalah



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 02 Mei sampai 04 Mei 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 02 Mei 2021 jam 08.00 WIB. MRS pada tanggal 30 April 2021 pukul 10.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga pasien dan file No. Register 2X-XX-XX sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny”A” usia 81 tahun, beragama kepercayaan, Bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Jawa. Pasien tinggal di Surabaya, pendidikan terakhir pasien S1/D-IV, Pekerjaan pasien sebagai Purnawirawan. Penanggung jawab bpjs mandiri.

3.1.2 Keluhan utama

BAB encer lebih dari 5 kali sehari, mual, muntah.

3.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Pada saat tanggal 25 April 2021 pagi jam 08.00 pasien mulai mengeluh merasakan nyeri perut. Saat siang hari pasien dirumah mengeluh tambah sakit perut dan merasakan pusing, setelah itu pasien langsung makan dengan bubur, biasanya habis 1 porsi saat ini hanya habis ½ porsi. Pasien mengatakan bahwa dirinya jarang minum, nafsu makan pasien juga menurun. Pasien datang dengan keluhan BAB 5x sehari mulai tanggal 26 April 2021 konsistensi cair warna kuning sebanyak 900cc, mual yang berlebihan dan muntah 3x isinya makanan cair

berampas warna kuning kecoklatan sebanyak 300cc. pada tanggal 30 April 2021 jam 10.00 WIB pasien datang ke IGD RS. Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Pasien diantar oleh anak pasien. Pasien masuk dengan diagnosa medis Gastroenteritis. Pasien masih diare cair warna kuning 900cc kemudian mendapatkan terapi infus dengan cairan Nacl 0,9 % 18 tpm, terapi obat injeksi ondansentron 8mg rute iv, santagesik 2x500mg rute oral. Kemudian tanggal 01 Mei 2021 pasien masih diare cair warna kuning 900cc kemudian mendapatkan terapi obat injeksi ondansentron 8mg rute iv, santagesik 2x500mg rute oral, ranitidine rute injeksi. Kesadaran : composmentis, GCS E: 4 M: 5 V: 6 Total 15. Keadaan umum : lemah, dilakukan pemeriksaan TTV, TD : 100/70 mmHg, N: 67x/menit, S: 36,5°C, RR: 22x/menit, SpO2: 96%.

3.1.4 Riwayat penyakit dahulu

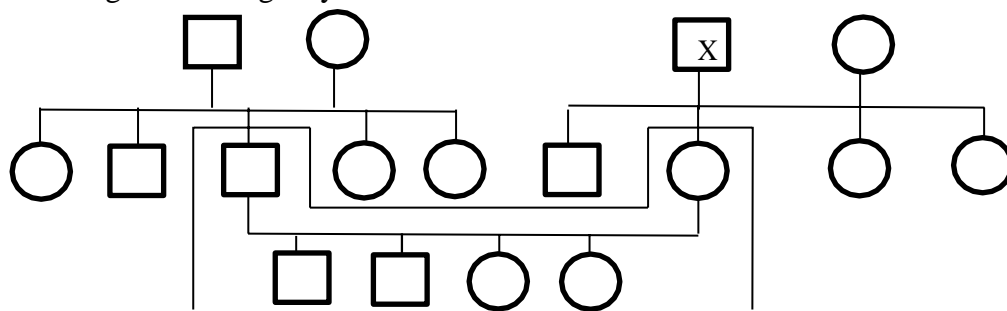
Pasien mengatakan sebelumnya mempunyai riwayat penyakit Gastroenteritis pada tahun 2019 pasien tidak mual, muntah, diare 4x sehari dan memiliki riwayat penyakit lainnya seperti Asma, Diabetes Mellitus.

3.1.5 Riwayat penyakit keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit gastroenteritis. Dan dari anggota keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti asma, diabetes mellitus, dan hipertensi.

3.1.6 Genogram

Genogram keluarga Ny.A



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan:

- : Perempuan
- : Laki-laki
- X : Meninggal
- ↑ : Klien
- └─ : Hubungan keluarga
- : Satu keluarga

3.1.7 Riwayat alergi

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan yang dibuktikan dengan skin test.

3.1.8 Pengkajian persistem

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis observasi tanda-tanda vital tensi 100/70 mmHg, nadi: 67x/menit, suhu: 36,5°C, RR: 22x/menit, SpO₂: 96%. GCS : E: 4, M: 5, V: 6 total 15. Tinggi badan 160 cm , berat badan tanggal 27 April 2021 sebelum masuk rumah sakit 55 kg, berat badan saat pengkajian tanggal 02 Mei 2021 51 kg.

1. B1 Sistem Pernafasan (Breathing)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien reguler, kelainan tidak ada, Pola nafas dalam, tidak ada taktil/vocal fremitus, sesak nafas tidak ada, pasien tidak batuk, sputum tidak ada. Sianosis tidak ada, Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, RR: 22x/menit. Kemampuan aktivitas menurun.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan.

