# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : GASTROENTERITIS AKUT**

**DI RUANG B1 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

# BAMBANG SYAHPUTRA NIM. 1721004

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA 2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : GASTROENTERITIS AKUT**

**DI RUANG B1 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

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



Oleh :

# BAMBANG SYAHPUTRA NIM. 1721004

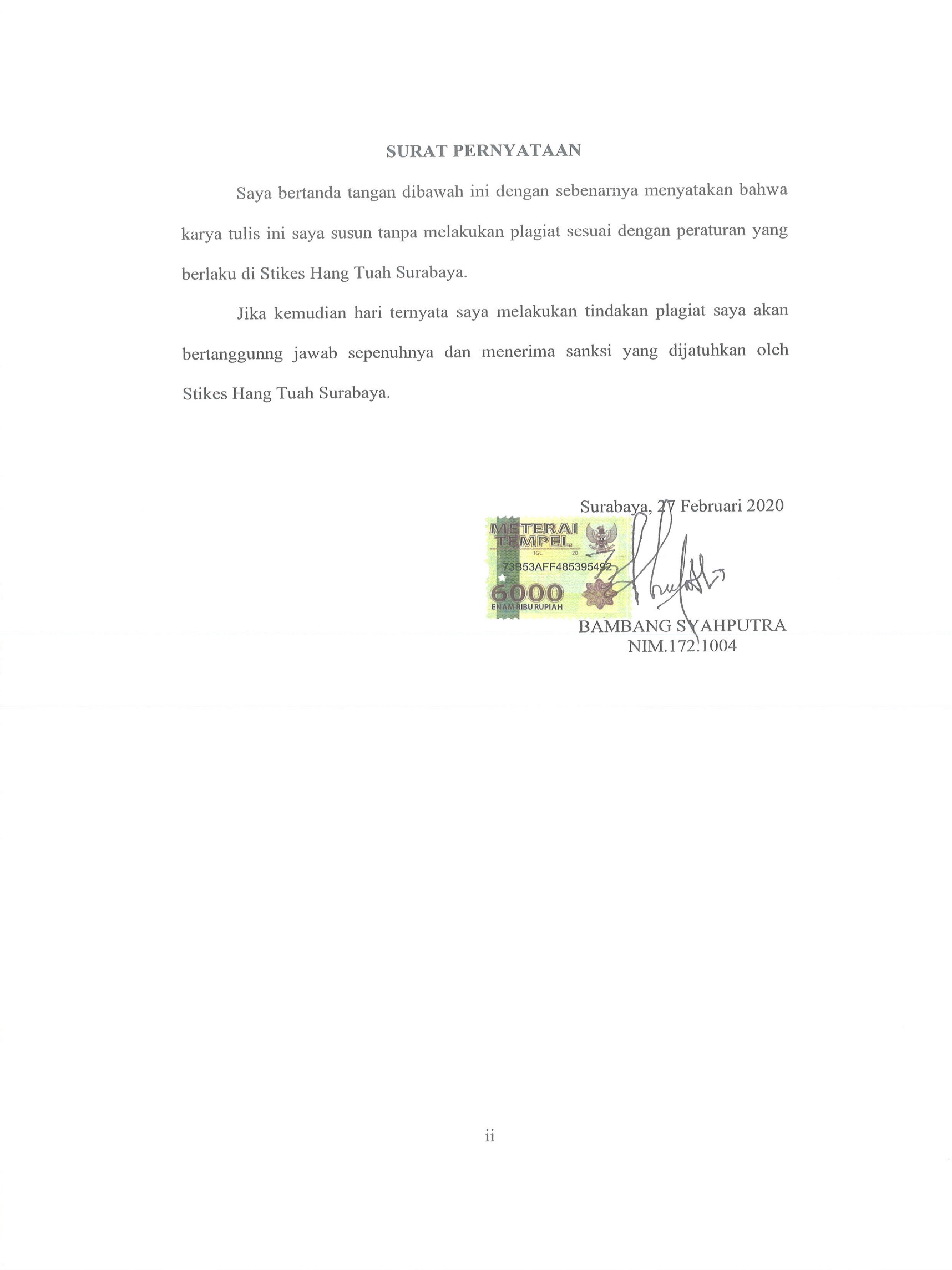
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**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 bertanggunng jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.



# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa : N a m a : Bambang Syahputra

N I M : 172.1004

Program Studi : D-III Keperawatan

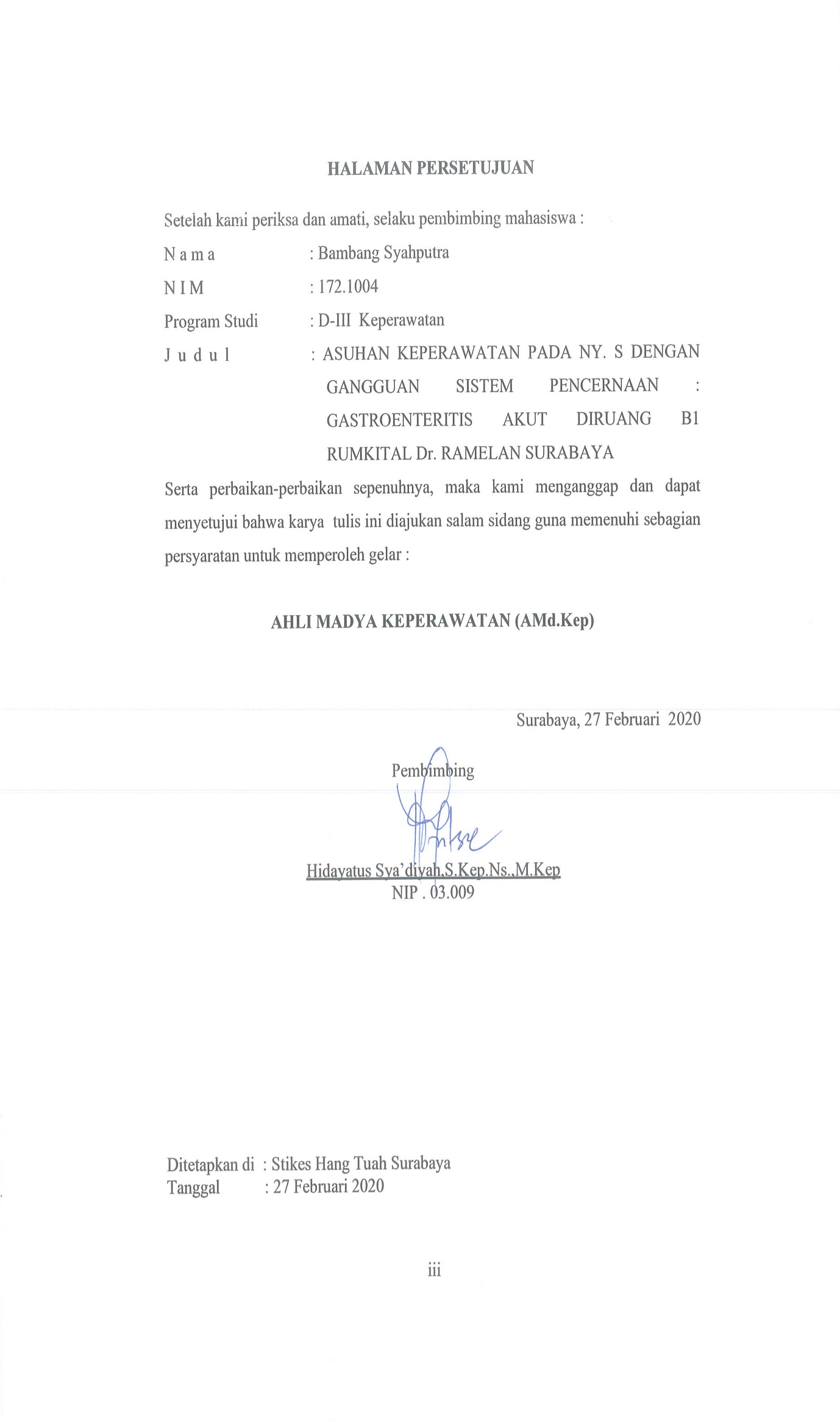
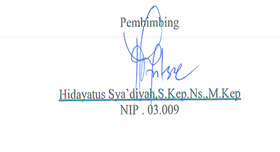
J u d u l : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN

GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : GASTROENTERITIS AKUT DIRUANG B1 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA

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

# AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 27 Februari 2020



Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya Tanggal : 27 Februari 2020

