

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. F DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS GASTROENTERITIS AKUT DEHIDRASI  
SEDANG + HIPOKALEMIA DI RUANG B2  
RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**



**Oleh :**

**PUTRI GADING FORTUNA  
NIM. 1720055**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS GASTROENTERITIS AKUT DEHIDRASI  
SEDANG + HIPOKALEMIA DI RUANG B2  
RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**

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



**Oleh :**

**PUTRI GADING FORTUNA  
NIM. 1720055**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

## SURAT PERNYATAAN

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

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 28 Februari 2020



Putri Gading Fortuna  
NIM 1720055

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : PUTRI GADING FORTUNA  
N I M : 1720055  
Program Studi : DIII -Keperawatan  
J u d u l : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. F Dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang + Hipokalemia di ruang B2 di RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd. Kep)**

Surabaya, 28 Februari 2020

**Pembimbing I**



**Dini Mei Widayanti, M.Kep**  
**NIP. 03.011**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 28 Februari 2020

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : PUTRI GADING FORTUNA

Nim : 1720055

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. F Dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang + Hipokalemia di ruang B2 di RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang

Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Jum'at, 28 Februari 2020

Bertempat di : Ruang A Stikes Hang Buah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III

Keperawatan Stikes Hang Buah Surabaya

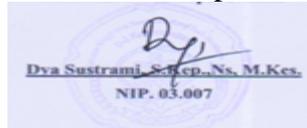
Penguji I : **Dini Mei Widayanti, M.Kep**  
NIP. 03.011



Penguji II : **Dedi Irawandi, M.Kep**  
NIP. 03.050



Mengetahui  
STIKES Hang Buah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan



**Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes**  
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Buah Surabaya

Tanggal : 28 Februari 2020

## MOTO DAN PERSEMBAHAN

*Seburuk apapun kejadian yang menimpa, pasti ada hikmah yang tersembunyi di baliknya. Everything happen at least for a reason*

*Hidup adalah pilihan, masa depan adalah milik kita*

*Berfikir untuk sesuatu yang lebih baik*

*Kelak dunia akan menjadi Genggaman kita*

Ku persembahkan Karya Tulis yang sederhana ini untuk :

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kelancaran serta petunjuknya kepadaku dalam menuntun mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Kedua Orangtua ku tercinta, Ayah Hadi purnomo dan Bunda Heni Srisudarwati yang berkerja keras selama ini membesarkan dengan penuh kasih sayang dan membimbingku,selalu mendukung dalam hal apapun, memberikan ku semangat serta tak lupa selalu mendo'akan ku tiada henti,memberikan bantuan baik materi dan moril, motivasi kepadaku.
3. Adekku Mahmud Rafiq Hariri yang selalu mendoakan dan selalu memberi semangat dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah.
4. Untuk dosen Pembimbing Institusi Ibu Dini Mei dan Pembimbing Lahan Bapak Dedi Irawandi yang sudah membimbing Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Sahabatku "DOKTER MUDA" terimakasih atas kebersamaan, semangat dan perjuangan yang kita laluiin bersama suka maupun duka. (Nadiya, Fatma, Ellyta,Wieke)
6. Teman-temanku tersayang, Ratna Inda, Riza, Ernawati, Rena, Tari, Lely, Novita yang selalu ada untuk memberikan dukungan dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
7. Keluarga Besar D III- 3A seperjuangan yang telah memberi dukungan dan bantuan.
8. Untuk Mochammad Ibatullah yang telah membantu, menemani dan memberikan support dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan hormat hanya bagi Tuhan Yang Maha Esa, dengan segala anugerah-Nya yang telah memberikan kesempatan penulis dapat menyusun karya tulis ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. F Dengan Diagnosa Medis Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia di Ruang B2 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA”.

Karya Tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi D-III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan karya tulis ini penulis mendapatkan pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Bapak Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL.,Sp.KL selaku Kepala Rspal 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. Ibu Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep, Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rspal Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
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 sekaligus penguji Ketua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak Dedi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing sekaligus penguji Kedua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi di Stikes Hang Tuah Surabaya.
7. Kedua Orang tua beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
8. Teman-teman seperjuangan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan bermanfaat terutama bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 28 Februari 2020



Penulis

## DAFTAR ISI

<b>COVER .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>MOTTO.....</b>	<b>v</b>
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penulisan .....	4
1.4.1 Akademis .....	4
1.4.2 Praktis.....	4
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.5.1 Metode .....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	5
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Penyakit Gastroenteritis .....	8
2.1.1 Anatomi Fisiologi.....	9
2.1.2 Definisi Gastroenteritis .....	16
2.1.3 Etiologi .....	16
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	18
2.1.5 Tanda dan Gejala.....	18
2.1.6 Patofisiologi .....	19
2.1.7 Diagnosa Pembeding .....	20
2.1.8 Komplikasi .....	20
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang.....	21
2.2.10 Pencegahan.....	21
2.2.11 Penataksanaan .....	22
2.2 Konsep Nyeri.....	24

2.2.1 Definisi Nyeri.....	24
2.2.2 Pola Nyeri.....	25
2.2.3 Faktor Pengaruh Nyeri .....	25
2.2.4 Pengukuran Skala Nyeri .....	28
2.4 Konsep Hipokalemia .....	30
2.4.1 Definisi Hipokalemia .....	30
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Gastroenteritis .....	31
2.5.1 Pengkajian .....	31
2.5.2 Analisa Data .....	35
2.5.3 Diagnosa Keperawatan.....	35
2.5.4 Perencanaan.....	38
2.5.5 Implementasi .....	38
2.5.6 Evaluasi .....	38
2.6 Kerangka Masalah .....	39

### **BAB 3 TINJAUAN KASUS..... 40**

3.1 Pengkajian.....	40
3.1.1 Identitas .....	40
3.1.2 Keluhan Utama.....	40
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	40
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu .....	41
3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga .....	41
3.1.6 Genogram .....	42
3.1.7 Riwayat Alergi .....	42
3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik.....	42
3.1.9 B1 Pernafasan ( <i>Breathing</i> ) .....	43
3.1.10 B2 Kardiovaskuler ( <i>Blood</i> ) .....	43
3.1.11 B3 Persarafan ( <i>Brain</i> ).....	44
3.1.12 B4 Perkemihan ( <i>Bladder</i> ).....	45
3.1.13 B5 Pencernaan ( <i>Bowel</i> ) .....	45
3.1.14 B6 Muskuloskeletal ( <i>Bone</i> ).....	45
3.1.15 Endokrin .....	46
3.1.16 Seksual Reproduksi .....	46
3.1.17 Kemampuan Perawatan Diri .....	46
3.1.18 Personal Hygiene.....	46
3.1.19 Istirahat & Tidur.....	46
3.1.20 Psikososio-kultural .....	47
3.1.21 Pemeriksaan Penunjang.....	47
3.1.22 Terapi Obat.....	48
3.2 Analisa Data .....	50
3.3 Prioritas Masalah.....	52
3.4 Intervensi.....	53
3.5 Implementasi.....	58

### **BAB 4 PEMBAHASAN ..... 67**

4.1 Pengkajian.....	67
4.1.1 Identitas .....	67

4.1.2 Keluhan utama .....	68
4.1.3 Riwayat penyakit sekarang.....	68
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	68
4.3 Rencana Keperawatan .....	70
4.5 Implementasi.....	71
4.6 Evaluasi.....	73
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>74</b>
5.1 Kesimpulan.....	74
5.2 Saran.....	76
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>77</b>

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1	Hasil Laboratorium.....	47
Tabel 3.2	Hasil Laboratorium.....	47
Tabel 3.3	Terapi Medis.....	48
Tabel 3.4	Analisa Data.....	50
Tabel 3.5	Prioritas Masalah.....	52
Tabel 3.6	Intervensi.....	53
Tabel 3.7	Implementasi.....	58

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Pencernaan .....	9
Gambar 2.2	Pengukuran Skala Nyeri.....	27
Gambar 2.3	Pengukuran Skala Nyeri Wajah.....	28
Gambar 2.4	Skala Numeric Rating.....	28
Gambar 2.5	Kerangka masalah.....	39
Gambar 3.1	Genogram Tn. F.....	42

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1</b> SOP Injeksi pengambilan darah vena .....	78
--	----

## DAFTAR SINGKATAN

DO	: Data objektif
DS	: Data subjektif
BAB	:Buang Air Besar
BAK	:Buang Air Kecil
BB	:Berat Badan
b.d	:Berhubungan Dengan
C	:Celcius
CRT	:Capillary Rate Time
EEG	:Elektroensefalografi
IGD	:Instalasi Gawat Darurat
IC	:Intra Cutan
IM	:Intra Muskular
IV	:Intra Vena
N	:Nadi
Mg	:Magnesium
MRS	:Masuk Rumah Sakit
RR	:Respirasi Rate
S	:Suhu
SMRS	:Sebelum Masuk Rumah Sakit
TB	:Tinggi Badan
TTV	:Tanda-Tanda Vital

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Gastroenteritis akut adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja lebih lembek atau cair dan bersifat mendadak dan kurang dari 2 minggu. Gastroenteritis akut sering disebut juga sebagai diare yang berlangsung kurang dari 15 hari. Gastroenteritis ditandai dengan konsistensi feses cair (diare) dan frekuensi defekasi semakin sering, muntah, demam, kram abdomen, membrane mukosa kering, berat badan menurun. Diare yang terus menerus merupakan keluhan terutama sehingga tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Penderita gastroenteritis akut di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya ruang B2 tidak begitu banyak, akan tetapi gejala yang sering muncul pada gastroenteritis akut adalah konsistensi feses cair (diare) dan frekuensi defekasi semakin sering, muntah, demam, kram abdomen, membrane mukosa kering, berat badan menurun yang mengganggu aktivitas. Selama proses terjadi diare tanda dan gejalanya juga lain lagi seperti kulit sekitar anus biasanya akan mengalami iritasi atau lecet akibat seringnya defekasi.

Menurut organisasi kesehatan dunia World Health Organization (WHO) dalam Sabara (2017), prevalensi penderita osteoarthritis di dunia pada tahun 2016 mencapai 151,4 juta jiwa dan 27,4 juta jiwa berada di Asia Tenggara. Di Indonesia, prevalensi osteoarthritis mencapai 5% pada usia <40 tahun, 30% pada usia 40-60 tahun, dan 65% pada usia >61 tahun (Sabara,2017). Angka kejadian di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2019 sejumlah 5% kasus Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang.