2. B2 Sistem Kardiovaskuler (Blood)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat lesi ataupun benjolan, congiungtiva tidak anemis, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan palpasi, Ictus cordis teraba pada ICS 4-5 mid clavicula sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT < 2 detik. Akral teraba hangat, kering, merah pada bagian ekstremitas atas dan bawah. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara peka. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Pemeriksaan auskultasi terdapat bunyi jantung S1 S2 tunggal, mur-mur (-), gallop (-), irama jantung reguler.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan.

3. B3 Sistem Persyarafan (Brain)

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran compos mentis, GCS 456, bentuk hidung simetris, septum simetris, tidak ada gangguan atau kelainan pada penciuman pasien, reaksi pupil (+) diameter 3 mm, tidak ada kejang. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzki (-), Kerniks (-). Pemeriksaan perkusi pada triceps (+/+), bisep (+/+), patella (+/+) dan achilles (+/+). Pada pemeriksaan nervus :

1. Nervus kranial I : Tidak ada gangguan.
2. Nervus kranial II: Ny. A dapat melihat dengan normal.
3. Nervus kranial III: Ny. A dapat melihat dengan jelas dan normal.
4. Nervus kranial IV: Ny. A dapat menggerakkan bola mata.
5. Nervus kranial V: Ny. A dapat mengunyah dan menelan.
6. Nervus kranial VI: Ny. A dapat menggerakkan bolamata kearah lateral.
7. Nervus kranial VII: Wajah Ny.A berbentuk simetris.

8. Nervus kranial VIII: Ny. A dapat tersenyum dengan simetris.
9. Nervus kranial IX: Ny. A dapat menelan.
10. Nervus kranial X: Ny. A mampu menelan secara pelan.
11. Nervus kranial XI: Ny. A mampu menggerakkan bahu.
12. Nervus kranial XII: Ny. A mampu menggerakkan lidah sebelah kiri.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan.

4. B4 Sistem Perkemihan Dan Genetalia (Blader)

Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang folly chateter, saat masuk rumah sakit minum pasien sehari 8 gelas/hari jumlah 1000 cc/hari, produksi urine masuk rumah sakit sekitar 1600 cc/24 jam tidak memakai kateter. Warna urine pasien kuning, bau amoniak. IWL= $15 \times 51 \text{kg} / \text{BB} / 24 \text{jam} = 319 \text{ cc} / 24 \text{jam}$.

Balance cairan :

Input	Output
Minum : 1000cc	Diare : 900cc
Cairan infus 0,9% Nacl 18 tpm : 1500 cc	Urine : 1.600cc
Makanan : 200cc	Muntah : 300cc
Oksidasi metabolik : 200cc	IWL : 319cc
	Keringat : 100cc
Jumlah : 2.900cc	Jumlah : 3.219cc

$$\text{Input-output} = 2.900 - 3.219 = -319 \text{cc}$$

Masalah Keperawatan: Hipovolemi

5. B5 Sistem Pencernaan (Bowel)

Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih tidak ada sariawan, membran mukosa kering, lidah tampak bersih, tidak ada gigi palsu, nafsu makan menurun,

pasien mual, muntah 3x sebanyak 300cc, pasien merasa tidak nyaman. Tidak ada nyeri telan. Peristaltik usus 40x/menit, pasien diare 5x/hari selama 1 hari pada tanggal 02 Mei 2021 dengan konsistensi cair ada berampas 900cc warna kuning. Tidak terpasang NGT. Pada saat palpasi perut teraba sedikit keras dibagian lambung, tidak ada distensi kandung kemih. ada kram bagian sekitar abdomen dan menjalar ke ulu hati, tidak teraba hepatomegali, lien tidak ada pembesaran. Perkusi timpani pada daerah lambung. Pada auskultasi Bising usus 35x/menit (normal 5-30x/menit), diitnya makanan berlemak, dan berminyak, makanan mengandung kafein, alkohol, makanan asam pada saat malam hari. Porsi makan pasien 1 porsi sebelum masuk rumah sakit, ketika pasien masuk rumah sakit pasien $\frac{1}{2}$ porsi untuk makan. Minum 1000 ml/harinya. BB pasien SMRS : 55 Kg, BB pasien MRS : 51 Kg, TB pasien : 160 cm. Index Masa Tubuh (BMI) = $1,60 \times 1,60 = 2,56$. $51 : 2,56 = 19,9$. Berat badan Ny.A tergolong dalam kategori (Normal).

Masalah Keperawatan:

2.3.1 Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal.

2.3.2 Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

6. B6 Sistem Muskuloskeletal & Integumen (Bone)

Warna kulit pasien sawo matang, tampak kulit pasien kering pucat, tidak ada lesi atau odem, ROM bebas bergerak, turgor kulit elastis <2detik, tulang pasien tidak ada gangguan atau fraktur. Pasien dengan usia lansia biasanya sendi mulai lemah, rentan dalam beraktivitas.

Kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan.

7. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran tyroid, hiperglikemia (dalam batas normal), tidak ada hipoglikemia.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

8. Seksual-Reproduksi

Pasien tidak pernah memeriksakan masalah reproduksi, seksual yang berhubungan dengan penyakit tidak ada, pasien sudah menopause sejak usia 46 tahun.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

9. Kemampuan Perawatan Diri

Table 3.1 kemampuan perawatan diri Ny.A

Skor	Kemandirian	Nilai
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian	
B	Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut	✓
C	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan	
D	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan	
E	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan	
F	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan	
G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut	
Lain-lainnya	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D,E, atau F	

Keterangan :

**Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi aktif.

Pengkajian ini didasarkan pada kondisi actual klien dan bukan pada kemampuan, artinya jika klien menolak untuk melakukan suatu fungsi, dianggap sebagai tidak melakukan fungsi meskipun ia sebenarnya mampu.

**Cara penilaian : memberikan tanda (√) pada kolom nilai sesuai dengan skor kemandirian lansia

10. Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit : mandi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, pasien keramas dalam 2 hari sekali, oral hygiene 2x/hari, memotong kuku 2 minggu sekali, Saat masuk rumah sakit: pasien diseka dibantu oleh anaknya, ganti pakai 1x, oral hygiene 1x/hari, memotong kuku tidak pernah.

11. Istirahat-Tidur

Pola istirahat tidur pasien SMRS, pasien mengatkan saat tidur nyenyak +- 7 jam dan merasa waktu istirahat tidur cukup. Pasien mengatakan saat MRS jam tidur kurang, pasien merasa tidak nyenyak, tidur terganggu, dan semalam terbangun dikarenakan timbul rasa nyeri pada perut pasien.

12. Kognitif Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual

Persepsi pasien terhadap sehat sakit “pasien mengatakan menyadari akan penyakitnya, pasien menerima kondisi sakitnya saat ini dan pasien meminta kesembuhan kepada Tuhan agar cepat sembuh dan bisa segera pulang”.

Konsep diri :

1. Gambaran diri: pasien menyukai seluruh anggota tubuhnya dan mensyukuri apa yang dimiliki.

2. Ideal diri : pasien mengatakan berharap agar bisa cepat pulang.
3. Harga diri :pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas atas penyakitnya.
4. Identitas diri : pasien merupakan seorang perempuan.
5. Peran : pasien merupakan seorang ibu, istri dalam rumah tangga.

Kemampuan bicara pasien baik dan normal, bahasa yang di gunakan sehari-hari yaitu bahasa Jawa dan bahasa Indonesia, px menerima sakitnya sebagai ujian atau cobaan dari Tuhan, pasien tidak ansietas, aktivitas sehari-hari bersantai, menonton tv, bersih-bersih rumah, kegiatan rekreasi pasien hanya menonton tv di rumah bersama keluarga, kegiatan olahraga pasien mengatakan berolahraga di lingkungan tempat tinggal pasien hanya berjalan-jalan di depan rumah, sistem pendukung pasien adalah keluarganya, hubungan pasien dengan orang lain baik.

3.1.9 Pemeriksaan penunjang

1. Tabel 3.2 Hasil pemeriksaan laboratorium Ny.A

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
Pemeriksaan tanggal 02 Mei 2021			
WBC	8,1	$10^3/UL$	4,0-10,0
Hemoglobin	L 10,7	g/dl	11,0-16,0
Hematokrit	L 30,2	%	37,0-54,0
Trombosit	239	$10^3/UL$	150-400
BUN	89	mg/dl	10 – 24
Kreatinin	3,9	mg/dl	0,5 - 1,5
Gula darah acak	179	mg/dl	100 – 200
Natrium	131,8	Mmol/L	135 – 145
Kalium	5,02	Mmol/L	3,5 – 5
Khlorida	108,8	Mmol/L	95 – 108
MCH	30,3	Pg	27,0-34,0

MCV	85,6	Fl	80,0-100,0
MCHC	35,4	g/dl	32,0-36,0
SGPT	10	U/L	0 – 35
SGOT	23	U/L	0 – 37
Globulin	0,9	Mg/dl	2,2 – 3,5

Pada Ny.A Bun dan Kreatinin meningkat, karena faktor dehidrasi pada pasien.

2. Radiologi



Gambar 3.2 foto thorax Ny.A

Radiologi : Photo USG. dan foto thorax

Hasil foto thorax AP didapatkan :

Cor : Kesan membesar

Pulmo : Tak tampak infiltrat

Sinus phrenicocostalis kanan-kiri tajam, Tulang tak tampak kelainan.

Kesimpulan : Kesan cardiomegaly

3. Penatalaksanaan

Tabel 3.3 Terapi obat Ny.A

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1.	Santagesik	2x500mg	Oral	Antiinflamasi
2.	Ranitidine	2x1	Injeksi	Menurunkan sekresi asam lambung berlebih
3.	Injeksi Ondansetron	8mg	Iv	untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah.
4.	Cefobartam	3x1 mg	Iv	Pengobatan

				infeksi : infeksi saluran pernafasan, saluran kencing
6.	OMZ	5mg	Oral	Untuk mengatasi gangguan lambung.

Surabaya, 14 Juni 2021

Perawat



Muhimmatul L. M.