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

N a m a : Bambang Syahputra

N I M : 172.1004

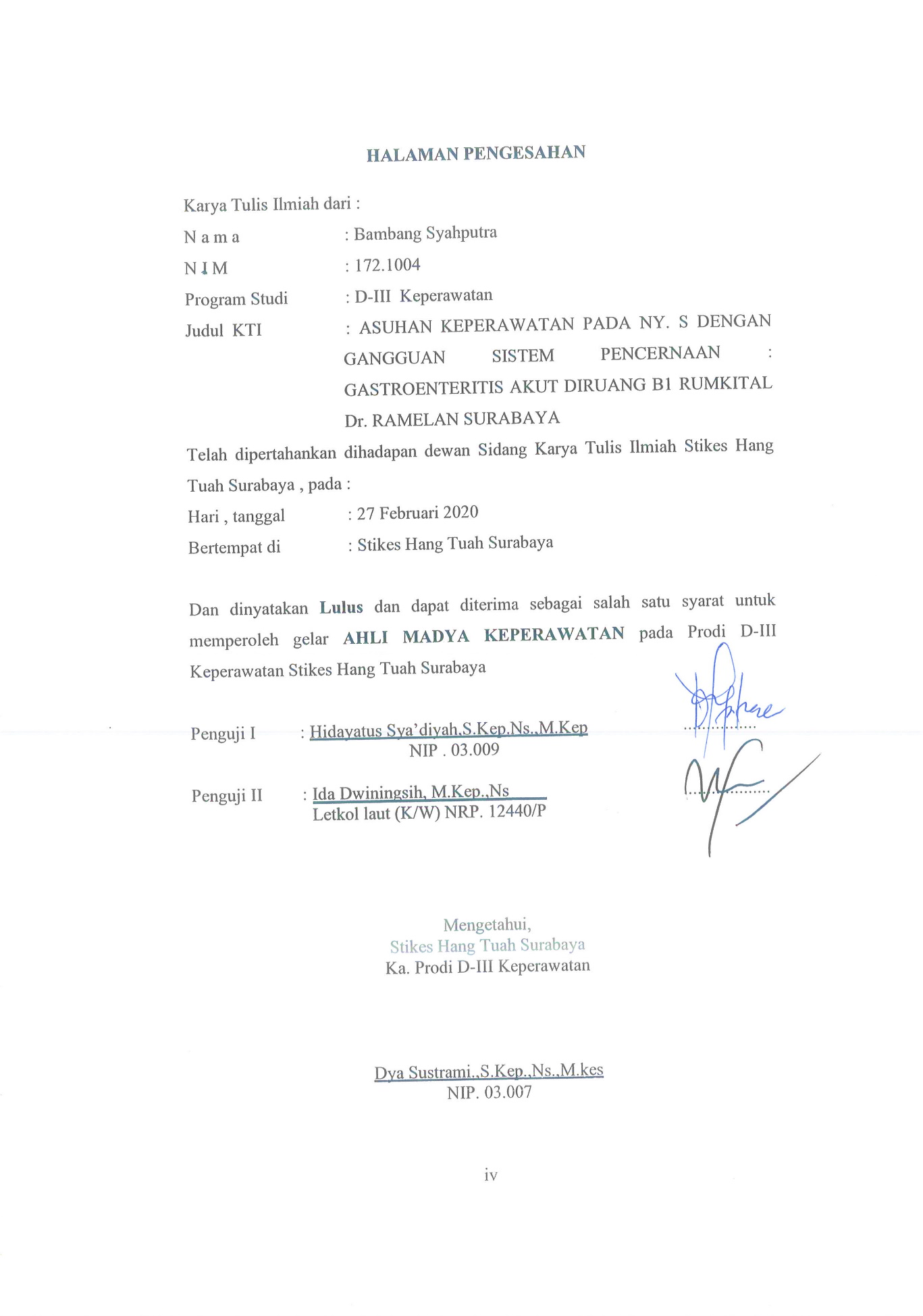
Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN GANGGUANSISTEM PENCERNAAN : GASTROENTERITIS AKUT DIRUANG B1 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA

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

Hari , tanggal : 27 Februari 2020 Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

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



Penguji I : Hidayatus Sya’diyah,S.Kep.Ns.,M.Kep

NIP . 03.009

Penguji II : Ida Dwiningsih, M.Kep.,Ns

Letkol laut (K/W) NRP. 12440/P

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya Ka. Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami.,S.Kep.,Ns.,M.kes NIP. 03.007

# MOTTO & PERSEMBAHAN

“Mulailah dari tempatmu berada,Gunakan yang kau punya, lakukan yang kau bisa ”

–*Arthur Ashe*–

Kupersembahkan Karya yang sederhana ini kepada :

1. Istriku tercinta Juariah yang telah memberi dorongan moral dan material kepada saya selama ini.
2. Anak-anakku tercinta Nazwa Nayla Syahputri dan Gabriel Aurora Nayna Putri yang telah menjadi Suport Sistem selama saya berproses di Pendidikan

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah *Subahanu Wata’alla* yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

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

* 1. Bapak Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto,Sp.THT-KL.,Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
  2. Kolonel laut (Purn) Wiwiek Liestyaningrum,S.Kp., M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 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 Hidayatus Sya’diyah,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. Letkol laut (K/W) Ida Dwiningsih,M.Kep.,Ns selaku penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
  6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui setiap materi mata kuliah yang diberikan untuk pemenuhan nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
  7. Sahabat-sahabat seperjuangan Program Khusus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Angkatan 6 yang telah sama-sama berjuang pada tugas akhir karya tulis ilmiah tahun ini.
  8. Teman kelompok karya tulis ilmiah yang telah sabar memberikan dukungan untuk penyelesaian tugas akhir ini.
  9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah *Subahanu Wata’alla* membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka kritik dan saran yang konstruktif sangat di butuhkan, harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi seluruh yang membacanya terutama bagi Civitas Akademika Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 27 Januari 2020

Penulis

# DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

SURAT PERYATAAN ii

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_TOC_250004)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_TOC_250003)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN v

[KATA PENGANTAR vi](#_TOC_250002)

DARTAR ISI ix

DARTAR TABEL xi

[DAFTAR GAMBAR xii](#_TOC_250001)

[DAFTAR SINGKATAN xiii](#_TOC_250000)

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1

* 1. Rumusan Masalah 3
  2. Tujuan Penulisan 3
  3. Manfaat Penulisan 4
  4. Metode Penulisan 5
  5. Sistematika Penulisan 6

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

* 1. Anatomi Fisiologis Sistem Pencernaan 7
  2. Konsep Penyakit 8
     1. Pengertian Gastroenteritis 8
     2. Etiologi 9
     3. Manifestasi Klinik 10
     4. Tanda dan Gejala 10
     5. Patofisiologi 11
     6. Komplikasi 11
     7. Pemeriksaan Penunjang 12
     8. Pencegahan Gastroenteritis 12
     9. Penatalaksanaan 13
  3. Konsep Asuhan Keperawatan 13
     1. Pengkajian 13
     2. Analisa Data 15
     3. Diagnosa Keperawatan 16
     4. Perencanaan 16
     5. Pelaksanaan 19
     6. Evaluasi 19
  4. Kerangka Masalah 20

BAB 3. TINJAUAN KASUS

* 1. Pengkajian 21
  2. Analisa Data 29
  3. Prioritas Masalah 31
  4. Rencana Keperawatan 32
  5. Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 37

BAB 4. PEMBAHASAN

* 1. Pengkajian 49
  2. Diagnosa Keperawatan 50
  3. Perencanaan 51
  4. Pelaksanaan 52
  5. Evaluasi 53

BAB 5. PENUTUP

* 1. Simpulan 54
  2. Saran 55

DAFTAR PUSTAKA 57

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 : Hasil Hematologi 25

Tabel 3.2 : Hasil Faeces 26

Tabel 3.3 : Hasil Urinalisa 26

Tabel 3.4 : Terapi Pasien 27

Tabel 3.5 : Analisa Data 29

Tabel 3.6 : Prioritas Masalah 31

Tabel 3.7 : Rencana Keperawatan 32

Tabel 3.8 : Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 37

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan 7

Gambar 3.2 : Kerangka Masalah 20

Gambar 3.3 : Genorgram 22

# DAFTAR SINGKATAN

**B**

BAB : Buang Air Besar

# C

cc : Cubic Centimeter Cm : Centi Meter

# D

dd : Ditandai Dengan dl : Desiliter

DO : Data Obyektif DS : Data Subyektif dr : Dokter

# E

EWS : Early Warning System

# G

GCS : Gascloc Coma Scale

# H

Hb : Hemoglobin

# K

KRS : Keluar Rumah Sakit

# L M

m : Meter

MRI : Magnetic Resonance Imaging MRS : Masuk Rumah Sakit

mg : Miligram mm : Milimeter **P**

P : Provokatif

# Q

Q : Quality

# R

R : Regional

RR : Respiratory Rate ROM : Range Of Motion Rb : Ribu

RM : Rekam Medis RBC : Red Blood Cels **S**

S : Skala

# T

T : Time

# W

WBC : White Blood Cells WIB : Waktu Indonesia Barat

# DAFTAR LAMPIRAN

S. O. P Injeksi IntraVena 58

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

*Gastroenteritis* adalah *defekasi* encer lebih dari 3 kali sehari, dengan atau tanpa darah atau lendir dalam feses, sedangkan diare akut sendiri didefenisikan dengan diare yang terjadi secara mendadak pada bayi dan anak yang sebelumnya Sehat (Sodikin, 2011). Diare atau Gastroenteritis merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya. Ditandai dengan peningkatan volume, keenceran serta frekuensi lebih dari 3 kali sehari dan pada neonatus lebih dari 4 kali sehari dengan atau tanpa lendir darah (Hidayat, 2006). Fenomena dilapangan menurut penulis, pada umumnya Gastroenteritis ditandai dengan nyeri perut dan muntah. Dimana paling sering terkena pada lansia dengan riwayat penyakit asam lambung.

WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2016 mengeluarkan data bahwa diare dan kecelakaan bermotor masuk dalam daftar penyebab kematian paling banyak di dunia Data WHO (*World Health Organization*) per 2012 menyebutkan 1,5 juta atau 2,7% dari seluruh kematian di seluruh dunia disebabkan oleh Diare. Jumlah itu sama dengan kematian yang banyak disebabkan oleh HIV/AIDS. Angka morbiditas di Indonesia diare anak-anak mencapai 60% sampai 80% dan setiap anak mengalami diare rata-rata 1,6 sampai 2 kali setahun dengan kematian rata-rata 3,4 per mil pertahun. Sedangkan kasus *Gastroenteritis* di Ruang B1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2019 tercatat ada lebih kurang 157 kasus, dan terdata pada bulan Mei 2019 memiliki tingkat masuk rumah sakit dengan *Gastroenteritis* Akut tertinggi yaitu 19 kasus.

Penyebab tersering diare pada anak adalah disebabkan oleh rotavirus. Virus ini menyebabkan 40-60% dari kasus diare pada bayi dan anak (Simatupang, 2004). Setelah terpapar dengan agen tertentu, virus akan masuk ke dalam tubuh bersama dengan makanan dan minuman. akibat fatal dari diare yang berlangsung lama tanpa rehidrasi yang adekuat adalah renjatan hipovolemik, gangguan kardiovaskuler pada tahap hipovolemik yang berat berupa tanda-tanda denyut nadi yang cepat (≥ 120x/menit), tekanan darah menurun sampai tidak terukur, pasien mulai gelisah, muka pucat, akral dingin, sianosis (Titik Lestari, 2016).

Manajemen diare salah satunya adalah dengan mengamati turgor kulit secara berkala untuk mengetahui tingkat dehidrasi (NIC, 2016). Aspek yang paling penting adalah menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, ini dilakukan dengan cara rehidrasi oral, yang harus dilakukan pada semua pasien, kecuali jika tidak dapat minum atau diare hebat yang membahayakan jiwa yang memerlukan hidrasi intravena, Terkait hal itu diharapkan perawat memberikan upaya promotif, prefentif, dan kuratif. Upaya promotif meliputi pemberian pendidikan kesehatan tentang penyakit *gastroenteritis*, upaya preventif yaitu mencegah terjadinya penyakit *gastroenteritis* dengan cara pengaplikasian cuci tangan 6 langkah setiap akan atau setelah berkegiatan, upaya kuratif meliputi pemberian pengobatan dan penganjuran klien untuk memathu terapi dan rehidrasi sesuai *advice* kolaborasi.

* 1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut pada Ny. S di ruang B I Rumkital dr. Ramelan Surabaya?”.

* 1. **Tujuan Penulisan**
     1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa *Gastroenteritis* Akut di Ruang B I Rumkital dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut pada Ny. S di ruang B I Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut pada Ny. S di ruang B I Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut pada Ny. S di ruang B I Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut pada Ny. S di ruang B I Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut pada Ny. S di ruang B I Rumkital dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut pada Ny. S di ruang B I Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

**1.4 Manfaat Penulisan**

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

1. Akademis, Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut.

2. secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut dengan baik.

1. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut.

* 1. **Metode Penulisan**

1. **Metode Deskriptif**

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

1. **Teknik Pengumpulan Data**
2. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan yang dilakukan terhadap klien.

1. Pemeriksaan

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

1. **Sumber Data**
2. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

1. Data sekunder

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

1. **Studi Kepustakaan**

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

* 1. **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, motto dan persembahan, 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 klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut dengan baik 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.

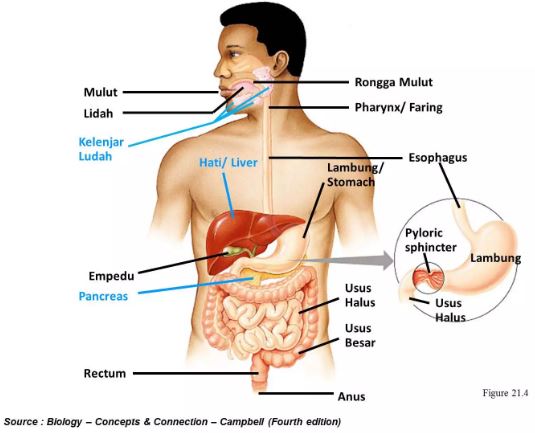
BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Gasteroenteritis* Akut dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan pelaksanaan, evaluasi.

* 1. **Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan**

*Gambar 2.1 : Sistem Pencernaan*

Sistem Pencernaan atau Sistem *Gastroinstestinal* adalah sistem organ dalam manusia yang berfungsi untuk menerima makanan, mencernanya menjadi zat-zat gizi dan energi, menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses tersebut dari tubuh.

Saluran Pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (*faring)*, kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rektum dan Anus. Sistem pencernaan juga meliputi organ-organ yang terletak diluar saluran pencernaan, *yaitu* Pankreas, hati dan kandung empedu.

Lambung merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster, lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan esofagus melalui orifisium pilorik, terletak dibawah diapragma didepan pankreas dan limpa, menempel disebelah kiri fundus uteri.

( Pearce. Evelyn C, 2011)

**2.2 Konsep Penyakit**

**2.2.1 Pengertian *Gastroenteritis***

*Gastroenteritis* atau Diare Akut adalah buang air besar (*defekasi)* dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair ( setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari pada biasanya lebih dari 200gr atau 200ml/24Jam. Definisi lain memakai frekuensi yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali perhari. Buang air besar tersebut dapat atau tanpa disertai lendir dan darah.

Penularan diare karena infeksi melalui transmisi fekal oral langsung dari penderita diare atau melalui makan atau minuman yang terkontaminasi bakteri pathogen yang berasal dari tinja manuasia atau hewan atau bahan muntahan penderita dan juga dapat melalui udara melalui aktifitas seksual kontak oral-genital atau oral-anal (Sudoyo Aru,dkk 2009).

Diare dapat diklasifikasikan berdasarkan: (Sudoyo Aru, dkk 2009)

1. Lama waktu :
2. Akut : Berlangsung kurang dari 2 Minggu.
3. Kronik : Berlangsung lebih dari 2 Minggu.
4. Mekanisme pathofisiologis : Osmotik atau sekretorik dll.
5. Berat ringan diare : Kecil atau Besar
6. Penyebab Infeksi atau tidak : Infeksi atau non Infeksi
7. Penyebab organik atau tidak : Organik atau Fisiologis
   * 1. **Etiologi**

Etiologi diare terdiri dari diare akut dan diare kronik (Nurarif dan Kusuma, 2015)

1. Diare Akut

Virus : Rotavirus, Adenovirus, Norwalkvirus

Parasit : Protozoa ; *Giardia lambdia, Entamoeba hystoltica, trikomonas hominis, isospora sp,*Cacing.

Bakteri : Yang memproduksi enteroksin.

1. Diare Kronik.

Umumnya diare kronik dapat dikelompokkan dalam 6 Kategori Pathogenesis terjadinya :

1. Diare Osmotic.
2. Diare Sekretorik.
3. Diare karena gangguan motilitas.
4. Diare Inflamatorik.
5. Malabsorbsi.
6. Infeksi Kronik.
   * 1. **Manifestasi Klinis**
7. Diare Akut.