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 Akut Dehidrasi Sedang. Selain itu, faktor sosial seperti pekerjaan yang dilakukan seharian juga mempengaruhi timbulnya penyakit Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang, terutama pada pekerja pabrik maupun pegawai yang tidak makan dengan teratur, memiliki resiko lebih tinggi terkena penyakit Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang. Hal ini adalah karena terjadinya Diare dan meningkatkan tekanan nyeri pada perut tertentu sehingga mengakibatkan beresiko terkena penyakit Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang. Gaya hidup juga dapat mempengaruhi kehidupan seseorang yang menderita penyakit Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang . Penderita Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang jika dibiarkan akan menyebabkan adanya nyeri pada perut baik nyeri diam, tekan, ataupun gerak. (Edi Suryono, 2008).

Penatalaksanaan pada kasus Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang dapat dilakukan dengan prosedur tindakan nonfarmakologi, kolaborasi farmakologi, pada penyakit gastroenteritis masyarakat umumnya masih menganggap sepele padahal penyakit ini bisa berujung dengan kematian jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat karena pasien dapat mengalami dehidrasi berat yang dapat mengakibatkan shock hipovolemik dan berujung pada kematian. Sehingga peran

perawat sangat dibutuhkan dalam proses penyembuhan dalam membantu memberikan perawatan dan pelayanan kesehatan. Sebagai tenaga kesehatan juga memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga dan masyarakat tentang bahaya penyakit Gastroenteritis ini karena dilingkungan keluargalah pola hidup seseorang terbentuk, dengan pola hidup yang sehat dan bersih maka kita terhindar dari penyakit gastroenteritis.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Tn. F dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia di ruang B-2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengelola asuhan keperawatan pada Tn. F dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia di ruang B-2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Tn. F dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. F dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

3. Mahasiswa mampu menyusun rencana keperawatan pada Tn. F dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Mahasiswa mengaplikasikan implementasi keperawatan pada Tn. F dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mahasiswa melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Tn. F dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. F dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

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

##### **1.4.1 Akademis**

Hasil karya tulis ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia

##### **1.4.2 Praktis**

Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia dengan baik.

## 2. Bagi Penulis

Hasil karya tulis ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis berikutnya yang akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia

## 3. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keparawatan pada pasien Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia

## **1.5 Metode Penulisan**

### 1.5.1 Metode

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 proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

#### 1. Wawancara

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

## 2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan yang dilakukan terhadap pasien.

## 3. Pemeriksaan

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

### 1.5.3 Sumber Data

#### 1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

#### 2. Data sekunder

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

### 1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

## 1.6 Sistematika Penulisan

**Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:**

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut pandang medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia serta kerangka masalah.

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

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

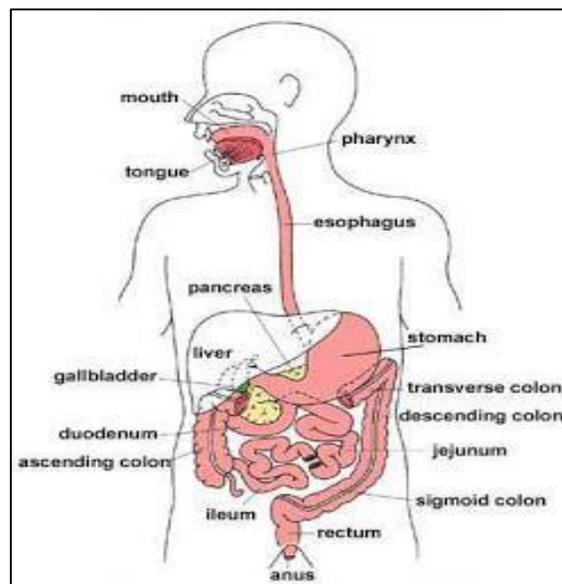
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini akan menguraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia. Konsep penyakit akan diuraikan anatomi fisiologi, definisi, etiologi, manifestasi klinis, tanda & gejala, patofisiologi, diagnosa pemeriksaan penunjang, komplikasi, pencegahan, dan pentalaksanaan. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### 2.1 Konsep Penyakit Gastoenteritis



Gambar 2.1 Anatomi bagian anatomis saluran pencernaan

## 2.1.1 Anatomi Fisiologi

### a. Anatomi

Menurut Syaifuddin, ( 2003 ), susunan pencernaan terdiri dari :

#### 1. Mulut

Terdiri dari 2 bagian :

a) Bagian luar yang sempit / vestibula yaitu ruang diantara gusi,gigi, bibir, dan pipi.

Di sebelah luar mulut ditutupi oleh kulit dan di sebelah dalam di tutupi oleh selaput lendir (mukosa). Otot orbikularis oris menutupi bibir. Levator anguli oris mengikat dan depresor anguli oris menekan ujung mulut.

b) Pipi

Di lapisi dari dalam oleh mukosa yang mengandung papila,otot yang terdapat pada pipi adalah otot buksinator.

c) Gigi

Bagian rongga mulut atau bagian dalam yaitu rongga mulut yang di batasi sisinya oleh tulang maksilaris palatum dan mandibularis di sebelah belakang bersambung dengan faring.

a) Palatum

Terdiri atas 2 bagian yaitu palatum durum (palatum keras) yang tersusun atas tajuk-tajuk palatum dari sebelah tulang maksilaris dan lebih kebelakang yang terdiri dari 2 palatum. Palatum mole (palatum lunak) terletak dibelakang yang merupakan lipatan menggantung yang dapat bergerak, terdiri atas jaringan fibrosa dan selaput lendir.

### b) Lidah

Terdiri dari otot serat lintang dan dilapisi oleh selaput lendir, kerja otot lidah ini dapat digerakkan ke segala arah. Lidah dibagi atas 3 bagian yaitu : Radiks Lingua = pangkal lidah, Dorsum Lingua = punggung lidah dan Apex Lingua = ujung lidah. Pada pangkal lidah yang kebelakang terdapat epiglottis. Punggung lidah (dorsum lingua) terdapat puting puting pengecap atau ujung saraf pengecap. Frenulum Lingua merupakan selaput lendir yang terdapat pada bagian bawah kira-kira ditengah-tengah, jika tidak digerakkan ke atas nampak selaput lendir.

### c) Kelenjar Ludah

Merupakan kelenjar yang mempunyai ductus bernama ductus Stenon dan ductus Wharton. Kelenjar ludah ada 2 yaitu kelenjar ludah bawah rahang (kelenjar submaksilaris) yang terdapat di bawah tulang rahang atas bagian tengah, kelenjar ludah bawah lidah (kelenjar sublingualis) yang terdapat di sebelah depan di bawah lidah. Di bawah kelenjar ludah bawah rahang dan kelenjar ludah bawah lidah disebut kelenjar sublingualis serta hasil sekresinya berupa kelenjar ludah (saliva). Di sekitar rongga mulut terdapat 3 buah kelenjar ludah yaitu kelenjar parotis yang letaknya dibawah depan dari telinga di antara prosesus mastoid kiri dan kanan os mandibular, duktusnya duktus Stenon, duktus ini keluar dari glandula parotis menuju kerongga mulut melalui pipi (muskulus buksinator). Kelenjar submaksilaris terletak di bawah rongga mulut bagian belakang, duktusnya duktus Wharton bermuara di rongga mulut bermuara di dasar rongga mulut. Kelenjar ludah di dasari oleh saraf-saraf tak sadar.

#### d) Otot Lidah

Otot intrinsik lidah berasal dari rahang bawah (mandibularis, oshitoid dan prosesus steloid) menyebar kedalam lidah membentuk anyamanbergabung dengan otot instrinsik yang terdapat pada lidah. M genioglossus merupakan otot lidah yang terkuat berasal dari permukaan tengah bagian dalam yang menyebar sampai radiks lingua.

#### 2. Faring (tekak)

Merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esofagus), di dalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit (Ardiansyah, 2012)

#### 3. Esofagus

Panjang esofagus sekitar 25 cm dan menjalar melalui dada dekat dengan kolumna vertebralis, di belakang trakea dan jantung. Esofagus melengkung ke depan, menembus diafragma dan menghubungkan lambung. Jalan masuk esofagus ke dalam lambung adalah kardia (Ardiansyah, 2012)

#### 4. Gaster ( Lambung )

Merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama didaerah epigaster. Lambung terdiri dari bagian 13 atas fundus uteri berhubungan dengan esofagus melalui orifisium pilorik, terletak dibawah diafragma di depan pankreas dan limpa,menempel di sebelah kiri fudus uteri (Ardiansyah, 2012)

## 5. Intestinum minor ( usus halus )

Adalah bagian dari sistem pencernaan makanan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada seikum, panjang + 6 meter. Lapisan usus halus terdiri dari :

1. Lapisan mukosa ( sebelah dalam ), lapisan otot melingkar (m.sirkuler)
2. Otot memanjang ( m. Longitudinal ) dan lapisan serosa (sebelah luar). Pergerakan

usus halus ada 2, yaitu kontraksi pencampur dan kontraksi pendorong kimus.

### a) Kontraksi Pencampur (segmentasi)

Kontraksi ini dirangsang oleh peregangan usus halus yaitu desakan kimus

### b) Kontraksi Pendorong Kimus

Kontraksi pendorong kimus didorong melalui usus halus oleh gelombang peristaltik. Aktifitas peristaltik usus halus sebagian disebabkan oleh masuknya kimus ke dalam duodenum, tetapi juga oleh yang dinamakan gastroenterik yang ditimbulkan oleh peregangan lambung terutama di hancurkan melalui plexus mientertus dari lambung turun sepanjang dinding usus halus.

Perbatasan usus halus dan kolon terdapat katup ileosekalis yang berfungsi mencegah aliran feses ke dalam usus halus. Derajat kontraksi sfingter iliosekal terutama diatur oleh refleks yang berasal dari sekum. Refleksi dari sekum ke sfingter iliosekal ini di perantari oleh plexus mienterikus. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat diserap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang melumasi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan pecahan makanan yang dicerna). Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula, dan lemak. Iritasi yang sangat kuat pada mukosa usus, seperti terjadi pada beberapa infeksi dapat

menimbulkan apa yang dinamakan "peristaltic rush" merupakan peristaltik sangat kuat yang berjalan jauh pada usus halus dalam beberapa menit.

intestinum minor terdiri dari :

a) Duodenum ( usus 12 jari )

Panjang + 25 cm, berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri. Pada lengkungan ini terdapat pankreas. Dan bagian kanan duodenum ini terdapat selaput lendir yang membuktikan di sebut papila vateri. Pada papila vateri ini bermuara saluran empedu ( duktus koledokus ) dan saluran pankreas ( duktus pankreatikus ).

b) Yeyenum dan ileum

Mempunyai panjang sekitar + 6 meter. Dua perlima bagian atas adalah yeyenum dengan panjang  $\pm$  2-3 meter dan ileum dengan panjang  $\pm$  4 – 5 meter. Lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan peritoneum yang berbentuk kipas dikenal sebagai mesenterium. Akar mesenterium memungkinkan keluar dan masuknya cabang-cabang arteri dan vena mesentrika superior, pembuluh limfe dan saraf ke ruang antara 2 lapisan peritoneum yang membentuk mesenterium. Sambungan antara yeyenum dan ileum tidak mempunyai batas yang tegas. Ujung bawah ileum berhubungan dengan seikum dengan seikum dengan perantara lubang yang bernama orifisium ileoseikalis, orifisium ini di perkuat dengan sfingter ileoseikalis dan pada bagian ini terdapat katup valvula seikalis atau valvula baukuni. Mukosa usus halus. Permukaan epitel yang sangat luas melalui lipatan mukosa dan mikrovili memudahkan pencernaan dan absorpsi. Lipatan ini dibentuk oleh mukosa dan submukosa yang dapat memperbesar permukaan usus. Pada penampangan

melintang vili di lapisi oleh epitel dan kriptas yang menghasilkan bermacam-macam hormone jaringan dan enzim yang memegang peranan aktif dalam pencernaan.