1820034

3.2 Analisa Data

Nama : Ny.A

Ruang/Kamar : Jantung/2

Umur : 81 Tahun

RM : 2X. XX. XX

Tabel 3. 2 Analisa Data

No	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>Ds : Pasien mengatakan diare 5x sehari Pasien mengatakan bahwa perutnya terasa mulas dan kram perut</p> <p>Do: Defekasi lebih dari 4x selama 24jam Frekuensi peristaltik meningkat 40x/menit (Normal 5-30x/menit)</p>	<p>Inflamasi Gastrointestinal</p>	<p>Diare (SDKI,D.0020)</p>
2.	<p>Ds: Mengatakan lemah</p> <p>Do: Tekanan darah menurun Turgor kulit menurun Membran mukosa kering Hasil balance cairan Input-output=2.900-3.219= -319cc TTV : TD :100/70mmhg N : 67x/menit S : 36,5⁰C Rr : 22x/menit Gcs : Composmentis 456</p>	<p>Kekurangan intake cairan</p>	<p>Hipovolemia (SDKI, D.0023)</p>

3.	Ds : Pasien mengeluh tidak nyaman karena sering BAB Do: Pasien terlihat gelisah Pola eliminasi berubah	Gejala penyakit	Gangguan rasa nyaman (SDKI, D.0074)
----	---	-----------------	--

3.3 Prioritas Masalah

Nama: Ny.A

Ruang/ Kamar : Jantung/2

Umur: 81

RM : 2x.xx.xx

Tabel 3. 3 Prioritas Masalah

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		PARAF(Nama perawat)
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	02-05-21	04-05-21	<i>HM</i>
2	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan	02-05-21	03-05-21	<i>HM</i>
3	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	02-05-21	04-05-21	<i>HM</i>

3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3. 4 Rencana Keperawatan pada pasien Gastroenteritis

NO	Diagnos keperawatan	Tujuan & krteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	<p>Tujuan : Setelah dilakukantindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik, dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol pengeluaran feses meningkat (5) - Konsistensi feses membaik (5) - Frekuensi defekasi cukup membaik (5) - Peristaltik usus cukup membaik (5) - Nyeri abdomen cukup menurun (5) 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare (misal inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan). 2. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. 3. Monitor jumlah pengeluaran diare. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian obat antimotilasi ondansetron 8mg omz 5mg. 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui faktor resiko penyebab diare - Untuk mengetahui frekuensi dan konsistensi tinja. - Untuk mengetahui jumlah pengeluaran diare. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - meningkatkan nafsu makan. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - untuk mengobati proses infeksi penyakit.

2.	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan	<p>Tujuan : Setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam status cairan membaik dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. frekuensi membaik (5) 2. Output urin meningkat (5) 3. Perasaan lemah menurun (5) 4. Tekanan darah membaik (5) 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan darah menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake output cairan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan iv isotonic (Nacl) 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui tanda dan gejala hipovolemia - Mengetahui intake output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui kebutuhan cairan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk memenuhi kebutuhan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk menambah cairan tubuh

3.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan tidak nyaman menurun (5) - Gelisah menurun(5) - Mual menurun(5) - Lelah menurun(5) 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis nyeri, gatal, sesak) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi yang nyaman <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan mengenai cara pemeliharaan kebersihan 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien lebih nyaman <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk menjaga kesehatan -

3.5 Tindakan Keperawatan

Tabel 3.5 Tindakan Keperawatan pada pasien Gastroenteritis

No. Dx	Hari, tgl/jam	Implementasi	Paraf	Hari, tgl/jam	SOAP	Paraf
1	Minggu, 02 Mei 2021			Minggu, 02 Mei 2021 14.00	S : Pasien mengatakan diare Pasien mengatakan bahwa perutnya terasa mulas dan kram Perut O : Defekasi lebih dari 5x selama 24jam Frekuensi peristaltik meningkat 40x/menit (Normal 5-30x/menit) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3	
	08.00	1. Mengidentifikasi penyebab diare. (misal, inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi)	HM			HM
	08.30	2. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. (BAB 5X/hari konsistensi cair warna kuning sebanyak 900cc)	HM			HM
	08.50	3. Memonitor jumlah pengeluaran diare. (BAB 900cc)				
	09.00	4. Mengajarkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap. (pasien habis ½ porsi, mual masih ada)	HM			HM

	09.30	5.	Memberikan pemberian obat antimotilasi. (Ondansetron 8mg, Omz 5mg)				
	09.50						
2	Minggu, 02 Mei 2021	1.	Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan darah menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah)	HM	Minggu, 02 Mei 2021	S : Mengatakan lemah	HM
	09.00				14.00	O :	
	09.10					Tekanan darah menurun	
						Turgor kulit menurun	
						Membran mukosa kering	
						Hasil balance cairan	
						Input-output=2.900-3.219= -319cc	
						TTV :	
						TD :100/70mmhg	
						N : 67x/menit	
						S : 36,5 ⁰ C	
						Rr : 22x/menit	
						Gcs : Composmentis 456	HM
	09.25	2.	Memonitor intake output cairan. Intake : Minum : 1000cc Cairan infus 0,9% Nacl 18 tpm :1500cc Makan : 200cc Oksidasi metabolic : 200cc Intake = 2.900cc Output :	HM		A : Masalah teratasi sebagian	
						P : Intervensi dilanjutkan nomor 1,2	
				HM			HM