Akan hilang dalam waktu 72 Jam dari onset, onset yang tak terduga dari buang air besar encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak, nyeri perut. nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut dan disertai demam.

1. Diare Kronik.

Serangan lebih sering selama 2-3 periode yang lebih panjang , penurunan berat badan dan nafsu makan, demam indikasi terjadinya infeksi dan dehidrasi tanda-tandanya hipotensi, Takikardi, denyut lemah. (Nurarif & kusuma, 2015).

* + 1. **Tanda dan Gejala**

Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare. Apabila penderita telah banyak kehilangan air dan elektrolit, maka terjadilah gejala dehidrasi (Sodikin, 2011)

1. Nyeri perut atau kram perut.
2. Diare.
3. Mual dan muntah.
4. Penurunan berat badan.
5. Demam.
6. Menggigil atau sakit kepala.

**2.2.5 Patofisiologi**

Menurut Rizal (2018) Patofisiologi dari *Gastroenteritis* adalah meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat dari gangguan absorbsi dan ekskresi cairan dan elektrolit yang berlebihan cairan yodium otasium dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstra seluler keadaan tinja, sehingga mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit dan dapat mengakibatkan asidosis metabolik

Diare yang terjadi merupakan proses dari transport aktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit kedalam usus halus sel dalam mukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatnya sekresi cairan dan elektrolit. Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal sehingga mengurangi fungsi permukaan intestinal. Perubahan kapasitas intestinal dan terjadi gangguan absorbsi cairan dan elektrolit. Peradangan akan menurunkan kemampua inintestinal untuk mengabsorbsi cairan dan elektrolit dan bahan-bahan makanan ini terjadi pada sindrom mal absorbsi mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare.

**2.2.6 Komplikasi**

Beberapa komplikasi dari diare (Suryadi, 2016) :

1. Hypokalemi
2. Hipokalsemia
3. Cardiac Dyarhythimias akibat hypokalemi dan hipokalesemia
4. Hiponatremi
5. Syok Hipovolemik
6. Asidosis
7. Dehidrasi

**2.2.7 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dapat membantu menegakkan diagnosis gastroenteritis (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Pemeriksaan tinja
2. Makroskopik dan mikroskopik
3. Ph dan kadar gula dalam tinja.
4. Biarkan dan resistensi feses (Colok Dubur)
5. Analisa gas darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (Pernafasan Kusmaul).
6. Pemeriksaan kadar ureum dan keratinin untuk mengetahui faal ginjal.
7. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Kalsium dan posfat

**2.2.8 Pencegahan**

Pencegahan berdasarkan DEPKES RI :

1. Selalu mencuci tangan, terutama setelah menggunakan toilet, mengganti popok atau merawat seseorang yang mengalami diare
2. Cuci tangan sebelum dan sesudah menyiapkan makanan, terutama setelah memegang daging mentah
3. Cuci pakaian yang terkena diare dalam deterjen dan pemutih klorin. Jika permukaan kamar mandi terkontaminasi dengan tinja, bersihkan dengan pembersih rumah tangga berbasis klorin
4. Masak semua daging secara menyeluruh sebelum dimakan
5. Pastikan tidak mengalihkan makanan yang dimasak ke piring kotor bekas wadah daging mentah
6. Cuci dapur dan peralatan dengan bersih setelah digunakan untuk mempersiapkan daging
7. Jangan minum susu yang tidak dipasteurisasi atau air mentah
8. Minum hanya air kemasan atau minuman ringan jika bepergian ke suatu daerah di mana sanitasi buruk. Di daerah ini, juga menghindari es, sayuran mentah atau buah yang belum dikupas sendiri.

**2.2.9 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan menurut Riyanto (2017) adalah pengobatan dengan cara pengeluaran diet dan pemberian cairan.

* 1. Diare tanpa dehidrasi memerlukan cairan tambahan berupa apapun misalnya air putih, sari buah segar ,air teh, kuah sup ,air tajin
  2. Diare dengan dehidrasi sedang.memerlukan cairan khusus yang mengandung campuran gula dan garam yang disebut larutan dehidrasi oral. Dibuat dengan mencampurkan garam rehidrasi kedalam satu liter.
  3. **Konsep Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan adalah suatu system dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Yaitu Pengkajian, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan setiap klien yang tersebut diatas melalui empat tahapan keperawatan.

**2.3.1 Pengkajian**

Adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistemasti dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Lyre et al,1996). Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data

1. **Pengumpulan data** 
   * 1. Identitas
     2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering pada klien penyakit gastroenteritis atau diare yaitu : nyeri perut ,mual , muntah.

* + 1. Riwayat Penyakit Sekarang

berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai klien dibawa kerumah sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ketempat lain selain rumah sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

* + 1. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat sebelumya misalnya gastroenteritis akut riwayat penggunaan obat obatan (antitrispin).

* + 1. Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit gastroenteritis.

* + 1. Genogram

Merupakan gambaran silsila keluarga mulai dari tiga keturunan (Putri,2013)

* + 1. Pemeriksaan Fisik
       1. Pemeriksaan Vital Sign

TD menurun, mukosa bibir kering, anoreksia, dehidrasi

* + - 1. Pemeriksaan B1-B6

Pada pemeriksaan ini biasanya lebih banyak ditemukan permasalahan pada sistem B2 dimana adanya penurunan tekanan darah dan nadi yang disebabkan seringnya buang air besar, Kemudian adanya perubahan dan gangguan pada sistem B5 atau pencernaan yang tidak normal mulai dari defekasi yang lebih dari 2x dengan konsistensi feses yang cair dan jika sampai mengalami dehidrasi juga mempengaruhi sistem B6 muskulusekeletal dan integumen dimana tugor kulit akan mengalami penurunan elastisitas karena dehdirasi.

* + 1. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis di tegakan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan tinja

a) Makroskopis dan mikroskopis

b) Ph dan kadar gula dalam tinja

c) Bila perlu di adakan uji bakteri untuk untuk mengetahui organisme penyebabnya dengan melakukan pembikan terhadap contoh tinja.

d) Pemeriksaan laboratorium: Darah lengkap, elektrolit, glukosa, Urine: urin lengkap, kultur dan test ke pekaan terhadap antibiotika.

**2.3.2 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.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**
  1. Diare berhubungan dengan Agen Fisiologis : Inflamasi Gastrointenstinal
  2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis : Inflamasi
  3. Risiko Ketidakseibangan Elektrolit berhubungan dengan output cairan dan elektrolit berlebih
     1. **Perencanaan**
  4. Diare berhubungan dengan Agen Fisiologis : Inflamasi Gastrointenstinal

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan 3x24 Jam BAB padat

Kriteria Hasil :

* 1. Feses berbentuk, Bab sehari sekali tiga hari.
  2. Menjaga daerah sekitar rectal dari iritasi.
  3. Tidak mengalami diare.
  4. Menjelaskan penyebab diare dan rasional tindakan.
  5. Memepertahankan turgor kulit( Kembali < 2detik)

Intervensi :

1. Observasi
2. Identifikasi penyebab diare
3. Identifikasi riwayat pemberian makan.
4. Terapeutik
   * + 1. Beriikan asupan cairan Oral (pemberian larutan gula garam)
       2. Pasang jalur intravena.
       3. Berikan cairan intravena
       4. Ambil spesimen darah.
       5. Ambil spesien sampel feses
5. Edukasi
6. Anjurkan makan porsi kecil namun sering secara bertahap.
7. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas pedas dan mengandung Laktosa.
8. Anjurkan cuci tangan 6 langkah, setelah bab, menyiapkan makanan dan sebelum makan.
9. Kolaborasi
   * 1. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas.
     2. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic.
     3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses.
10. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis : Inflamasi

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Selama 3x24 Jam Diare teratasi dengan

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengenali penyebab nyeri meningkat.
2. mampu menggunakan teknik non-farmaklogi meningkat
3. keluhan nyeri menurun

Intervensi :

1. Observasi
2. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri.
3. Identifikasi skala nyeri

b Teraupeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologi
2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri

c. Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
2. Anjurkan mengontrol nyeri secara mandiri

d.‎ Kolaborasi

‎1)‎ Kolaborasi pemberian ‎Analgetik (Jika Perlu)‎

‎3.‎ Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan output cairan dan ‎elektrolit berlebih.