#### 6. Intestinum Mayor ( Usus besar )

Panjang  $\pm$  1,5 meter lebarnya 5 – 6 cm. Lapisan–lapisan usus besar dari dalam keluar : selaput lendir, lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang, dan jaringan ikat. Lapisan usus besar terdiri dari :

##### a) Seikum

Di bawah seikum terdapat appendix vermiformis yang berbentuk seperti cacing sehingga di sebut juga umbai cacing, panjang 6 cm.

##### b) Kolon ascendens

Panjang 13 cm terletak di bawah abdomen sebelah kanan membujur ke atas dari ileum ke bawah hati. Di bawah hati membengkok ke kiri, lengkungan ini di sebut Flexura hepatica, di lanjutkan sebagai kolon transversum.

##### c) Appendix ( usus buntu )

Bagian dari usus besar yang muncul seperti corong dari akhir seikum.

##### d) Kolon transversum

Panjang  $\pm$  38 cm, membujur dari kolon ascendens sampai ke kolon descendens berada di bawah abdomen, sebelah kanan terdapat flexura hepatica dan sebelah kiri terdapat flexura linealis.

##### e) Kolon descendens

Panjang  $\pm$  25 cm, terletak di bawah abdomen bagian kiri membujur dari atas ke bawah dari flexura linealis sampai ke depan ileum kiri, bersambung dengan kolon sigmoid.

#### f) Kolon sigmoid

Merupakan lanjutan dari kolon desendens terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri, bentuk menyerupai huruf S. Ujung bawahnya berhubung dengan rectum. Fungsi kolon : Mengabsorpsi air dan elektrolit serta kimus dan menyimpan feses sampai dapat dikeluarkan. Pergerakan kolon ada 2 macam : 1) Pergerakan pencampur (Haustrasi) yaitu kontraksi gabungan otot polos dan longitudinal namun bagian luar usus besar yang tidak terangsang menonjol keluar menjadi seperti kantong.

2) Pergerakan pendorong "Mass Movement", yaitu kontraksi usus besar yang mendorong feses ke arah anus.

### 7. Rektum dan Anus

Terletak di bawah kolon sigmoid yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus, terletak dalam rongga pelvis di depan os sakrum dan os koksigidis. Anus adalah bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rectum dengan dunia luar (udara luar). Terletak di antara pelvis, dindingnya diperkuat oleh 3 sfingter :

- a) Sfingter Ani Internus
- b) Sfingter Levator Ani
- c) Sfingter Ani Eksternus

Di sini di mulailah proses defekasi akibat adanya mass movement. Mekanisme :

- a). Kontraksi kolon desenden
- b) Kontraksi reflek rectum
- c). Kontraksi reflek sigmoid
- d). Relaksasi sfingter ani

### 2.1.2 Definisi Gastroenteritis

Gastroenteritis adalah radang pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare, dengan atau tanpa disertai muntah, dan sering kali di sertai 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 (Suratun&Lusianah, 2010)

### 2.1.3 Etiologi

Faktor resiko pada Gastroenteritis meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. faktor infeksi dapat dibagi menjadi dua yaitu:(Ardiansyah, 2012)
  - a. Infeksi internal yang merupakan infeksi pada saluran pencernaan sebagai sebab utama diare yang meliputi:
    - 1) Infeksi bakteri: vibrio, E.coli, salmonella, shigella.
    - 2) Infeksi virus: enterovirus, rotavirus, adenovirus.
    - 3) Infeksi parasit: cacing ascaris, trichiuris, oxyuris
    - 4) Protozoa: entamoeba histolitika, giardia, lamblia, trichomonas
    - 5) Lamur: candida albicans.
  - b. Infeksi parenteral yaitu infeksi di bagian tubuh lain di luar pencernaan, seperti OMA, tonsilopharingitis, bronkopneumonia, ensephalitis (terutama pada bayi dan anak di bawah dua tahun)

## 2. keracunan makanan

Keracunan makanan didefinisikan sebagai penyakit yang terjadi dalam 24 jam setelah makan. Sebagian besar diare disebabkan oleh toksin bakteri yang telah terbentuk di dalam makanan itu sendiri. Bakteri yang paling sering adalah staphylococcus, clostridium perfringens, bacillus cereus. Perkecualian dari gambaran klinis di atas adalah botulisme di mana toksin clostridium botulinum yang potensial bersifat fatal. Ini sering di temukan pada makanan kaleng.

## 3. faktor malabsorpsi

Yaitu, intoleransi disakarida (laktosa, maltosa, sukrosa), monosakarida (glukosa, galaktosa), malabsorpsi lemak, malabsorpsi protein.

## 4 . kerusakan struktural

Kerusakan struktural yang luas pada mukosa usus (misalnya enteritis radiasi, celiac disease, iskemia) menyebabkan gangguan malabsorpsi cairan, demikian pula eksudasi ke dalam lumen usus. Ini merupakan mekanisme penyakit inflamasi usus kronik dan invasi kuman patogen (shigella, salmonella, E.coli) kemudian menimbulkan diare.

## 5 . faktor imunologik

Defisiensi Ig A menyebabkan tubuh tidak mampu mengatasi infeksi dan investasi parasit dalam usus.

## 6 . faktor psikologis

Yaitu, takut dan cemas

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis (Diyono & Mulyanti, 2013)

- 1 Perut mules dan gelisah, suhu tubuh meningkat, demam nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, mual (kadang-kadang sampai muntah), dan badan terasa lemas
- 2 Seringh 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, membran 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 sampai anuria )
- 8 Bila terjadi asidosis metabolis, pasien akan tampak pucat dengan pernapasan cepat dan dalam

#### 2.1.5 Tanda dan Gejala (Diyono & Mulyanti, 2013)

1. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair.
2. Badan lemas
3. Dehidrasi: turgor buruk, kulit kering, kadang lidah pecah-pecah
4. Anoreksia, mual, dan muntah

5. Berat badan turun
6. Selaput lendir pucat
7. Perut nyeri dan tegang
8. Peristaltik usus meningkat
9. Anus kadang lecet
10. Takikardi
11. Ketidakseimbangan antara masukan keluaran
12. Peningkatan serum natrium
13. Urine pekat
14. Perilaku tak konsentrasi, mudah terganggu
15. Demam.

#### 2.1.6 Patofisiologi

Penyebab gastroenteritis adalah masuknya virus (rotavirus, adenovirus enteris, norwalk), bakteri atau toksin (*compylobacter*, *salmonella*, *escberibia coli*, *yersinia*, dan lainnya) dan parasit (*biardia lambai* dan *cryptosporidium*). Beberapa micro organisme patogen ini dapat menyebabkan infeksi pada sel sel, memproduksi enterotoksin atau sitotoksin yang dapat merusak sel sel atau melekat pada dinding usus pada gastroenteritis. Faktor penentu terjadinya diare akut adalah faktor penyebab (agen) dan faktor pejamu (host) faktor pejamu adalah kemampuan pertahanan tubuh terhadap micro organisme, yaitu faktor daya tahan tubuh, lingkungan, atau lumen saluran cerna (seperti keasaman lambung, motalitas lambung, imunitas, juga mencakup lingkungan mikoflora

usus). Akibat dari diare itu sendiri adalah kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan asam basah (asidosis metabolik dan hipokalemia) gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemia, dan gangguan sirkulasi darah. (Ardiansyah, 2012)

#### 2.1.7 Diagnosa Pembeding

Diagnosis banding gastroenteritis dapat dibuat berdasarkan diagnosis banding organisme kausalnya (gastroenteritis viral, bakterial, ataupun fungal), dan juga bisa dibuat berdasarkan diagnosis banding derajat dehidrasinya (Arif & Kumala, 2011)

#### 2.1.8 Komplikasi

- 1) Kehilangan cairan dan kelainan elektrolit, memicu *shock* hipovolemik dan hilangnya elektrolit, seperti hipokalemia (kalium <3 meq/L) dan asidosis metabolik.
- 2) Anoreksia dan mengantuk
- 3) Tubular nekrosis akut dan gagal ginjal pada dehidrasi yang berkepanjangan.
- 4) Arthritis pascainfeksi dapat terjadi beberapa minggu setelah diare, karena *campylobacter*, *shigella*, *salmonella*, atau *yersinia spp.*
- 5) Disritmia jantung berupa takikardia atrium dan ventrikel, fibrilasi ventrikel, dan kontraksi ventrikel prematur akibat gangguan elektrolit terutama karena hipokalemia
- 6) Renjatan hipovolemik
- 7) Kejang, malnutrisi, dan hipoglikemia (Ardiansyah, 2012)

#### 2.1.9 Pemeriksaan Penunjang (Diyono & Mulyanti, 2013)

1. Riwayat alergi pada obat-obatan atau makanan
2. Pemeriksaan tinja makroskopis dan mikroskopis, pH dan kadar gula jika diduga ada intoleransi gula, biasakan kuman untuk mencari kuman penyebab dan uji resistensi terhadap berbagai antibiotika (pada diare peristen).
3. Pemeriksaan darah: darah perifer lengkap, analisis gas darah dan elektrolit.
4. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin darah untuk mengetahui faal ginjal
5. Intubasi duodenal untuk mengetahui kuman penyebab secara kuantitatif dan kualitatif terutama pada diare kronik

#### 2.1.10 Pencegahan (Diyono & Mulyanti, 2013)

- 1) Menggunakan air bersih dan sanitasi yang baik
- 2) Memasak makanan dan air minum hingga matang
- 3) Mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah makan
- 4) Menghindari makanan yang telah terkontaminasi oleh lalat
- 5) Tidak mengkonsumsi makanan yang basi
- 6) Menghindari makanan yang dapat menimbulkan diare
- 7) Makan dan minum secara teratur
- 8) Biasakan untuk mencuci tangan menggunakan sabun sesudah buang air besar
- 9) Masaklah makanan dengan baik dan benar

Karakter Gastroenteritis menurut tingkat Dehidrasi (Ardiansyah, 2012)