		<p>Diare : 900cc Urin : 1600cc Muntah 300cc IWL :319cc Keringat 100cc Output=3.410cc Intake-output= 2.900cc- 3.219cc= -319cc</p> <p>3. Menghitung kebutuhan cairan (10kg pertama 1L=1000, 10kg kedua 500 ml. 31 (51-10- 10)x20ml=31x20=620. 1000+500+620=2.120)</p> <p>4. Mengajukan memperbanyak asupan cairan oral (minum air putih)</p> <p>5. Memberikan pemberian cairan iv isotonic (Nacl 17 tpm)</p>	HM			HM
3	Minggu, 02 Mei 2021 09.00	<p>1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis nyeri, gatal, sesak)</p> <p>2. Memberikan posisi</p>	HM	Minggu, 02 Mei 2021 14.00	S : Pasien mengeluh tidak nyaman karena sering BAB	HM

	09.15 09.25 09.30	3. yang nyaman Menjelaskan mengenai cara pemeliharaan kebersihan	HM		O : Pasien terlihat gelisah Pola eliminasi pasien berubah (BAB 5x/sehari konsistensi cair berampas 900cc warnakuning Pasien sering mual dan muntah 300cc warna kuning kecoklatan) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3	HM
1	Senin, 03 Mei 2021 08.00 08.15 08.25 08.45	1. Mengidentifikasi penyebab diare. (misal, inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi) 2. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. (BAB 3X/hari konsistensi cair memadat warna kuning sebanyak 400cc) 3. Memonitor jumlah pengeluaran diare. (BAB 400cc) 4. Menganjurkan makan	HM HM HM HM	Senin, 03 Mei 2021 14.00	S : Pasien mengatakan diare Pasien mengatakan bahwa perutnya terasa mulasdan nyeri Perut berkurang O : Defekasi lebih dari 3xselama 24jam berkurang mulai padat Frekuensi peristaltik membaik 29x/menit (Normal 5-30x/menit) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan nomor 1,2	HM HM HM HM

	08.55 09.05	5. porsi kecil dan sering secara bertahap. (pasien habis ½ porsi, mual tidak ada) Memberikan pemberian obat antimotilasi. (Ondansentron 8mg, Omz 5mg)	HM			HM
2	Senin, 03 Mei 2021 09.00 09.10	1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan darah menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah) 2. Memonitor intake output cairan. Intake : Minum : 1000cc Cairan infus 0,9% Nacl 18 tpm :1500cc Makan : 200cc Oksidasi metabolic :	HM HM	Senin, 03 Mei 2021 14.00	S : pasien mengatakan tidak lemah O : Tekanan darah membaik Turgor kulit membaik Membran mukosa lembab Hasil balance cairan Input-output seimbang=2900-2900=0 TTV : TD :110/70mmhg N : 79x/menit S : 36,8°C Rr : 18x/menit Gcs : Composmentis 456 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	HM HM

	09.25	200cc Intake = 2.900cc Output : Diare : 400cc Urin : 2.081cc IWL :319cc Keringat 100cc Output : 2.900 Output=2.619cc Intake-output= 2.900cc- 2.900=0	HM			HM
	09.35	3. Menghitung kebutuhan cairan (10kg pertama 1L=1000, 10kg kedua 500 ml. 31 (51-10- 10)x20ml=31x20=620. 1000+500+620=2.120)	HM			HM
	09.40	4. Memberikan pemberian cairan iv isotonic (Nacl 17 tpm)				
3	Senin, 03 Mei 2021 08.00	1.Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis nyeri, gatal, sesak) 2.Memberikan posisi yang nyaman 3.Menjelaskan mengenai cara	HM	Senin, 03 Mei 2021 14.00	S : Pasien mengatakan mulai nyaman karena BAB mulai memadat O : Pasien terlihat gelisah Pola eliminasi pasien berubah	HM

		pemeliharaan kebersihan	HM		(BAB 3x/sehari konsistensi memadat 400cc warnakuning kecoklatan Pasien masih mual) A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan nomor 1	HM
1	Selasa, 04 Mei 2021 09.00	1. Mengidentifikasi penyebab diare. (misal, inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi) 2. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja. (BAB 2X/hari konsistensi padat warna kuning sebanyak 300cc) 3. Memonitor jumlah pengeluaran diare. (BAB 300cc)	HM HM	Selasa, 04 Mei 2021 14.00	S : Pasien mengatakan sudah tidak diare Pasien mengatakan bahwa perutnya tidak sakit O : Defekasi padat Frekuensi peristaltik membaik 25x/menit (Normal 5-30x/menit) A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	HM HM
3	Selasa, 03 Mei 2021	1. Mengidentifikasi gejala yang tidak	HM	Selasa, 04 Mei 2021	S : Pasien mengeluh sudah nyaman	HM