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan ‎Keperawatan Selama 3x24 ‎Jam Diare teratasi

Kriteria Hasil : ‎‎

1. Tidak ada penurunan serum Natrium
2. Tidak ada Penurunan serum Kalium.‎
3. Tidak ada penurunan serum Klorida.

Intervensi :

1. Observasi
2. Identifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan kadar elektrolit
3. Teraupeutik
4. Berikan diit yang tepat.
5. Edukasi
6. Jelaskan jenis, penyebab ketidaksaimbangan elektrolit
7. Kolaborasi
8. Kolaborasi pemberian cairan elektrolit

**2.3.5 Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung situasi dan kondisi pasien ( Bickley, 2015).

**2.3.6 Evaluasi**

Evaluasi merupakan suatu proses untuk menjelaskan secara sistemastis untuk mencapai obyektif efesien dan efektif, serta untuk mengetahui dampak dari suatu kegiatan dan juga membantu pengambilan keputusan untuk perbaikan satu atau beberapa aspek program perencanaan yang akan datang. ( Bickley, 2015)

Referensi Nurarif & Kusuma

Gambar 2.2 : Kerangka Masalah Gasteroenteritis Akut

Termoregulasi Tubuh tidak Efektif

* 1. **Kerangka Masalah**

Faktor malabsorbsi(karbo hidrat, protein, lemak)

Masuk kedalam tubuh

Faktor infeksi

(bakteri, virus, parasit)

Faktor makanan (makanan basi, beracun, alergi makanan)‎

Makanan tidak diserap oleh villi usus

Infeksi usus halus

Mencapai usus halus

Muntah dan sering defekasi

Intake tidak adekuat

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Risiko tinggi kekurangan volume cairan

Peningkatan tekanan osmotic dalam lugumen usus

Nyeri akut

Refleks spasme otot dinding perut

Merangsang hipotalamus

Sirkulasi darah menurun

Dehidrasi

Gastroenteritis

Penyerapan makanan, air, elektrolit terganggu

Peningkatan percepatan kontak makanan dan air dengan mukosa usus

Hiperperistaltik

Malabsobsi makanan dan cairan

Peningkatan isi (rongga lugemen usus)

Menstimulus dinding usus halus

Output cairan dan

elektrolit berlebihan

Termoregulasi tubuh tidak efektif

Gambar 2.2 : Kerangka Masalah Gastroenteritis Akut

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan dengan Gangguan Sistem Pencernaan : *Gastroenteritis* Akut maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai 30 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 28 Januari 2020 pukul 10.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari wawancara langsung dan Rekam Medis dengan Nomor Register 64.XX.XX.

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. “S” berusia 51 tahun, beragama Islam, berbahasa Indonesia yang bekerja sebagai ibu rumah tangga. pasien MRS tanggal 28 Januari 2020 pukul 02.00 WIB

**3.1.2 Keluhan Utama**

Nyeri Perut, Muntah 3x dan Diare 8x

**3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien mengatakan jika mulai tanggal 27 Januari 2020 malam, pasien mengalami nyeri perut dan muntah sebanyak 3 kali kemudian kurang dari 5 menit pasien mengalami BAB 8x dengan konsistensi cair tanpa ampas dan berwarna kuning kecoklatan hal ini terjadi sejak pukul 11.00 – 01.00 WIB, selama dirumah pasien hanya minum obat anti diare yang dapat dibeli diapotek dan minum yang cukup, karena mengalami nyeri perut dan diare yang tidak kunjung berhenti pasien memutuskan untuk berobat di IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada 28 Januari 2020 pukul 01.00 WIB. Di IGD dipasang Infus RL 20tpm dan pemberian obat oral molagit serta injeksi ondancetron 4 mg, pada pukul 02.00 WIB pasien pindah dari IGD menuju ruang B1 untuk pelayanan rawat inap.

**3.1.4 Riwayat Penyakit Masa Lalu**

Pasien pernah mengalami gastrittis pada tahun 2006 dan hemoroid pada tahun 2016.

**3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga**

Dari hasil pengkajian, dijelaskan bahwa ayah dari pasien mengidap Hipertensi dan penyakit jantung.

**3.1.6 Pengkajian Keluarga**

1.Genogram

51

Gambar 3.1 : Genogram

Keterangan :

51

Serumah

Usia

Laki-laki

Meninggal

Perempuan

Pasien

3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi dari jenis obat dan makanan minuman apapun

3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik.

Saat pengkajian keadaan umumnya sadar lemas, Tanda-tanda Vital : Tekanan Darah 120/70 mmHg, Nadi : 72x/Min, RR : 20x/min , SpO2 : 99%, Suhu : 36,5°C Tinggi Badan : 148Cm, Berat Badan 53kg

3.1.9 B1 Pernafasan (*Breath)*

Nampak dada pasien Normal Chest dan tidak adanya perubahan yang signifikan pada system ini, pola nafas eupnea irama nafas reguler, tidak ada sesak nafas dan pergerakan simetris.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

3.1.10 B2 Kardiovasukuler (*Blood)*

Pasien mengalami Nyeri, P : Frekuansi diare yang berlebihan, Q : Seperti diremas-remas, R : Abdomen, Skala : 8 dari 10, T : Hilang timbul dominan saat BAB, akral hangat merah, tidak ada perdarahan dan gangguan fungsi organ yang lain.

Masalah keperawatan : Nyeri Akut.

3.1.11 B3 Persyarafan (*Brain)*

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada system ini, GCS Eye : 4 Verbal : 5 Motorik : 5 Total : 15, Refleks Patologis, dan Nervus Kranial I-XII dalam batas normal dan tidak ada perubahan fungsi, tidak ada Paralis dan tidak Ada nyeri kepala, bentuk hidung simetris, septum tidak mengalami deviasi, wajah dan pengelihatan mata simetris pupil isokor, konjungtiva merah muda, skelera putih, refleks +/+, pendengaran tidak terdapat gangguan, lidah simetris dan uvula di medial.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

3.1.12 B4 Perkemihan (*Blader)*

Kandung kemih tidak ada distensi, eliminasi urin sebelum masuk rumah sakit : ≥ 4x/hari jumlah ± 3000cc, warna : kuning jernih, eliminasi urin sesudah masuk rumah sakit ± 2000cc.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

3.1.13 B5 Pencernaan (*Bowel)*

Pasien mengatakan jika mengalami Diare ±8x, terhitung di rumah 5x dan saat di Rumah Sakit 3x konsistensi cair tidak berampas, berwarna kuning kecoklatan, nafsu makan menurun hiperperistaltik : 34x/min. tidak ada pembesaran hepar, merasakan nyeri abdomen spesifikasi di ulu hati setiap kali diare dengan skala 8 dari 10, tidak ada colostomy bag.

Masalah keperawatan : diare dan risiko ketidakseimbangan elektrolit.

3.1.14 B6 Muskuloskeletal dan Integumen (*Bone)*

Pasien tidak mengalami perubahan yang signfifikan pada system ini, tidak ada gangguan pada kulit, turgor kulit 3detik, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah kuat. tidak ada fraktur ROM mandiri tanpa bantuan alat.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

3.1.15 Endokrin

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada system ini, tidak ada pembesaran kelenjar dan tidak ada gangguan pada keseimbangan gula darah.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah

3.1.16 Seksual Reproduksi.

Pasien tidak mengalami perubahan darurat dan perhatian pada sistem ini.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

3.1.17 Kemampuan Perawatan Diri

Pasien tidak mengalami perubahan darurat dan perhatian yang signifikan, namun beberapa momen diketahui pasien lemas, namun masih bisa melakukan pemenuhan perawatan diri secara mandiri atau dibantu sebagian.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

3.1.18 Psikososciocultural.

Pasien tidak mengalami perubahan darurat dan perhatian yang signifikan pada sistem ini.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

3.1.19 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan :28 Januari 2020

1. Hematologi

Tabel 3.1 : Hasil Hematologi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parameter | Hasil | Batas Normal | Unit |
| WBC | 18.29 | 4-10 | 10^3/uL |
| RBC | 4.51 | 3,5- 5,5 | 10^6/uL |
| HGB | 13.6 | 11-16 | g/dl |
| HCT | 41 | 37-54 | % |
| PLT | 354 | 150-400 | 10^3/Ul |
| GDA | 103 | <120 | Mg/dL |
| KALIUM | 3.64 | 3.00-5.00 | mmol/L |
| NATRIUM | 140.5 | 135-147 | mmol/L |

1. Faeces

Tabel 3.2 : Hasil Faeces

|  |  |
| --- | --- |
| Parameter | Hasil |
| Amuba | Negatif |
| Darah | Negatif |
| Eritrosit | Negatif |
| Kista | Negatif |
| Telur Cacing | Negatif |
| Serat Otot | Positif |
| Serat Tumbuhan | Positif |
| Lendir | Negatif |

1. Urinalisa

Tabel 3.3 : Hasil Urinalisa

|  |  |
| --- | --- |
| Parameter | Hasil |
| GLU | Negatif |
| KET | Negatif |
| LEU | +1 |
| NIT | Positif |
| RBC | 0,2 |
| WBC | 13.1 |