### 1. Dehidrasi Ringan

Dehidrasi ringan terjadi jika tubuh kehilangan cairan 2-5% dari berat badan, dengan gambaran klinik turgor kulit kurang elastis, suara serak dan pasien belum mengalami *shock*

### 2. Dehidrasi Sedang

Dehidrasi sedang terjadi jika tubuh kehilangan cairan 5-8% dari berat badan, dengan gambaran klinik turgor kulit jelek, suara serak, denyut nadi cepat, dan pasien masuk tahap *preshock*

### 3. Dehidrasi Berat

Dehidrasi berat terjadi jika tubuh kehilangan cairan 8-10% dari berat badan, dengan gambaran klinik seperti tanda-tanda dehidrasi sedang, ditambah dengan kesadaran menurun, apatis sampai koma, otot-otot kaku sampai sianosis (warna kebiru-biruan pada kulit dan selaput lendir yang terjadi akibat peningkatan jumlah absolut Hb tereduksi)

#### 2.2.10 Penataksanaan

Menurut (Arif & Kumala, 2011), penatalaksanaan medis pada pasien diare meliputi: pemberian cairan, dan pemberian obat-obatan. Pemberian cairan pada pasien diare dan memperhatikan derajat dehidrasinya dan keadaan umum .

a. Pemberian cairan

Pasien dengan dehidrasi ringan dan sedang cairan yang di berikan peroral berupa cairan yang berisikan NaCl dan Na HCO<sub>3</sub>, KCL dan glukosa untuk diare akut.

b. Cairan Parenteral

Sebenarnya ada beberapa jenis cairan yang di perlukan sesuai dengan kebutuhan pasien, tetapi semuanya itu tergantung tersedianya cairan setempat. Pada umumnya cairan Ringer Laktat (RL) di berikan tergantung berat / ringan dehidrasi, yang di perhitungkan dengan

kehilangan cairan sesuai dengan umur dan berat badannya.

1). Dehidrasi Ringan

1 jam pertama 25 – 50 ml / kg BB / hari, kemudian 125 ml / kg BB /oral.

2). Dehidrasi sedang

1 jam pertama 50 – 100 ml / kg BB / oral kemudian 125 ml / kg BB /hari.

3) Dehidrasi berat

1 jam pertama 20 ml / kg BB / jam atau 5 tetes / kg BB / menit (inperset

1 ml : 20 tetes), 16 jam nerikutnya 105 ml / kg BB oralit per oral.

c. Obat- obatan

Prinsip pengobatan diare adalah mengganti cairan yang hilang melalui tinja dengan / tanpa muntah dengan cairan yang mengandung elektrolit dan glukosa/ karbohidrat lain (gula, air tajin, tepung beras, dsb).

1). Obat anti sekresi

Asetosal, dosis 25 mg / ch dengan dosis minimum 30 mg. Klorrpomozin, dosis 0,5 – 1 mg / kg BB / hari.

2). Obat spasmolitik

Umumnya obat spasmolitik seperti papaverin ekstrak beladora, opium loperamia tidak di gunakan untuk mengatasi diare akut lagi, obat pengeras tinja seperti kaolin, pectin, charcoal, tabonal, tidak ada manfaatnya untuk mengatasi diare sehingga tidak diberikan lagi.

3). Antibiotic

Umumnya antibiotic tidak diberikan bila tidak ada penyebab yang jelas. Bila penyebabnya kolera, diberikan tetrasiklin 25 – 50 mg / kg BB / hari. Antibiotic juga diberikan bila terdapat penyakit seperti OMA, faringitis, bronchitis / bronkopneumonia.

## 2.2 Konsep Nyeri

### 2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik, nyeri biasanya dikaitkan dengan beberapa jenis kerusakan jaringan, yang merupakan tanda peringatan, namun pengalaman nyeri lebih dari itu (Joyce M.Black, 2014).

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, aktual ataupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya nyeri (Joyce M.Black, 2014).

### 2.2.2 Pola Nyeri

#### 1. Nyeri Akut

Nyeri akut disebabkan oleh aktivasi nosiseptor, biasanya berlangsung dalam waktu singkat (kurang dari 6 bulan) dan memiliki serangan yang tiba-tiba seperti nyeri insisi setelah operasi. Nyeri pada jenis ini memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti nyeri pasca operasi yang menghilang ketika luka sembuh. Pasien menggunakan kata-kata seperti “tajam”, “tertusuk”, dan “tertembak” untuk mendeskripsikan nyeri akut (Joyce M.Black, 2014).

#### 2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis biasanya dianggap sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan dan tidak diketahui kapan akan berakhir kecuali jika terjadi penyembuhan yang lambat, seperti pada luka bakar. Lamanya nyeri kronis dihitung berdasarkan nyeri yang dirasakan dalam hitungan bulan atau tahun. Pasien dengan nyeri kronis mengalami nyeri yang lokal atau menyebar serta terasa ketika disentuh, biasanya mengeluh perasaan nyeri (Joyce M.Black, 2014).

### 2.2.3 Faktor Pengaruh Nyeri

#### 1. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Oleh karena itu kita menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman

individual masing-masing. Faktor-faktor memengaruhi persepsi nyeri, seperti kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan dan arti di balik situasi pada saat terjadinya cedera. Fungsi kognitif seperti, distraksi memberikan pengaruh pada tingkat kegawatan dan kualitas pengalaman nyeri (Joyce M.Black, 2014).

## 2. Faktor Sosiobudaya

Ras, budaya dan etnik merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri. Faktor ini memengaruhi seluruh respons sensori termasuk respons terhadap nyeri. Respons terhadap nyeri cenderung merefleksikan moral budaya masing-masing (Joyce M.Black, 2014).

## 3. Usia

Usia dianggap faktor penting dalam menetapkan dosis obat. Perubahan metabolisme pada lansia mempengaruhi respons terhadap analgesik opioid (Joyce M.Black, 2014).

## 4. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respons nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita (Joyce M.Black, 2014).

## 5. Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memengaruhi respons mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, individu mungkin dapat menginterpretasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman. Jika penyebab tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan kecemasan) berperan dan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Maka nyeri yang dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan nyeri yang dirasakan di situasi dengan hasil positif (Joyce M.Black, 2014).

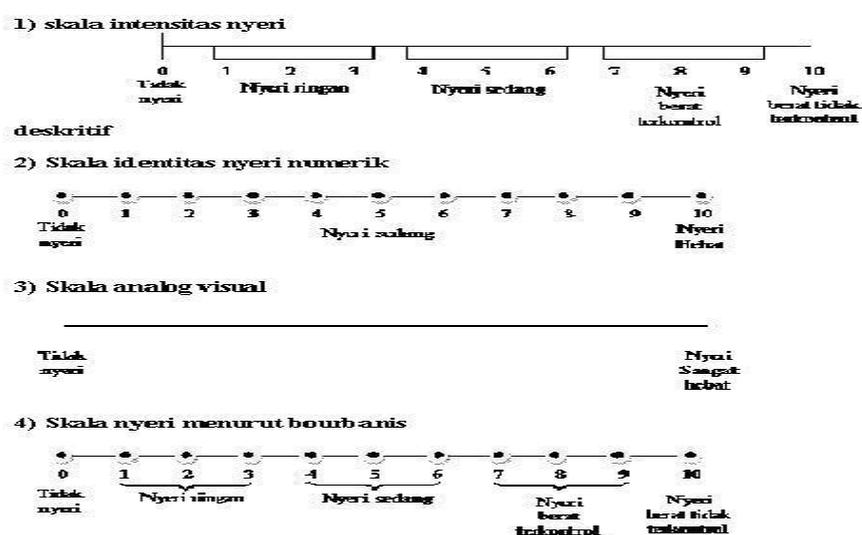
## 6. Ansietas

Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengartian nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk (Joyce M.Black, 2014).

## 7. Pengalaman Sebelumnya Mengenai Nyeri

Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri pada masa kanak-kanak dapat memiliki kesulitan untuk mengelola nyeri. Walaupun dampak dari pengalaman sebelumnya tidak dapat diprediksi. Individu yang mengalami pengalaman buruk sebelumnya mungkin lebih intens meskipun dengan kondisi medis yang sama. Sebaliknya, seseorang mungkin melihat pengalaman mendatang secara positif karena tidak seburuk sebelumnya (Joyce M.Black, 2014).

### 2.2.4 Pengukuran Skala Nyeri (Joyce M.Black, 2014)



## 2.2 Gambar Pengukuran Skala Nyeri

Ukuran intensitas nyeri wajah



## 2.3 Pengukuran Skala Nyeri Wajah

Numeric Rating Scale



## 2.4 Konsep Hipokalemia

### 2.4.1 Definisi Hipokalemia

Hipokalemi adalah suatu keadaan dimana kadar kalium serum kurang dari 3,5 mmol/L.<sup>13,14</sup> Kebanyakan pasien hipokalemi ringan datang tanpa gejala. Gejala yang muncul seringkali dari faktor yang mendasari. Apabila kadar kalium kurang dari 2,5 mmol/L, berikan kalium klorida intravena sebagai infus dengan kecepatan tidak melebihi 20 mmol/jam dan pada konsentrasi yang tidak melebihi 20 mmol/jam, karena kalium yang pekat dapat merusak vena perifer. Apabila kadar kalium antara 2,5-3,5 mmol/L, berikan terapi oral dengan dosis 80-120 mmol/hari yang terbagi dalam beberapa dosis.<sup>9,13,14</sup> Pada pasien ini terjadi hipokalemi dengan kadar kalium 2,6 mEq/L. Hipokalemi pada pasien ini merupakan salah satu akibat dari penyakit diare dan muntah yang dialaminya. Manajemen hipokalemi pada pasien ini

cukup dilakukan dengan pemberian oralit.<sup>11,13</sup> Dalam satu bungkus oralit terkandung kalium 20 mEq/L.

## **2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Gastroenteritis**

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistemik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien seperti yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

### **2.5.1 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) adalah sebagai berikut :

#### **1. Pengumpulan Data**

##### **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)

#### 2.5.2 Analisa Data

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan (Dermawan, 2012).

#### 2.5.3 Diagnosa Keperawatan

##### 1. Diagnosa keperawatan 1 (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Diagnosa keperawatan Gangguan pola eliminasi (buang air besar karena diare) berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal

Tujuan : diare dapat teratasi setelah dilakukan intervensi keperawatan

Kriteria hasil :

- a. Pasien akan melaporkan penurunan frekuensi defekasi dan konsistensi kembali normal
- b. Pasien mampu mengidentifikasi dan menghindari faktor-faktor pemberat diare.