	09.00	<p>menyenangkan (mis nyeri, gatal, sesak)</p> <p>2. Memberikan posisi yang nyaman</p> <p>3. Menjelaskan mengenai cara pemeliharaan kebersihan</p>	HM	14.00	<p>O : Pasien terlihat bahagia Pola eliminasi pasien berubah (BAB 2x/sehari konsistensi padat warnakuning)</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	HM
--	-------	---	----	-------	---	----

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny.A dengan diagnosis medis Gastroenteritis di ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Gastroenteritis, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pengkajian yang sistematis meliputi pengumpulan data, analisa data dan penentuan masalah. Pengumpulan data diperoleh dengan cara intervensi, observasi, dan pemeriksaan fisilk. Sementara, pengkajian data menurut (Ardiansyah, 2012). Pada saat melakukan tahap pengumpulan data pada pasien, penulis tidak menemui hambatan atau kesulitan. Hal ini di sebabkan karena adanya hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga dengan perawat melalui komunikasi. Sehingga pasien kooperatif dan terbuka dalam mengungkapkan masalahnya.

Pada tahap pengkajian Ny.A di temukan identitas pasien seseorang perempuan berumur 81 th, Ny.A mengeluh Buang Air Besar selama 5x sehari. Diagnosis medis pasien ini adalah Gastroenteritis. Menurut (Suratun&Lusianah, 2010) Gastroenteritis adalah radang pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare, dengan atau tanpa disertai muntah, dan sering kali di sertai peningkatan suhu tubuh. Diare yang dimaksud di sini adalah buang air besar berkali-kali (lebih dari empat kali), bentuk feses cair dan dapat disertai dengan darah atau lendir.

Pada tinjauan kasus keadaan umum pasien kesadaran compos mentis, GCS 456 tekanan darah 100/70 mmHg, pasien tidak nyeri kepala, pupil bulat, suhu 36,5C, N : 67x/menit, RR : 22 x/menit. Pada saat di lakukan pengkajian didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, otot bantu napas tidak ada, perkusi sonor, irama nafas reguler, suara nafas vesikuler +/+, tidak ada suara nafas tambahan, ronkhi , wheezing, tidak ada bendungan vena jugularis, RR : 22 x/menit.

Pada auskultasi Tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronkhi pada pasien. Tidak didapatkan data gangguan sistem syaraf yang mempengaruhi pernafasan karena tanda-tanda tersebut terdapat pada pasien yang koma, sedangkan pada kasus pasien dengan kesadaran compos mentis, tidak terdapat bunyi ronkhi, GCS 456, frekuensi nafas normal.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada lima yaitu :

1. Gangguan pola eliminasi (buang air besar karena diare) yang berkaitan dengan inflamasi, iritasi, dan mal absorbs usus.
2. Kurangnya volume cairan yang berkaitan dengan keluarnya cairan melalui rute normal (diare berat, muntah), serta status hipermetabolik dan pemasukan cairan yang terbatas.
3. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berkaitan dengan gangguan absorbsi nutrisi, status hipermetabolik.
4. Nyeri yang berkaitan dengan gerak peristaltic usus yang berlebihan (hiperperistaltik), diare lama, dan iritasi kulit atau jaringan.
5. Kecemasan yang berkaitan dengan factor psikologis atau rangsangan simpatis

(proses inflamasi), ancaman konsep diri, serta ancaman terhadap perubahan status kesehatan dan status sosial ekonomi.

Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus meliputi:

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal.
2. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan.
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Dalam ketiga diagnosis tersebut penulis mengutamakan diagnosis yang paling mengancam terlebih dahulu sesuai diagnosa keperawatan yang paling mengancam. Dalam penegakan diagnosis keperawatan yang penulis ambil disesuaikan dengan kondisi dan keadaan klinis pasien, oleh karena itu tidak semua diagnosis yang terdapat dalam tinjauan pustaka tercantum dalam tinjauan kasus.

Pada diagnosis Diare di lakukan asuhan keperawatan 3x24 jam dan di lakukan intervensi observasi tanda-tanda vital, Identifikasi penyebab diare, Monitor warna, volume, frekuensi, dan volume tinja tiap 8 jam/hari, Berikan cairan intravena, Kolaborasi pemberian obat penguas feses sesuai resep dokter. Edukasi keluarga terkait kondisi pasien. Pada diagnosis Hipovolemia di lakukan asuhan keperawatan 2x24 jam dan di lakukan intervensi periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake output cairan, hitung kebutuhan cairan, anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, kolaborasi pemberian cairan isotonic. Serta pada diagnosis Gangguan rasa nyaman dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan dilakukan intervensi identifikasi gejala yang tidak menyenangkan misal nyeri, berikan posisi yang nyaman, jelaskan mengenai cara pemeliharaan kesehatan, kolaborasi pemberian obat analgesik jika perlu.