Terapi/Tindakan Lain :

Tabel 3.4 : Terapi Pasien

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Nama Obat | Dosis | Rute | Indikasi |
| 1 | 28 Januari 2020 | Infus RL | 500ml | IV | Menambah elektrolit tubuh agar mengembalikan keseimbangan tubuh dan mengganti cairan |
| Ondansetron | 3x4mg | IV | mencegah maupun mengatasi mual dan muntah |
| Lanzoprazole | 2x30mg | Oral | menurunkan produksi asam oleh lambung |
| Molagit | 3X2 Tab | Oral | Menekan Frekuensi Diare |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 29 Januari 2020 | Infus Asering | 500ml | IV | mempengaruhi keseimbangan elektrolit |
| Ondansetron | 3x4mg | IV | mencegah maupun mengatasi mual dan muntah |
| Lanzoprazole | 2x30mg | Oral | menurunkan produksi asam oleh lambung |
| Molagit | 3x2 Tab | Oral | Menekan Frekuensi Diare |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 30 Januari 2020 | Infus Asering | 500ml | IV | mempengaruhi keseimbangan elektrolit |
| Ondansetron | 3x4mg | IV | mencegah maupun mengatasi mual dan muntah |

Surabaya, 28 Januari 2020

(Bambang Syahputra)

* 1. **Analisa Data**

Nama Pasien : Ny .S Ruang/Kamar : B1/4C

Umur : 51 Tahun No. RM : 64.XX.XX

Tabel 3. 5 : Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Penyebab | Masalah |
| 1 | Ds:Pasien mengatakan, BAB 8X (5x dirumah 3x di rumah sakit), konsistensi cair tanpa ampas dan Darah.  Do : Bising Usus (+), Peristaltik : 34x/Min, Nampak pasien Lemas.  Hematologi :  WBC : 18.29  Urinalisa :  LEU : +1  NIT : Positif  Vital Sign  T : 110/90 mmHg  S/N : 36,6°C/72x/Min  Spo2 / Rr : 99%/22x/Min | Fisiologis : Inflamasi Gastrointestinal | Diare  (D.0020) |
| 2 | Ds : Pasien mengeluh Nyeri.  Do:  P : Frekuensi Diare ≥ 3x  Q : Diremas-remas  R : Abdomen  S : 8 dari 10  T : Hilang Timbul  Pasien melokalisisr nyeri dan nampak meringis.  Vital Sign  T : 110/90 mmHg  S/N : 36,6°C/72x/Min  Spo2 / Rr : 99%/22x/Min | Agen Pencedera Fisiologis : Inflamasi | Nyeri Akut  (D.0077) |
| 3 | Do : Pasien mengatakan, BAB 8X (5x dirumah 3x di rumah sakit), Konsistensi Cair tanpa ampas dan darah.  Muntah 3x  Do :  RBC : 4,51  PLT : 352  HB : 13,6  WBC : 18,24  Kalium : 3,14  Natrium : 140,5  Turgor Kulit : 3Detik | Output Cairan dan Elektrolit Berlebih | Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit (D.0037) |

**3.2 Prioritas Masalah**

Nama Pasien : Ny. S Ruang/Kamar : B1/4C

Umur : 51 Tahun No. RM : 64.XX.XX

Tabel 3.6 : Prioritas Masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Masalah Keperawatan | Ditemukan | Teratasi | Paraf |
| 1 | Diare berhubungan dengan Fisiologis : Inflamasi Gastrointestinal | 28 Januari 2020 | 31 Januari 2020 |  |
| 2 | Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis : Inflamasi | 28 Januari 2020 | 31 Januari 2020 |  |
| 3 | Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Output Cairan dan Elektrolit berlebih | 28 Januari 2020 | 30 Januari 2020 |  |

* 1. **Rencana Keperawatan**

Tabel 3.7 : Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 1 | Diare berhubungan dengan Fisiologis : Inflamasi Gastrointestinal  (D.0020) | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Selama 3x24 Jam Diare teratasi dengan  Kriteria Hasil :   1. Kontrol Pengeluaran Feses meningkat 2. Konsistensi feses membaik 3. Frekuensi defekasi membaik. 4. Peristaltik membaik ( 5-35x/Menit) | Bina hubungan saling percaya   1. **Observasi** 2. Identifikasi penyebab diare 3. **Edukasi** 4. Anjurkan makan porsi kecil namun sering secara bertahap. 5. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas pedas dan mengandung Laktosa. 6. Anjurkan cuci tangan 6 langkah, setelah bab, menyiapkan makanan dan sebelum makan 7. **Kolaborasi**    * 1. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic.      2. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses. | Mempermudah mahasiswa dan perawat dalam menggali Data pada pasien.   1. **Observasi** 2. Untuk menentukan tatalaksana selanjutnya. 3. **Edukasi** 4. Untuk menjaga asupan nutrisi dari luar 5. Untuk mengurangi penyebab terjadinya frekuensi diare berlebih   3) mencegah penyebaran penyakit   1. **Kolaborasi** 2. Untuk meredam kram dan spasme pada abdomen. 3. Untuk meningkatkan konsistensi kepadatan feses |
| 2. | Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis : Inflamasi  (D.0037) | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 Jam diare teratasi dengan  Kriteria Hasil :   1. Mampu mengenali penyebab nyeri meningkat. 2. mampu menggunakan teknik non-farmaklogi meningkat 3. keluhan nyeri menurun | 1. **Observasi** 2. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. **Teraupeutik** 5. Berikan teknik nonfarmakologi 6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 7. **Edukasi** 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 9. Anjurkan mengontrol nyeri secara mandiri 10. **Kolaborasi** 11. Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu) | 1. **Observasi** 2. Untuk menentukan tatalaksana selanjutnya 3. Untuk penentuan prioritas Masalah 4. **Teraupeutik** 5. Mengurangi nyeri dengan teknik nonfarmakologi 6. Mengurangi penyebab eksternal Nyeri. 7. **Edukasi** 8. Menambah informasi terkait nyeri untuk pasien. 9. Agar penanganan nyeri lebih dini tertangani 10. **Kolaborasi** 11. Menangani nyeri secara farmakologi |
| 3 | Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan output cairan dan elektrolit berlebih  (D.0077) | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 Jam diare teratasi dengan  Kriteria Hasil :   1. Tidak ada penurunan serum Natrium 2. Tidak ada penurunan serum Kalium. 3. Tidak ada penurunan serum Klorida 4. Tidak ada muntah 5. Tidak ada diare 6. Turgor kulit elastis | 1. **Observasi**   1) Identifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan kadar elektrolit  **b. Teraupeutik**  1) Berikan diit yang tepat  **c. Edukasi**  1) Jelaskan jenis, penyebab ketidakseimbangan elektrolit  **d. Kolaborasi**   1. Berikan cairan | 1. **Observasi** 2. Untuk menentukan tatalaksana Asuhan Keperawatan ketidakseibangan elektrolit 3. **Teraupeutik** 4. Membantu memberikan nutrisi 5. **Edukasi** 6. Agar keluarga dan pasien mengetahui tatalaksana ketidakseimbangan elektrolit 7. **Kolaborasi** 8. Memenuhi kebutuhan elektrolit bagi tubuh |