Intervensi :

- a. Observasi dan catat frekuensi defekasi, jumlah dan warna feses  
R/ Untuk mengidentifikasi beratnya diare dan untuk menentukan intervensi selanjutnya
  - b. Tingkatkan tirah baring dan siapkan alat-alat di samping tempat tidur  
R/ Istirahat menurunkan motilitas usus dan laju metabolis
  - c. Identifikasi makanan atau cairan yang mencetuskan diare  
R/ Menghindari bahan iritan dan meningkatkan istirahat usus
  - d. Berikan terapi antibiotik  
R/ mengobati infeksi supuratif lokal
2. Diagnosa keperawatan 2 (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)

Tujuan : rasa nyeri dapat hilang atau terkontrol

Intervensi :

- a. Kaji skala nyeri  
R/ Menentukan tingkat nyeri, dan untuk menentukan tindakan yang tepat
- b. Berikan posisi yang nyaman  
R/ memberikan rasa nyaman

c. Observasi TTV

R/ untuk menentukan tindakan yang tepat dan untuk mengetahui tingkat perkembangan pasien

d. Ajarkan tehnik pengendalian nyeri alternatif, seperti relaksasi dan distraksi

R/ untuk mengurangi nyeri

e. Kolaborasi dengan tim medis dan dokter untuk pemberian terapi analgetik

R/ untuk mengurangi rasa nyeri

3. Diagnosa keperawatan 3 (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan : Tingkat Pengetahuan membaik setelah dilakukan intervensi keperawatan

Kriteria hasil :

1. Menunjukkan perilaku sesuai aturan
2. Menunjukkan persepsi yang tidak keliru terhadap masalah

Intervensi

1. Kaji tingkat pengetahuan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.

R/ Menentukan informasi yang diberikan

2. Berikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.

R/ mengurangi tindakan yang tidak sesuai aturan

3. Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan

R/ Sebagai support sistem

4. Berikan penjelasan yang benar kepada pasien tentang semua tindakan

R/ Untuk menghindari terlalu banyaknya informasi.

5. Dorong pasien untuk mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam aktivitas yang ia rasa

R/ Untuk membangun rasa kontrol

#### 2.5.4 Perencanaan

1. Gangguan pola eliminasi (buang air besar karena diare) berhubungan dengan inflamasi
2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi gastro (Dolor/nyeri)
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi

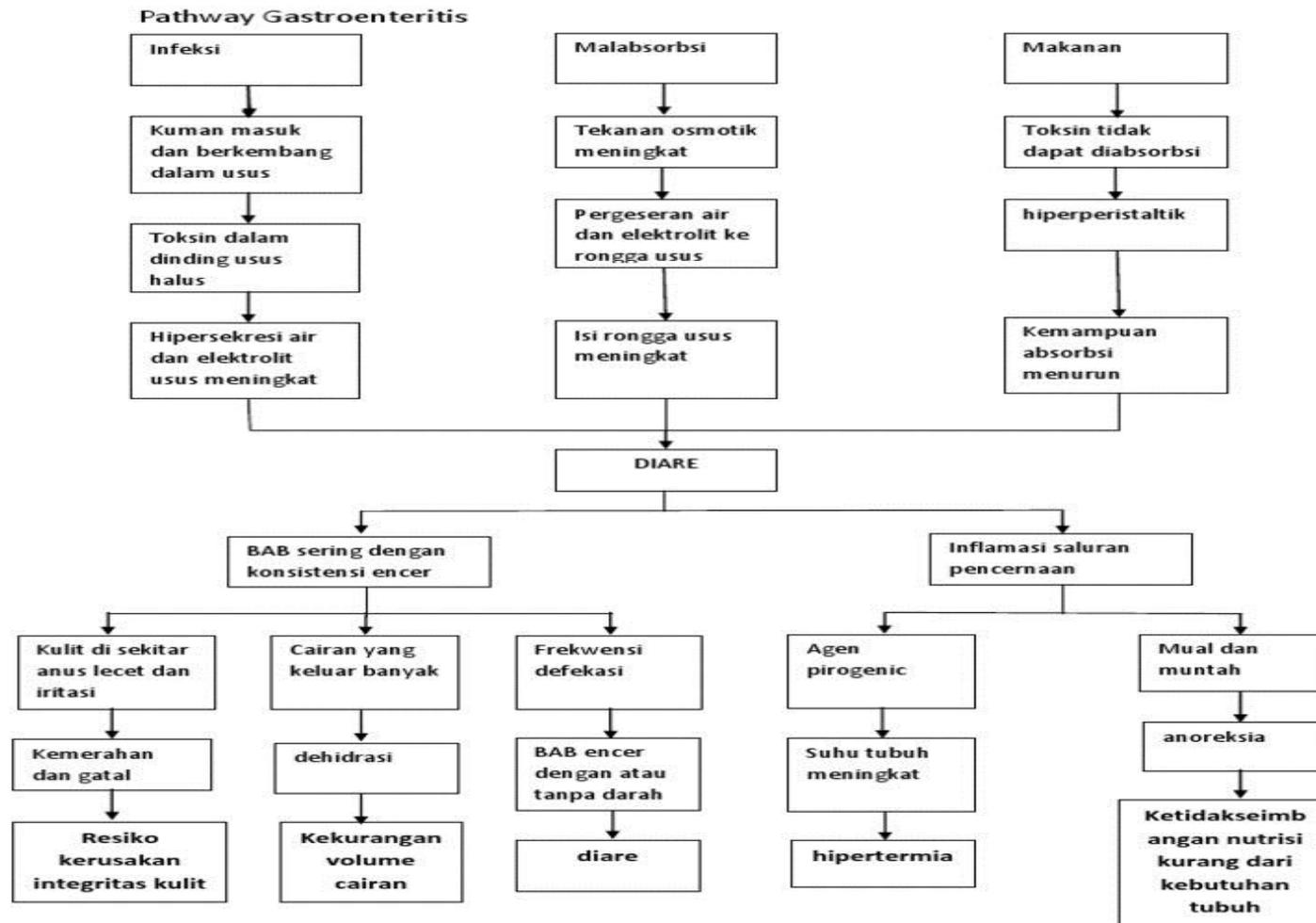
#### 2.5.5 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien, serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dermawan, 2012).

#### 1.5.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan pasien yang telah ditetapkan dengan respon pasien (Dermawan, 2012)

## 2.6 Kerangka Masalah



Gambar 2.6 Kerangka Masalah Gastroenteritis

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Medis Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang+Hipokalemia, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27 Januari 2020 sampai dengan 29 Januari 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 14.00 WIB Anamnesa diperoleh dari Pasien dan rekam medik dengan No. RM 17XXXX sebagai berikut:

#### **1.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang Laki-Laki dewasa bernama Tn. F dengan usia 35 tahun, berkebangsaan Indonesia, suku Jawa dan tinggal di daerah Surabaya. Pasien beragama Islam, status perkawinan menikah, pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan sebagai pegawai swasta. Pasien MRS Tanggal 27 Januari 2020 pukul 12.00 WIB.

##### **3.1.2 Keluhan Utama**

Diare satu hari 11x konsistensi cair, sedikit dan sering

##### **3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien mengatakan pada tanggal 26 Januari 2020 pasien membeli kacang di pinggir jalan. Pasien diare setelah makan kacang, diare 11x konsistensi cair, ada lendir dan sedikit ampas. Kemudian ke esokan hari nya istri pasien membawa pasien ke IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 11.00 WIB dengan keluhan diare 11x konsistensi cair, sedikit ampas, tidak ada muntah, nyeri perut seperti di tusuk-tusuk skala

nyeri 4 nyeri hilang dan timbul dalam waktu 5 menit. Pasien juga mengeluh nyeri setelah (BAB) Buang Air Besar, (BAK) Buang Air Kecil berwarna Kuning jernih. Di IGD dipasang infus RL 500cc/1jam, infus KCL 25meq dalam tetes RL : 20 tetes/menit. Setelah habis infus RL saja 20 tetes/menit. Kemudian di beri obat Molagit 3x2 tablet, injeksi ondansentron 3x4mg per intravena. Lanzoprazole 1x30mg (PO), diit lunak rendah serat Observasi TTV TD :110/70mmHg, RR:20x/menit, N:69x/menit (teratur), S:36,5°C di axila, SPO2:98, GCS :456, Porsi makan: ½ porsi. dan pasien di pindahkan ke Ruang Rawat Inap B-2 pukul 12.00 WIB.

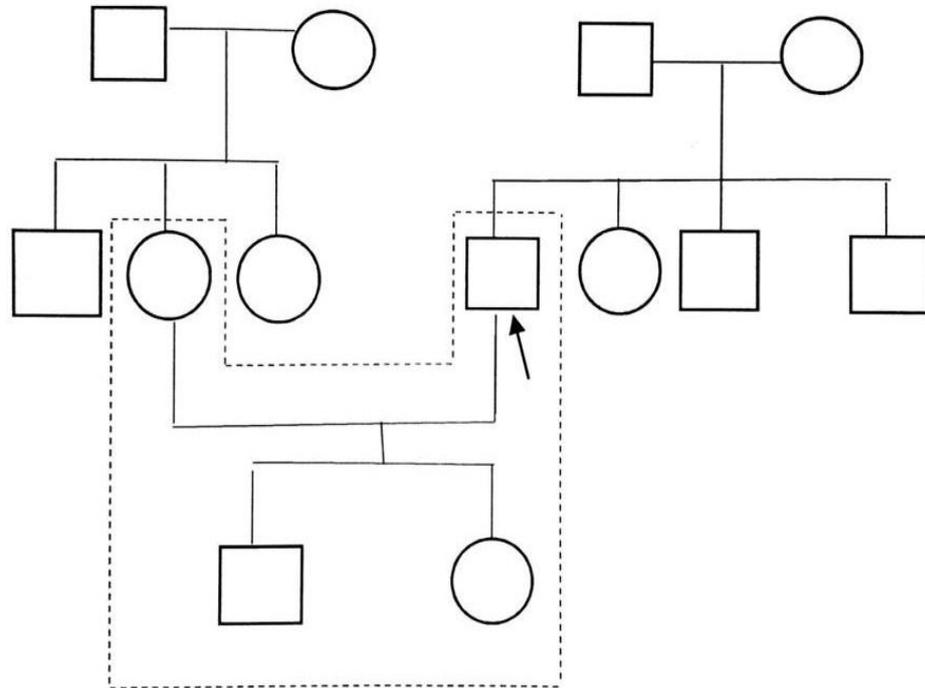
#### 3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu.

#### 3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit kesehatan keluarga seperti diabetes, hipertensi.

### 3.1.6 Genogram



#### Keterangan

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

--- : Tinggal Serumah

↗ : Pasien

mbar 3.1 Genogram Tn. F

### 3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan maupun obat

### 3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Saat pengkajian keadaan umum Tn. F nampak meringis, kesadaran *composmetis*, tanda-tanda vital : tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 69x/menit, suhu : 36,5°C, RR : 20x/menit, antropometri : Tinggi badan :

169 cm, Berat badan sebelum masuk rumah sakit : 60 kg, Berat badan saat masuk rumah sakit : 60 kg. GCS : 456 (15) IMT : 29,66 EWS : 0.