4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), ketrampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil telah ditetapkan. Tindakan keperawatan yang dilakukan secara rutin dapat mengembangkan status kesehatan pasien.

a. Diare b.d Inflamasi Gastrointestinal (SIKI 2018), Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan Diare pada pasien teratasi dengan kriteria hasil : distensi abdomen menurun, nyeri abdomen menurun, peristaltic usus membaik antara 5-30x/menit. tanda-tanda vital dalam batas normal TD : sistol antara 120-130/diastole antara 70-90mmHg S: 36,5°C-37,5°C, RR : 16-20x/menit, SpO² : 95-100%, dengan tindakan yang di rencanakan, identifikasi penyebab diare, monitor warna, volume, frekuensi, dan volume tinja tiap 8 jam/hari.

b. Hipovolemia b.d Kekurangan Intake Cairan (SIKI, 2018), Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam di harapkan status cairan membaik

dengan kriteria hasil: frekuensi membaik, Output urin meningkat, Perasaan lemah menurun, Tekanan darah membaik.

c. Gangguan Rasa Nyaman b.d gejala penyakit gastroenteritis (SIKI, 2018), Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan status kenyamanan pasien meningkat dengan kriteria hasil : pasien dan keluarga memahami tentang penyakit yang diderita, Keluhan tidak nyaman menurun, Gelisah menurun, Mual menurun, Lelah menurun.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi penyebab diare (misal inflamasi gastrointestinal,

iritasi gastrointestinal, proses infeksi), memonitor warna, volume, frekuensi, konsistensi tinja (BAB 5X/hari konsistensi cair warna kuning sebanyak 900cc), memonitor jumlah pengeluaran diare (BAB 900cc), memberikan cairan intravena Nacl 0,9% 18 Tpm, menganjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap, memberikan pemberian obat antomotilasi (ondansentron 8mg, OMZ 5mg).

2. Hipovolemi berhubungan dengan kekurangan intake cairan dilakukan tindakan keperawatan Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan darah menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah), Memonitor intake output cairan
 Intake : Minum : 1000cc Cairan infus 0,9% Nacl 20 tpm :1500cc Makan : 200cc Oksidasi metabolic : 200cc Intake = 2.900cc. Output : Diare : 900cc Urin : 1600cc Muntah 300cc IWL :319cc Keringat 100cc Output=3.219cc
 $\text{Intake-output} = 2.900\text{cc} - 3.219\text{cc} = -319\text{cc}$, Menghitung kebutuhan cairan (10kg pertama 1L=1000, 10kg kedua 500 ml. $31 (51-10-10) \times 20\text{ml} = 31 \times 20 = 620$. $1000 + 500 + 620 = 2.120$), Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral (minum air putih), Memberikan pemberian cairan iv isotonic (Nacl).
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis, nyeri, gatal, sesak), memberikan posisi yang nyaman, menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan, memberikan pemberian obat analgesic jika perlu.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan

dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan. Respon pasien sangat baik, pasien mengatakan lebih sehat dan lebih senang karena sembuh dengan apa yang diharapkan.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu pelaksanaan evaluasi pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny.A sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 04 Mei 2021.

Pada evaluasi tanggal 04 Mei 2021 penurunan Diare b.d Inflamasi gastrointestinal, kebutuhan pasien terpenuhi selama 3x24 jam. Diare sudah mulai teratur, kriteria hasil yang sudah berhasil pasien mampu makan makanan yang teratur, GCS 4/6, pasien tidak mual dan tidak muntah, masalah teratasi, pasien krs pada tanggal 04 Mei 2021.

Pada waktu dilakukan evaluasi pada tanggal 03 Mei 2021 diagnosis 2 Hipovolemia b.d Kekurangan intake cairan pasien mulai meningkat. Kebutuhan pasien terpenuhi selama 2x24 jam. Pasien sudah tidak merasakan lemas, pasien mau jika ditanya dan menjawab, dan pasien sangat kooperatif. masalah teratasi pasien krs.

Pada waktu dilakukan evaluasi pada tanggal 04 Mei 2021 diagnosis Gangguan Rasa Nyaman, selama 3x24 jam pasien sudah merasakan kenyamanan akibat penyakit yang diderita. Untuk diagnosis ini evaluasi pasien yaitu teratasi. Pada

akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai. Pada hasil evaluasi pada Ny.A sudah sesuai dengan harapan. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan dan pasien KRS pada tanggal 04 Mei 2021 pukul 11.00 WIB

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan diagnosa medis Gatrtoenteritis di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan Keperawatan dengan diagnosa medis Gastroenteritis.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Gastroenteritis, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

Pada pengkajian pasien didapatkan data fokus pasien diare selama 5x dalam sehari, BAB pasien cair warna kuning 900cc, pasien kurang nafsu makan, mukosa bibir kering, mata cowong, konjungtiva pucat, pasien menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi yang disediakan dan minum \pm 1000 ml , BAK warna kuning jernih bau khas dan terakhir BAK jam 14.00 tidak mengalami distensi abdomen. Didapatkan data pengkajian pasien mengeluh BAB sering, mual, muntah.