**3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan**

Tabel 3.8 : Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Diagnosa | Waktu  (Tanggal & Jam) | Tindakan | TT Perawat | Waktu  (Tanggal & Jam) | Catatan Perkembangan | TTD Perawat |
| 1 | **Dinas Pagi**  28-01-2020  10.00WIB  10.05 WIB  14.00WIB | Memperkenalkan diri dan melakukan tindakan pengkajian pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Gastroenteritis Akut  Mengidentifikasi penyebab diare  Hasil : Pasien tidak tahu penyebab pasti namun tiba-tiba diare 5x dirumah dan 3x dirumah sakit  Memberikan suntikan Ondancetron Sesuai Advice 4mg,Lanzoprazol 30mg dan Molagit  Hasil: Tidak ada alergi | Mhs.Bambang  Mhs.Bambang  Mhs.Bambang | **Dinas Pagi**  28-01-2020  14.30WIB | **Diagnosa 1**  **S :** Pasien mengatakan masih Diare  **O :** KU : Sadar baik, nampak lemas, masih Diare 3x konsistensi cair tidak berdarah dan tidak berlendir  **A** : Diare belum teratasi  **P** : Lanjutkan Intervensi | Mhs.Bambang |
| 2 | **Dinas Pagi**  28-01-2020  10.10WIB  10.12WIB  12.00WIB | Mengidentifikasi nyeri  Hasil :  P : Frekuensi Diare ≥ 3x  Q : Diremas-remas  R : Abdomen  S : 8 dari 10  T :Hilang timbul   * Pasien melokalisisr nyeri dan nampak meringis.   Mengajarkan teknik relaksasi distraksi saat terjadi nyeri.  Hasil : Pasien memahami  Mengobservasi Vital Sign  Hasil:  T : 110/90 mmHg  S/N : 36,6°C/72x/Min  Spo2 / Rr : 99%/22x/Min | Mhs.Bambang  Mhs.Bambang  Mhs.Bambang | **Dinas Pagi**  28-01-2020  14.30WIB | **Diagnosa 2**  **S:** Pasien mengatakan nyeri  **O:** P : Frekuensi Diare ≥ 3x  Q : Diremas-remas  R : Abdomen  S : 8 dari 10  T :Hilang timbul  Pasien melokalisisr nyeri dan nampak meringis.  T : 110/90 mmHg  S/N : 36,6°C/72x/Min  Spo2 / Rr : 99%/22x/Min  **A:** Nyeri Akut belum Teratasi  **P:** Lanjutkan intervensi | Mhs.Bambang |
| 3 | **Dinas Pagi**  28-01-2020  10.00WIB  13.30WIB  14.00 WIB | **Input :**  Infus : 1500cc  Injeksi : 8cc  Mamin : 750cc  Air Metabolisme : 265  TOTAL : 2523  **Output**  Urine : 2000cc  Feses : 300  Muntah : 100  IWL : 33  TOTAL : 2433  **Balance Cairan**  In-Out (2523-2433 = 90)  Menganjurkan pasien mengkonsumi diit dari Rumah Sakit  Hasil : pasien memahami  Mengganti cairan Infus RL 20TPM  Mengobservasi turgor kulit | Mhs.Bambang  Mhs.Bambang  Mhs.Bambang | **Dinas Pagi**  28-01-2020  14.30WIB | **Diagnosa 3**  **S :** Pasien masih mengeluh diare 3x  **O :** Turgor kulit 3 detik  Kalium : 3,14  Natrium : 140,5  **A :** Risiko Ketidakseimbangan elektrolit teratasi sebagian  **P :** Lanjutkan intervensi |  |
| 1 | **Dinas Pagi**  29-01-2020  09.00WIB  12.00WIB  14.00WIB | Mengobservasi diare pasien  Hasil : Frekuensi diare berkurang 2x/24 Jam konsistensi ampas kasar  Menganjurkan pasien untuk makan makanan dari Rumah Sakit  Hasil : Pasien memahami  ‎Menganjurkan cuci tangan 6 langkah, setelah bab, menyiapkan makanan dan sebelum makan  Memberikan Suntikan Ondancetron Sesuai Advice 4mg,Lanzoprazol 30mg dan Molagit  Hasil: Tidak ada alergi | Mhs.Bambang  Mhs.Bambang  Mhs.Bambang | **Dinas Pagi**  29-01-2020  14.30WIB | **Diagnosa 1**  **S:** Pasien mengatakan jika frekuensi diare berkurang  **O :** KU : Sadar baik  diare 2x/24 Jam konsistensi Ampas kasar  **A :** Diare teratasi sebagian  **P :** Lanjutkan intervensi | Mhs.Bambang |
| 2 | **Dinas Pagi**  29-01-2020  09.15 WIB  12.00 WIB | Mengkaji nyeri pasien  Hasil : Pasien masih merasakan nyeri  P : Diare  Q : diremas-remas  R : Abdomen  S : 3  T : Hilang Timbul  Observasi Vital Sign :  T : 120/80  S/N : 36,8°C/90x/Min  RR/SPO2 : 16x/Min/99% | Mhs.Bambang  Mhs.Bambang | **Dinas Pagi**  29-01-2020  14.30WIB | **Diagnosa 2**  **S :** Pasien engatakan nyeri berkurang  **O :** P : Diare  Q : diremas-remas  R : Abdomen  S : 3  T : Hilang timbul  Observasi Vital Sign :  T : 120/80  S/N : 36,8°C/90x/Min  RR/SPO2 : 16x/Min/99%  **A :** Nyeri Akut teratasi sebagian  **P :** Lanjutkan Intervensi | Mhs.Bambang |
| 3 | Dinas Pagi  29-01-2020  08.00 WIB  09.00 WIB | **Input :**  Infus : 1500cc  Injeksi : 8cc  Mamin : 900cc  Air Metabolisme : 265  TOTAL : 2682  **Output**  Urine : 2300cc  Feses : 300  Muntah : 80  IWL : 33  TOTAL : 2713  **Balance Cairan :**In-Out (2682-2713 = -40)  Mengobservasi diare pasien  Hasil : frekuensi diare berkurang 2x/24 Jam konsistensi ampas kasar | Mhs.Bambang  Mhs.Bambang | **Dinas Pagi**  29-01-2020  14.30WIB | **Diagnosa 3**  **S :** Pasien mengatkan jika diare berkurang  **O :** Turgor kulit elastis,  Balance cairan -40  **A :** Risiko Ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian  **P :** Lanjutkan intervensi | Mhs.Bambang |
| 1 | Dinas Pagi  30-01-2020  08.10 WIB  12.00 WIB  13.50 WIB | Mengobservasi diare  Hasil : 3x/24Jam, feses setengah padat  Menganjurkan makan, makanan dari Rumah Sakit  Hasil : Habis 1 /2 Porsi  Memberikan Suntikan Ondancetron Sesuai Advice 4mg | Mhs.Bambang  Mhs.Bambang  Mhs.Bambang | **Dinas Pagi**  30-01-2020  14.30WIB | **Diagnosa 1**  **S :** Pasien mengatakan jika sudah jarang diare  **O :** KU : Sadar Baik  3x/24Jam, feses setengah padat  **A :** Teratasi sebagian  **P :** Lanjutkan intervensi dan cuci tangan 6 langkah  31-01-2020  R/ KRS | Mhs.Bambang |
| 2 | **Dinas Pagi**  30-01-2020  08.15 WIB  12.15 WIB | Mengidentifikasi nyeri  Hasil : nyeri sudah berkurang  P : Diare  Q : diremas-remas  R : Abdomen  S : 2  T : Jarang  Mengobservasi Vital Sign  T : 120/90 mmHg  S/N : 36,8°C/99x/Min  RR/SPO2 : 14x/Min/100% | Mhs.Bambang  Mhs.Bambang | **Dinas Pagi**  30-01-2020  14.30WIB | **Diagnosa 2**  **S :** Pasien mengatakan jika nyeri sangat berkurang  **O :** P : Diare  Q : diremas-remas  R : Abdomen  S : 2  T : Jarang  Observasi Vital Sign  T : 120/90 mmHg  S/N : 36,8°C/99x/Min  RR/SPO2 : 14x/Min/100%  **A:** Teratasi sebagian  **P:**  Lanjutkan Observasi  31-01-2020  R/ KRS | Mhs.Bambang |
| 3 | Dinas Pagi  30-01-2020  08.00  10.00 WIB  11.45WIB | **Input :**  Infus : 1500cc  Injeksi : 8cc  Mamin : 900cc  Air Metabolisme : 265  TOTAL : 2673  **Output**  Urine : 2300cc  Feses : 100  IWL : 33  TOTAL : 2433  **Balance Cairan** :  In-Out (2682-2433 = 240  Menganjurkan pasien untuk konsumsi Air yang cukup  Mengganti cairan infus Asering 500cc 14tpm  Mengobservasi turgor kulit | Mhs.Bambang  Mhs.Bambang  Mhs.Bambang | **Dinas Pagi**  30-01-2020  14.30WIB | **Diagnosa 3**  **S :** Pasien mengatakan tidak muntah dan diare berkurang  **O :** 3x/24Jam, feses setengah padat  Balance Cairan : 240  turgor kulit elastis  **A :** Teratasi  **P :** 31-01-2020 KRS | Mhs.Bambang  44 |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang mungkin terjadi anatara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Pencernaan : Gastroenteritis Akut di Ruang B1 RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

**4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan bina hubungan saling percaya serta menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan yang signifikan, bahwasanya di antara tanda dan gejala yang dijelaskan pada tinjauan pustaka juga didapatkan pada pengkajian langsung dengan pasien , pada tinjauan pustaka disebutkan jika tanda dan gejala gastroenteritis akut adalah nyeri perut, mual dan muntah serta diare lebih dari 3x, hal tersebut selaras saat mahasiswa melakukan pengkajian pada tanggal 28 Januari 2020 dengan hasil data pasien mengatakan bahwa terhitung mulai tanggal 27 Januari 2020 pukul 11.00 WIB hingga 28 Januari 2020 dini hari pukul 01.00 WIB pasien diare 5x saat dirumah, muntah 3x ditambah nyeri pada perut, saat pengkajian pasien juga menambahkan informasi jika sempat muntah 3x dirumah.