### 3.1.9 B1 Pernafasan (*Breathing*)

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada sistem ini. Inspeksi : bentuk dada normocest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas reguler, pola nafas eupnea, tidak ada sesak nafas dan batuk, tidak ada sputum, tidak sianosis. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, fremitus taktil taktil teraba di semua lapang paru. Perkusi : suara perkusi paru sonor. Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

### 3.1.10 B2 Kardiovaskuler (*Blood*)

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada perdarahan, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada sianosis. Palpasi : ictus cordis teraba pada ICS 4-5 midclavicula sinisrea, CRT <2 detik, akril hangat kering merah, tidak ada oedema. Auskultasi : irama jantung reguler, bunyi jantung s1 s2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan.

### 3.1.11 B3 Persarafan (*Brain*)

GCS eye:4, verbal :5 motorik:6, total:15

Reflek fisiologis : bisep +/+, patella +/+. Reflek patologis : babinski -/-, kaku kuduk -/-, kernik -/-, laseque -/-, bruzunki -/-.  
Nervus cranial I: pasien dapat mengenali bau parfum

Nervus cranial II: pasien dapat membaca papan nama perawat,

Nervus cranial III : Rangsangan cahaya pada pupil miosis.

Nervus cranial IV: Tidak terdapat deviasi mata.

Nervus cranial V: Mata px berkedip saat diberi rangsangan.

Nervus cranial VI : Px dapat mengerakkan bola mata.

Nervus cranial VII : Px dapat tersenyum.

Nervus cranial VIII : Px dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

Nervus cranial IX : Px dapat mengerakkan lidah ke depan.

Nervus cranial X : Px dapat menelan dengan baik.

Nervus cranial XI : Px dapat mengangkat bahu dengan tekanan.

Nervus cranial XII : Px dapat mengerakkan lidah ke segala arah.

Bentuk kepala normal dan tidak ada nyeri kepala. Mata cowong, pupil isokor, konjungtiva an anemis, lapang pandang normal, telinga simetris, tidak ada gangguan pendengaran, kebersihan telinga bersih, lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan uvula di tengah. Pada saraf perifer sensorik saat di kaji pasien mengatakan nyeri pada perut, nyeri timbul apabila setelah BAB, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dalam waktu 5 menit, skala nyeri 4 (nyeri sedang), pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah dan proteksif pada bagian perut. P : nyeri abdomen, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : pada bagian abdomen, S : skala 4 (0-10), T : hilang timbul dalam waktu 5 menit.

#### 3.1.12 B4 Perkemihan (*Bladder*)

Kebersihan genetalia bersih, tidak ada nyeri tekan, SMRS (BAK) Buang Air Kecil saat di IGD urin berwarna kuning jernih, bau khas, frekuensi normal 3-4 kali sehari + 1000 cc/hari warna kuning jernih bau khas, pada saat MRS 2- 3 kali sehari sehari + 1.500 cc/hari warna kuning jernih bau khas. Tidak memakai kateter, pada saat di kaji pasien terpasang infus,

cairan infus NaCl 0,9% 20 tetes/ menit (kolf ke-2), pasien BAK 1.500cc dalam 8 jam (pukul 14.00-21.00) warna kuning jernih bau khas dan terakhir BAK pukul 15.00.

### 3.1.13 B5 Pencernaan (*Bowel*)

Kebersihan mulut bersih gigi tidak lengkap, tidak ada nyeri tekan, hepar teraba, bising usus 12 x/menit, menghabiskan makan 1 porsi. Jenis nasi, lauk pauk, sayuran, minum + 1.500 ml/hari. Nafsu makan meningkat, tidak ada mual. Eliminasi alvi SMRS frekuensi 1 hari 11x warna coklat kekuningan konsistensi cair. Pada saat MRS frekuensi 1 hari 2x warna coklat kekuningan konsistensi lembek. Tidak adanya nyeri pada abdomen. Tidak ada colostomi. Pada saat dikaji pasien minum ± 1.500 ml mulai pukul 06.00-14.00, nafsu makan menurun menghabiskan makan ½ porsi karena kurang minat pada makanan. Diit TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein) lunak rendah serat, jenis bubur , lauk pauk, sayuran bising usus 12 x/menit, mukosa bibir kering.

### 3.1.14 B6 Muskuloskeletal (*Bone*)

ROM tidak terbatas. Pada saat di kaji rambut bersih, warna kulit sawo matang, turgor kulit sinistra 5555 dan ekstemitas bawa dextra dan sinistra dengan nilai 5555

5555	5555
5555	5555

### 3.1.15 Endokrin

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada sistem ini, Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak terjadi hipoglikemia dan hiperglikemia

### 3.1.16 Seksual Reproduksi

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada sistem ini

### 3.1.17 Kemampuan Perawatan Diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien melakukan aktivitas mandi, berpakaian, toileting, mobilitas, naik tangga dilakukan secara mandiri, setelah masuk rumah sakit pasien melakukan aktivitas mandi, berpakaian, berjalan sendiri namun pada saat toileting pasien terkadang meminta bantuan kepada istrinya untuk memegang infus. Mandi sebelum masuk rumah sakit 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, memotong kuku 1 minggu sekali. Setelah masuk rumah sakit pasien tetap menerapkan kegiatan sama persis seperti di rumah.

### 3.1.18 Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit pasien mandi 2x sehari, keramas 3 hari sekali, gosok gigi 2x sehari, ganti pakaian 2x sehari, memotong kuku 1x seminggu. Setelah MRS pasien diseka 2x sehari, gosok gigi 1x sehari, ganti pakaian 2x sehari dibantu oleh orang lain, selama sakit pasien belum keramas dan memotong kuku.

### 3.1.19 Istirahat & Tidur

Istirahat tidur pasien sebelum masuk rumah sakit  $\pm 5$  jam (dikarenakan diare), dan setelah masuk rumah sakit pasien tidak mengalami kesulitan tidur karena sudah tidak merasakan nyeri perut.

### 3.1.20 Psikososioekultural

Saat dikaji pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang, Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mampu menghadapi dan mengatasi masalah dengan baik. Gambaran diri: pasien mengatakan menerima penyakit yang di derita saat ini dan sadar akan kemampuan diri sendiri, identitas diri: pasien seorang laki-laki berusia 35 tahun, peran diri : pasien sudah bekerja sebagai pegawai swasta di sebuah rumah sakit, ideal diri : pasien dan keluarga yakin pasti akan sembuh dari sakit yang dialaminya saat ini, harga diri: pasien tampak dalam proses penyembuhan akan penyakitnya dan tidak ada rasa malu.

### 3.1.21 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang Pada Tn. F Dengan Diagnosis Medis Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang Di Ruang B-II Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Pada Tanggal 27 Januari 2020

Parameter	Result	Unit	Normal
WBC	10.89	$10^3/\mu\text{L}$	4.0-10.0
RBC	4.93	$10^6/\mu\text{L}$	3.5-5.5
HGB	13.4	g/Dl	13.2-17.3
HCT	38.7	%	37.0-54.0
MCV	78.4	Fl	80.0-100.0
MCH	27.1	Pg	27.0-34.0
MCHC	34.6	g/Dl	32.0-36.0
RDW_CV	12,2	%	11.0-16.0

RDW_SD	36.1	Fl	35.0-56.0
PLT	287	10 <sup>3</sup> /μL	150.0-450.0
MPV	8.4	Fl	6.5-12.0
PDW	15.5		15.0-17.0
PCT	0,24	%	0,108-0,282

Parameter	Result	Unit	Ref. Ranges
Gula Darah/Acak	95	mg/Dl	<120.0
Natrium	142.7	mmol/L	135.0-147.0
Kalium	2.55	mmol/L	3.00-5.00
Chlorida	110.4	mmol/L	95.0-105.0

### 3.1.22 Terapi Medis

Tabel 3.2 Pemberian obat pada Tn. F dengan Diagnosis Medis Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang di Ruang B-II Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 27 januari 2020

Nama	Dosis	Rute	Indikasi
Lansoprazole	1x30mg	IV	Untuk meredakan mual muntah serta mempercepat makanan sampai kedalam usus

Infus RL	500cc/jam	<b>IV</b>	Mengganti cairan tubuh
Drip KCL	25 meq	<b>IV</b>	Untuk mengatasi mencegah hipokalemi
Molagit	3x2 tab	<b>Tablet</b>	Untuk mencegah diare
Ondansentron	3x4mg	<b>IV</b>	Untuk penanggulangan mual dan muntah.

### 3.2 Analisa Data

Nama Pasien : Tn. F

Usia : 35 tahun

Tabel 3.3 Analisa Data

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	<p>Data Subyektif : pasien</p> <p>mengatakan diare 4x dalam sehari</p> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defekasi lebih dari 3x dalam sehari</li> <li>- Pasien meringis</li> </ul>	<p>Inflamasi</p> <p>Gastrointestinal</p>	<p>Diare</p>
2	<p>Data subyektif: pasien mengeluh nyeri di bagian perut</p> <p>P: Nyeri saat di buat bergerak</p> <p>Q: Seperi ditusuk-tusuk</p> <p>R: Abdomen</p> <p>S: Skala 4 (0-10)</p> <p>T : Hilang timbul tiap lima menit</p> <p>Data Objektif : Obserevasi TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 110/70 mmHg</li> <li>- N : 69x/menit</li> </ul>	<p>Agen Pencederan</p> <p>Fisiologis (Inflamasi</p> <p>Gastro</p> <p>(Dolor/Nyeri))</p>	<p>Nyeri Akut</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR :20x/menit</li> <li>- S :36,5°C</li> <li>- SPO<sup>2</sup> : 98%</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak protektif daerah nyeri</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul>		
3	<p>Data subjektif : pasien mengatakan tidak mengetahui tentang akibat kebanyakan makan kacang</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak tanda/ gejala penyakit/masalah kesehatan masih ada atau meningkat</li> <li>- Tampak komplikasi penyakit/ masalah kesehatan menetap atau meningkat</li> </ul>	<p>Kurang Terpapar Informasi</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>

### 3.3 Prioritas Masalah

Nama Pasien : Ny. R

Usia : 43 tahun

Tabel 3.4 Prioritas Masalah

NO	Masalah Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf
1	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	27 Januari 2020	29 Januari 2020	
2	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi gastro (Dolor/Nyeri )	27 Januari 2020	29 Januari 2020	
3	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	27 Januari 2020	28 Januari 2020	