Masalah keperawatan yang muncul adalah, diare, hipovolemia, gangguan rasa nyaman.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat di capai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny.A sudah sesuai dengan harapan dan pasien KRS pada tanggal 04 Mei 2021 pukul 11.00 WIB.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal khususnya dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajis, H. (2018). *Asuhan Keperawatan Gastroenteritis pada Tn. A di Ruang Inap Puskesmas Kambang*. 1–82. <http://repo.stikesperintis.ac.id/168/1/48>
HASYIM AJIS.pdf
- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah* (1st ed.).
- Arif, M., & Kumala, S. (2011). *GANGGUAN GASTROINTESTINAL*. jakarta : Salemba Medika.
- Brashers L. Valentina. (2012). *Aplikasi Klinis Patofisiologi Pemeriksaan & Manajemen* (Sari Lia (ed.); 2nd ed.). EGC.
- Brunner & Suddarth. (2015). *KEPERAWATAN MEDIKAL-BEDAH* (N. E. Anisa(ed.); 12th ed.). EGC.
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* (T. Rahayuningsih (ed.); 1st ed.). Gosyen Publisher.
- DiGiulio Mary. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah* (Prabowati Arie (ed.)). Rapha Publishing.
- Diyono, & Mulyanti, S. (2013). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH Sistem Pencernaan* (1st ed.). Kencana.
- Joyce M.Black, J. H. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manejemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan*.
- Lukas Widhiyanto, Desnanyo, A. T., Djuari, L., & Kharismansha, M. (2017). Correlation Between Knee Osteoarthritis (Oa) Grade And Body Mass Index (Bmi) In Outpatients Of Orthopaedic And Traumatology Department RSUD DR. SOETOMO. (*JOINTS*) *Journal Orthopaedi and Traumatology Surabaya*, 6(2), 63–71. <https://doi.org/10.20473/joints.v6i2.2017.63-71>.

- Puspita, A. I. (2016). *Manajemen Perawatan Luka : Konsep Dasar*. Buku Kedokteran EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Zuyina, L. (2014). *Anatomi Fisiologi dan Fisioterapi (1st ed.)*. Jakarta : Nuha Medika.

Lampiran 1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SPO)
MENGGANTI CAIRAN INFUS

A. Persiapan

1. Pengertian

Penggantian Cairan Infus adalah suatu tindakan keperawatan yang dilakukan dengan teknik aseptik untuk mengganti cairan infus yang telah habis dengan botol cairan infus yang baru sesuai dengan jumlah tetesan yang dibutuhkan sesuai instruksi dokter.

2. Tujuan

- 1) Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh, elektrolit, vitamin, protein, kalori dan nitrogen pada klien yang tidak mampu mempertahankan masukan yang adekuat melalui mulut.
- 2) Memulihkan keseimbangan asam-basa.
- 3) Meningkatkan Tekanan Darah
- 4) Menyediakan saluran terbuka untuk pemberian obat-obatan

3. Alat & Bahan

- 1) Cairan infus (Asering, RL, Ringerfundin, Nacl 0.9%, Dextrose 5%, Kabiven, Clinimic, dll)
- 2) Jam tangan, plester K/P
- 3) Kipas Alkohol
- 4) Jarum

4. Prosedur Kerja

- 1) Pastikan kebutuhan klien akan penggantian botol cairan infus dan cek cairan infus sesuai 5 benar : > benar nama pasien, benar cara, benar cairan, benar

waktu, benar dosis

- 2) Salam pada pasien
- 3) Lakukan pendekatan pasien dengan tenang dan ramah, usahakan pasien nyaman mungkin.
- 4) Jelaskan maksud dan tujuan tentang tindakan yang akan dilakukan
- 5) Dekatkan alat ke samping tempat tidur, jaga kesterilan alat
- 6) Buka plastic botol cairan, jika ada obat yang perlu di drip dalam cairan sekalian dimasukkan dengan spuit melalui mulut botol, usap dengan kapas alkohol, lalu tutup kembali
- 7) Matikan klem infus set, ambil botol yang terpasang
- 8) Ambil botol yang baru, buka tutupnya, swab dengan kapas alkohol, kemudian tusukkan alat penusuk pada infus set ke mulut botol infus dari arah atas dengan posisi botol tegak lurus
- 9) Gantung kantung/botol cairan
- 10) Periksa adanya udara di selang, dan pastikan bilik drip terisi cairan
- 11) Atur kembali tetesan sesuai program atau instruksi dokter
- 12) Evaluasi respon pasien dan amati area sekitar penusukan infus
- 13) Bereskan alat
- 14) Sampaikan salam
- 15) Cuci tangan

5. Dokumentasi

- 1) Mencatat tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan.
- 2) Mencatat hasil pengkajian sebelum, selama dan setelah tindakan prosedur.
- 3) Mencatat hasil observasi klien selama dan setelah tindakan.

6. Sikap

- 1) Sistematis
- 2) Hati-hati.
- 3) Berkomunikasi.
- 4) Mandiri.
- 5) Teliti.
- 6) Tanggap terhadap respon klien.
- 7) Rapih.
- 8) Menjaga privacy.
- 9) Sopan.