### 3.4 Rencana Keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan diare pasien teratasi dengan kriteria hasil:  1. Distensi abdomen menurun  2. Nyeri abdomen menurun  3. Peristaltic usus	1. Bina Hubungan Saling Percaya  2. Mengobservasi tanda-tanda vital  3. Identifikasi penyebab diare  4. Monitor warna,volume,frekuensi, dan volume tinja tiap 8 jam/hari  5. Berikan cairan intravena  6. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses sesuai resep dokter  7. Mengedukasi keluarga terkait kondisi pasien.	1. Untuk meningkatkan rasa percaya sehingga pasien dan keluarga lebih kooperatif terhadap perawat dan tindakan medis yang akan dilakukan  2. Untuk mengetahui perkembangan pasien  3. Agar perawat bisa menangani dengan tepat sesuai penyebab  4. Agar mengetahui kegawatan

		membalik Antara 5-25x/ menit		diare dan mengetahui rencana tindakan selanjutnya 5. Untuk mencegah resiko dehidrasi pada pasien 6. Agar diare dapat teratasi dan BAB normal kembali 7. Agar keluarga dapat mengerti perkembangan pasien
2	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi gastro (Dolor/Nyeri) )	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	1. Mengobservasi tanda-tanda vital 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri (0-10) 4. Identifikasi respons nyeri non verbal	1. Untuk mengetahui perkembangan pasien 2. Untuk mengetahui penyebab nyeri serta membantu menyakinkan bahwa penanganan dapat memenuhi kebutuhan pasien dalam

		<p>3. Gelisah menurun</p> <p>4. Skala nyeri menurun (0)</p> <p>5. Frekuensi nadi membaik antara 60-100x/menit</p> <p>6. Nafsu makan membaik/porsi makan menghabiskan <math>\frac{3}{4}</math></p>	<p>5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>6. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>7. Berikan tehnik nonfarmalogis untuk mengurangi rasa nyeri (misal, TENS,hiposis,terapi,musik,terapi pijat,dll) tiap 5 jam sekali</p> <p>8. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.</p> <p>9. Fasilitasi istirahat tidur</p>	<p>mengurangi nyeri</p> <p>3. Untuk mengetahui respon non verbal pasien</p> <p>4. Untuk mengetahui skala nyeri pasien</p> <p>5. Untuk mengetahui faktor yang memperberat nyeri</p> <p>6. Untuk mengetahui reaksi pasien setelah diberi analgesik</p> <p>7. Untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>8. Untuk mendukung pengurangan akibat nyeri</p> <p>9. Untuk memenuhi kebutuhan tidur pasien</p> <p>10. Untuk membantu</p>
--	--	---	--	---

			10. Kolaborasi pemberian analgetik	mempercepat meredakan nyeri
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tingkat pengetahuan membaik. Dengan kriteria hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan telah memahami tentang penyakit yang diderita pasien, bagaimana kondisi pasien saat ini. 2. Pasien dan keluarga	1. Kaji tingkat pengetahuan pasien 2. Berikan informasi dalam berbagai variasi proses pembelajaran (tanya jawab) 3. Berikan penjelasan tentang faktor risiko tentang penyakit yang diderita	1. Untuk mengetahui faktor proses pembelajaran dan kesiapan pasien 2. Meningkatkan kesiapan materi penyampaian 3. Memberikan informasi lebih bermanfaat dan menjelaskan kembali secara signifikan

		<p>mampu melaksanakan prosedur penatalaksanaan yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan secara benar</p> <p>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan</p> <p>4. Pasien dan keluarga mampu menerapkan apa yang disampaikan oleh tenaga kesehatan</p>		
--	--	---	--	--

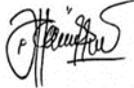
### 3.5 Tindakan Keperawatan

No.	Tgal/jam	Tindakan	TT Pera wat	Tgl/jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT Pera wat
1	27/01/20 14.45	- Mengobservasi tanda-tanda vital pasien			<b>Dx 1</b> S: Pasien mengatakan diare 4x dalam sehari	
1	15.20	- mengidentifikasi penyebab diare			O: TD:110/70mmHg N:69x/menit	
2	15.30	-Mengkaji tanda dan gejala nyeri pada pasien			S: 36,5°C RR: 20x/menit	
2	17.00	-Mengkaji skala nyeri pada pasien			SPO <sub>2</sub> :98%	

3	19.00	-Mengidentifikasi kesiapandan kemampuan menerima informasi			A: masalah belum teratasi P:intervensi dilanjutkan 1,2,3 <b>Dx2</b>	
2	19.35	-Memberikan tehnik nonfarmakologi (Mengajarkan pasien tehnik relaksasi nafas dalam ketika dirasa nyeri perut)			S: Pasien mengatakan nyeri di bagian perut - P: Nyeri pada abdomen respon dari diare - Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk - R: perut (abdomen) - S: 4 (0-10) - T: Hilang timbul	
3	19.55	- Memberikan kesempatan untuk bertanya				
2	20.00	-Memberikan posisi yang nyaman. Posisi semi fowler				
2	20.20	- jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan				
1	20.37	-Mengevaluasi karakteristik nyeri				

1	21.00	- SMRS pasien makan makanan yang tidak dihaluskan			O: TD:110/70mmHg N:69x/menit	
1	22.00	- Saat MRS pasien makan makanan yang di haluskan			S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO:98%	
1	22.50	- Memonitor warna,volume,frekuensi tinja, (pasien mengatakan diare 4x/hari dengan konsistensi cair, warna kuning kecoklatan)			GCS: 456 A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1,2,3 <b>Dx3</b> - Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakitnya	
1	23.00	- Memberikan pasien cairan			<b>O :</b> TD:110/70mmHg	

		intravena (pasien terpasang infus NS 500cc/24 jam 14tpm)			N:69x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO:98% GCS: 456 A:masalah belum teratasi P:Intervensi dilanjutkan 1,2,3	
1	00.00	- Memberikan hasil kolaborasi dokter obat penguas feses				
2	06.00	- Observasi tanda-tanda vital				
2	08.00	- Kaji skala nyeri pada pasien (0-10)				

	28/01/20					
1	08.50	- mengobservasi tanda-tanda vital pasien			<b>Dx1</b> <b>S:</b> pasien mengatakan sudah	
1	09.25	- Mengobservasi warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja (pasien sudah tidak 1x/hari dengan konsistensi lembek, berwarna coklat pekat)			tidak diare <b>O:</b> -pasien sudah tidak tampak lemah -pasien sudah tidak defekasi lebih dari 3x dalam 24 jam - konsistensi feses padat	
1	09.48	- Memberikan pasien cairan intravena (pasien terpasang infus NS 500cc/24 jam 14tpm)			<b>A:</b> Masalah teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan <b>Dx2</b> <b>S:</b> pasien mengatakan nyeri pada	

1	09.40	- Memonitor porsi makan pasien			bagian perut menurun dengan skala 2 (0-10)	
1	10.00	- Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori&protein.			<b>O:</b> - Pasien sudah tidak tampak meringis	
2	11.00	- Mengobservasi nyeri akibat diare dengan skala 2 (0-10)			- Pasien sudah tidak tampak bersikap protektif - pasien	
2	12.00	- Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri			<b>A:</b> Masalah teratasi sebagian <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
1	14.00	- Mengobservasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya.			<b>O :</b> Kontrol pengeluaran feses meningkat, skor 4	
2	15.25	- Mengobservasi tanda-tanda vital			- Distensi abdomen menurun skor 4	

1	17.00	- Memberikan pasien cairan intravena (pasien terpasang infus NS 500cc/24 jam 14tpm)			- Nyeri abdomen menurun skor 4 - Konsistensi feses menurun skor 4
2	19.15	- Mengkaji Skala Nyeri pada pasien			- Peristaltic usus membaik skor 4 <b>A:</b> Masalah teratasi sebagian <b>P:</b> intervensi dilanjutkan 2,3 <b>Dx3</b> <b>S:</b> pasien mengatakan sudah mengetahui te
3	20.00	- Menanyakan pemahaman tentang informasi			
1	22.20	- Injeksi Santagesik			<b>O:-</b> pasien tampak memahami tentang yang dijelaskan oleh perawat
2	23.33	- Mengobservasi tingkat nyeri pada pasien			- Pasien tampak mulai

3	00.00	- Menerima pertanyaan dari pasien			menerapkan apa yang di sampaikan oleh perawat <b>A:</b> masalah teratasi sebagian <b>P:</b> interensi dilanjutkan 2,3	
1	29-01-2020 08.45	- mengobservasi tanda-tanda vital pasien			<b>Dx 2</b> <b>S:</b> pasien mengatakan sudah tidak nyeri pada bagian perut	
2	09.20	- mengkaji skala nyeri pada pasien			<b>O:</b>	
3	10.00	- pemahaman pasien tentang penyakit yang diderita			- Pasien sudah tidak tampak meringis - Pasien sudah tidak mengeluh nyeri Skala 0 (0-10)	
					<b>A:</b> masalah teratasi	

					<p><b>P:</b> intervensi dihentikan</p> <p><b>Dx3</b></p> <p><b>S:</b> pasien mengatakan sudah mengerti tentang informasi yang dijelaskan oleh perawat</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien dapat menjawab dengan tepat</li><li>- Pasien sudah memahami tentang penyakitnya</li></ul> <p><b>A:</b> masalah teratasi</p> <p><b>P:</b> intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	--	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang + Hipokalemia hari ke 1 di ruang B-2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

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

Pada tahap pengkajian Tn. F di temukan identitas pasien seseorang laki-laki berumur 35 th, Tn. F mengeluh Buang Air Besar selama 11x. Diagnosis medis pasien ini adalah Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang. Menurut (Suratun&Lusianah, 2010) Gastroenteritis adalah radang pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare, dengan atau tanpa disertai muntah, dan sering kali disertai dengan 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 110/80 mmHg, pasien tidak nyeri kepala, pupil bulat, suhu 36,5C, N : 69x/menit, RR : 20 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 : 20 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**

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya berisi teori, namun pada kenyataannya dilapangan, analisa data disesuaikan dengan keluhan-keluhan yang telah dialami klien. Kesenjangan yang didapatkan oleh penulis yaitu tentang diagnosis keperawatan yang tertuang di tinjauan pustaka tidak semuanya di dapatkan dalam tinjauan kasus. Diagnosis keperawatan yang tertuang dalam tinjauan pustaka berjumlah lima diagnosis keperawatan namun diagnosis keperawatan yang penulis temukan di tinjauan kasus berjumlah tiga diagnosis. Adapun diagnosis-diagnosis keperawatan yang tertuang dalam tinjauan pustaka adalah sebagai berikut:

1. Diare
2. Nyeri Akut
3. Defisit Pengetahuan
4. Ansietas

Dari keempat diagnosis tersebut, diagnosis yang muncul pada tinjauan kasus antara lain :

1. Diare
2. Nyeri Akut
3. Defisit Pengetahuan

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 Nyeri Akut di lakukan asuhan keperawatan 3x24 jam dan di lakukan intervensi ajarkan cara Mengobservasi tanda-tanda vital, Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri (0-10), Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Monitor efek samping penggunaan analgetik, Berikan tehnik nonfarmalogis untuk

mengurangi rasa nyeri (misal, TENS, hiposis, terapi, musik, terapi pijat, dll) tiap 5 jam sekali, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan, Fasilitasi istirahat tidur, Kolaborasi pemberian analgetik. Serta pada diagnosis Defisit Pengetahuan dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam dengan dilakukan intervensi Kaji tingkat pengetahuan pasien, Berikan informasi dalam berbagai variasi proses pembelajaran (tanya jawab), Berikan penjelasan tentang faktor risiko tentang penyakit yang di derita.

### **4.3 Rencana Keperawatan**

Dalam perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan keperawatan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan yang bertujuan untuk memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang yang akan meningkatkan pengetahuan, keterampilan dalam mengenal masalah, dan perubahan perilaku pada pasien.

Dalam tujuan pada tinjauan kasus di cantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung, intervensi diagnosa keperawatan yang di tampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran dengan kriteria hasil yang di tetapkan. 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 5-25x/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, SpO<sub>2</sub> : 95-100%, MAP : 100-120, dengan tindakan yang di rencanakan, identifikasi penyebab diare, monitor warna, volume, frekuensi, dan volume tinja tiap 8 jam/hari.

b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (Inflamasi gastro (Dolor/Nyeri) (SIKI, 2018), Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan dengan kriteria hasil:Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, skala nyeri menurun (0), frekuensi nadi membaik antara 60-100x/menit, nafsu makan membaik/ porsi makan menghabiskan 3/4.

c. Defisit Pengetahuan (SIKI, 2018), Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan tingkat pengetahuan pasien meningkat dengan kriteria hasil : pasien dan keluarga memahami tentang penyakit yang diderita, pasien mampu melaksanakan prosedur penatalaksanaan yang telah dijelaskan, pasien mampu menjelaskan kembali, pasien mampu menerapkan apa yang di sampaikan oleh tenaga kesehatan.

#### **4.5 Implementasi**

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, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya, dalam melaksanakan pelaksanaan 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 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 b.d Inflamasi Gastrointestinal tindakan yang terlaksana adalah melakukan BHSP pada pasien dan keluarga, memberikan obat, mengedukasi terkait kondisi pasien, menganjurkan pasien tidak boleh makan-makanan yang tidak bersih, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas memonitor warna, volume, frekuensi dan volume tinja tiap 8 jam/hari.
2. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (Inflamasi gastro (Dolor/Nyeri) tindakan yang terlaksana adalah mengajarkan pasien duduk semi fowler agar perut tidak kaku akibat nyeri, mengobservasi skala nyeri dan nafsu makan pada pasien.
3. Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi tindakan yang terlaksana adalah mengobservasi keluhan pasien saat menanyakan penyakit yang diderita, melakukan edukasi pada pasien, membantu pasien menerapkan larangan agar makan teratur dan memberi masukan tentang pentingnya pola hidup sehat.

#### 4.4 Evaluasi

Pada evaluasi tanggal 30 Januari 2020 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 4/5, pasien tidak mual dan tidak muntah, MAP stabil, reflek cahaya langsung +/-, masalah teratasi, pasien krs pada tanggal 29 Januari 2020.

Pada waktu dilakukan evaluasi pada tanggal 29 Januari 2020 diagnosis 2 Nyeri b.d Agen Pencedera Fisiologis (Inflamasi gastro (Dolor/Nyeri) Nyeri yang dirasakan pasien mulai menurun dan pasien bisa melakukan aktivitas dengan nyaman. Kebutuhan pasien terpenuhi selama 3x24 jam. Pasien sudah tidak merasakan nyeri pada bagian abdomen, pasien mau jika ditanya dan menjawab, dan pasien sangat kooperatif. masalah teratasi pasien krs.

Pada waktu dilakukan evaluasi pada tanggal 29 Januari 2020 diagnosis Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi, selama 2x24 jam pasien sudah mulai mengerti tentang akibat penyakit yang diderita, dan menghindari makan-makanan yang tidak sehat seperti (pedas, asam, dll) dan mencuci tangan sebelum atau sesudah melakukan aktivitas. Untuk diagnosis ini evaluasi pasien yaitu teratasi. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai. Pada hasil evaluasi pada Tn. F 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 29 Januari 2020 pukul 11.00 WIB

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Tn. F dengan diagnosa medis Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang + Hipokalemia di ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang + Hipokalemia.

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan perawatan pada klien dengan diagnosis medis cedera otak sedang di ruang (sesuai tempat penelitian) pada tanggal 27 Januari 2020- 29 Januari 2020, maka penulis dapat menarik simpulan dan sekaligus memberikan saran yang dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan Gastroenteritis akut dehidrasi sedang

#### **5.1 Simpsulan**

Setelah menguraikan berbagai persamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut:

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

1. Pada pengkajian didapatkan data fokus pasien tidak sesak dan tidak ada suara nafas tambahan tidak ada ronkhi, kesadaran pasien composmentis GCS 456, pasien tidak pusing, pasien tidak mual atau muntah, reflek cahaya +/+, ukuran pupil 3mm/3mm, saat dilakukan pengkajian irama nafas reguler, frekuensi 20x/menit.

2. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang yang di temukan penulis setelah pengkajian yaitu, Diare berhubungan dengan Inflamasi Gastrointestinal, Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (Inflamasi gastro (Dolor/Nyeri), Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang, tindakan yang harus dilakukan mengobservasi tanda – tanda vital tiap 4 jam, melatih pasien untuk pola makan sehat dan teratur, menganjurkan pasien diit TPTK (Tinggi Protein Tinggi Kalori). Di lakukan setiap hari untuk memulihkan inflamasi pada abdomen.

3. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat di capai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. F sudah sesuai dengan harapan dan pasien KRS pada tanggal 29 Januari, pukul 11.00 WIB

## **5.2 Saran**

Berdasarkan dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, hendaknya lebih dahulu melakukan pendekatan pada pasien dan keluarga, sehingga semua masalah yang terjadi pada pasien dapat terkaji.

2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang karena pada pasien tersebut memerlukan penanganan yang cepat dan tepat supaya tidak jatuh dalam kondisi yang lebih buruk seperti mortalitas. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif dengan harapan perawat mempunyai respon yang tinggi terhadap keluhan pasien sehingga intervensi yang diberikan dapat membantu menyelesaikan masalah.

3. Untuk perawat ruangan B2 ada baiknya jika pada pasien Gastroenteritis Akut Dehidrasi Sedang di ruangan lebih di perhatikan dalam hal memberikan edukasi kepada pasien tentang cara pola makan yang teratur dan menjaga kebersihan contohnya cuci tangan sebelum dan sesudah makan atau beraktivitas yang dapat memberikan sedikit pengetahuan tentang pentingnya hal tersebut jika di lakukan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditya Denny Pratama. (2019). INTERVENSI FISIOTERAPI KASUS OSTEOARTRITIS DI RSPAD GATOT SOEBROTO. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*.
- Ardiansyah, M. (2012). MEDIKAL BEDAH UNTUK MAHASISWA (1st ed.). DIVA Press.
- 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)**

#### **PENGAMBILAN DARAH VENA**

##### **A. Persiapan**

###### **1. Pengertian**

Dalam kegiatan pengumpulan sampel darah dikenal istilah phlebotomy yang berarti proses mengeluarkan darah. Dalam praktek laboratorium klinik, ada 3 macam cara memperoleh darah, yaitu : melalui tusukan vena (venipuncture), tusukan kulit (skinpuncture) dan tusukan arteri atau nadi. Venipuncture adalah cara yang paling umum dilakukan, oleh karena itu istilah phlebotomy sering dikaitkan dengan venipuncture.

###### **a) Pengambilan Darah Vena**

Pada pengambilan darah vena (venipuncture), contoh darah umumnya diambil dari vena median cubital, pada anterior lengan (sisi dalam lipatan siku). Vena ini terletak dekat dengan permukaan kulit, cukup besar, dan tidak ada pasokan saraf besar. Apabila tidak memungkinkan, vena cephalica atau vena basilica bisa menjadi pilihan berikutnya. Venipuncture pada vena basilica harus dilakukan dengan hati-hati karena letaknya berdekatan dengan arteri brachialis dan syaraf mediana.

###### **b) Tujuan**

1. Untuk mendapatkan sampel darah vena yang baik dan memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan.

2. Untuk menurunkan resiko kontaminasi dengan darah (infeksi, needle stick injury) akibat vena punctie bagi petugas maupun penderita.

3. Untuk petunjuk bagi setiap petugas yang melakukan pengambilan darah (phlebotomy)

c) Lokasi yang tidak diperbolehkan diambil darah adalah :

1. Lengan pada sisi mastectomy

2. Daerah edema

3. Hematoma

4. Daerah dimana darah sedang ditransfusikan

5. Daerah bekas luka

6. Daerah dengan cannula, fistula atau cangkokan vascular

7. Daerah intra-vena lines Pengambilan darah di daerah ini dapat menyebabkan darah menjadi lebih encer dan dapat meningkatkan atau menurunkan kadar zat tertentu.

d) Alat & Bahan

1. Spuite atau jaurm suntik 3 ml atau 5ml

2. Torniquet

3. Kapas alkohol

4. Plesterin

5. Anti koagulan/ EDTA

6. Vacuum tube

7. Bak injeksi

e) Prosedur Kerja

1. Salam pada pasien
2. Lakukan pendekatan pasien dengan tenang dan ramah, usahakan pasien nyaman mungkin.
3. Jelaskan maksud dan tujuan tentang tindakan yang akan dilakukan
4. Minta pasien meluruskan lenganya, pilih tangan yang banyak melakukan aktivitas.
5. Minta pasien untuk mengepalkan tangannya.
6. Pasangkan torniqtet kira-kira 10 cm diatas lipatan siku.
7. Pilih bagian vena mediana cubiti atau cephalica. Lakukan perabaan (palpasi) untuk memastikan posisi vena. Vena teraba seperti sebuah pipa kecil, elastic dan memiliki dinding tebal.
8. Jika vena tidak teraba, lakukan pengurutan dari arah pergelangan ke siku, atau kompres hangat selama 5 menit pada daerah lengan.
9. Bersihkan kulit pada bagian yang akan diambil dengan kapas alkohol 70% dan biarkan kering, dengan catatan kulit yang sudah dibersihkan jangan dipegang lagi.
10. Tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas. Jika jarum telah masuk ke dalam vena, akan terlihat darah masuk kedalam semprit (flash). Usahakan sekali tusuk vena, lalu torniquet dilepas.
11. Setelah volume darah dianggap cukup, minta pasien membuka kepalan tangannya.
12. Letakan kapas di tempat suntikan lalu segera lepaskan / tarik jarum. Tekan kapas beberapa saat lalu plester selama  $\pm$  15 menit.

f) 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.

g) Sikap

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