Pada tinjauan kasus juga dijelaskan jika gastroenteritis akut ini memilki komplikasi diantaranya yang paling sering adalah hipertermi dan dehidrasi, karena pada saat pasien mengalami diare lebih dari 3x dirumah dan menyadari akan resiko kekurangan cairan, pasien turut mengkonsumsi air putih dan langsung menuju IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya untuk mendapatkan perawatan sehingga resiko terjadinya dehidrasi tidak terjadi. Saat pengkajian penulis menggunakan pengkajian persistem agar lebih terinci dan terbuka masalah keperawatan yang ada.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka, yaitu

1. Diare berhubungan dengan Agen Fisiologis : Inflamasi Gastrointenstinal
2. Termoregulasi Tubuh Tidak Efektif
3. Ganguan Keseimbangan Elektrolit
4. Nyeri Akut
5. Gangguan Kebutuhan Nutrisi

Sedangkan pada tinjauan kasus terdapat tambahan 3 diagnosa baru yang tegak pada pasien kelolaan penulis yaitu :

1. Diare berhubungan dengan Agen Fisiologis : Inflamasi Gastrointenstinal
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis : Inflamasi
3. Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Output Cairan dan Elektrolit berlebih.

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa gastroenteritis pada umumnya. Sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

**4.3 Perencanaan**

Pada perumusan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan sasaran dan intervensinya, dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tinggkah laku pasien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung, intervensi diagnosa keperawatan yang di tampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan di mana ada 4 asas yang disampaikan yaitu ; Observasi, Mandiri, Edukasi dan Kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain yang dimana pelaksanaanya tetap mengacu pada kesiapan dan kemampuan pasien.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 Jam diare teratasi dengan kriteria hasil ; tidak ada penurunan Serum Natrium, tidak ada penurunan serum Kalium, tidak ada penurunan serum Klorida.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 Jam diare teratasi dengan kriteria hasil ; mampu mengenali penyebab nyeri meningkat, mampu menggunakan teknik non-farmakologi meningkat, keluhan nyeri menurun.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 Jam diare teratasi dengan Kriteria Hasil ; kontrol pengeluaran feses meningkat, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik, peristaltik membaik ( 5-35x/Menit).

**4.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya.

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

Diare berhubungan dengan fisiologis : inflamasi gastrointestinal dilakukan tindakan keperawatan : mengindentifikasi penyebab diare, menganjurkan makan porsi kecil namun sering secara bertahap, menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas pedas dan mengandung Laktosa serta adanya pemberian terapi sesuai advice dokter.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : inflamasi dilakukan tindakan keperawatan : Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologi, mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, serta kolaborasi pemberian Analgetik, jika perlu.

Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan output cairan dan elektrolit berlebih dilakukan tindakan keperawatan : Mengidentifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan kadar elektrolit dengan balance cairan,memberikan berikan diit yang tepat, menjelaskan jenis, penyebab ketidaksaimbangan elektrolit serta kolaborasi untuk pemenuhan cairan yang hilang.

**4.5 Evaluasi**

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

Diare berhubungan dengan fisiologis : inflamasi gastrointestinal dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : inflamasi teratasi setelah tatalaksana asuhan keperawatan dilakukan 3x24 jam pelaksanaan dan baru pada tanggal 31 Januari 2020 sedangkan diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan output cairan dan elektrolit berlebih dilaksanakan 3x24 Jam pelaksanaan dan teratasi tepat waktu yaitu pada tanggal 30 Januari 2020, Saat evaluasi terakhir atas advice dokter pasien KRS pada tanggal 31 Januari 2020.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus gangguan sistem pencernaan : gastroenteritis akut di ruang b1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat beranfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan kasus gangguan sistem pencernaan : Gastroenteritis Akut.

**5.1 Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien kasus gangguan sistem pencernaan : Gastroenteritis Akut maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pasien memiliki riwayat penyakit gastritis pada tahun 2006 hal ini mendukung adanya kekambuhan riwayat penyakit dahulu dari pasien, selaras dengan tinjauan pustaka yang menjelaskan adanya faktor penyebab dari riwayat penyakit dahulu, termasuk diare akut karena hanya mengalami diare tanpa ampas dan lendir kurang dari 2 minggu, tanda dan gejala yang selaras antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, tidak adanya komplikasi gastroenterits akut yang tegak pada pasien kelolaan penulis, yang dimana disebutkan pada tinjauan pustaka.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah diare berhubungan dengan Fisiologis : Inflamasi Gastrointestinal, Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : inflamasi, risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan output cairan dan elektrolit.
3. Dari ketiga masalah keperawatan diatas, ketiganya teratasi diantaranya diare berhubungan dengan fisiologis : inflamasi gastrointestinal dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : inflamasi teratasi setelah tatalaksana asuhan keperawatan dilakukan 3x24 jam pelaksanaan dan baru pada tanggal 31 Januari 2020 sedangkan diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan output cairan dan elektrolit berlebih dilaksanakan 3x24 jam pelaksanaan dan teratasi tepat waktu yaitu pada tanggal 30 Januari 2020, Saat evaluasi terakhir atas advice dokter pasien KRS pada tanggal 31 Januari 2020.
4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan : gastroenteritis akut menganjurkan keluarga dan pasien turut serta dalam pelaksanaan intervensi hal ini dikarenakan peran orang sekitar mampu mempercepat penyembuhan klien dalam memberikan dukungan psikis kepada klien.
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evalusai pada Ny. S sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 31 Januari 2020.

**5.2 Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memmberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat ssebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatn pada klien dengan gangguan sistem pencernaan : Gasteroenteritis Akut.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komperhensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

Andresson. 2017. *buku ajar gastroeterologi-hepatologi jilid 1*.badan penerbit IDAI.

Aru, W Sudoyo. 2009. *Buku Ajr Ilmu Penyakit Dalam,Jilid II,Edisi IV*. Jakarta : Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia1774

Bickley, L.S. (2015). *Buku saku Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan*. EGC. Jakarta.

DEPKES RI direktorat Jendral pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan, 2011. Buku saku lintas diare. depkes: Jakarta

Hidayat, A.Aziz. 2008. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak .* Salemba Medika: Jakarta.

Journal.uta45jakarta.ac.id di akses tanggal 1 Februari 2020.

Kozier, B. (2010*). Buku Ajar Fundamental Keperawatan:konsep, proses, dan praktik, alih bahasa pemilih Eko Karyuni*, Edisi Ketujuh. Jakarta: EGC

Lestrai,Titik. 2016. *Asuhan Keperawatan Anak*. Nuha Medika. Yogyakarta.

Nanda. 2015, Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. EGC. Jakarta.

Nurarif, Huda Amin dan Kusuma, Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc* Jilid 1. Mediaction. Jogjakarta.

Pearce. Evelyn C. 2011. *Anatomi dan fisiologi untuk paramedis.* Gramedia. Jakarta.

Persatuan Perawatan Nasional Indonesia (PPNI).2017. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta Selatan.DPD PPNI.

Persatuan Perawatan Nasional Indonesia (PPNI). 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta Selatan.DPD PPNI.

Persatuan Perawatan Nasional Indonesia (PPNI). 20119. Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan,Edisi 1.Jakarta.DPD PPNI.

Sodikin.2011 .*Asuhan Keperawatan Anak Gangguan Sistem Gastroinstenstinal dan Hepatobile..* Salemba Medika. Jakarta.

**S. O. P INJEKSI INTRA VENA**

**Pengertian**

Sebuah tindakan keperawatan memasukkan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena.

**Tujuan**

1. Mempercepat penyerapan.
2. Untuk pemeriksaan Diagnostic, misal : penyuntikan zat kontras.

**Kebijakan**

1. Keputusan Kepala Rumkital dr. Ramelan Nomor : Kep/45/X/2012 Tentang kebijakan SPO (Standar Prosedur Operasional) Rumkital dr. Ramelan.
2. Pedoman Pelayanan Dep. Perawatan Rumkital dr. Ramelan.

**Prosedur**

1. **Persiapan Alat**

* Sarung Tangan.
* Bak Injeksi.
* Spuit steril ( ukuran disesuaikan).
* Jarum steril untuk mengoplos obat.
* Obat yang diperlukan.
* Aquadest.
* Alkohol Swab.
* Perlak
* Tempat sampah medis

1. **Persiapan Pasien**

Menjelaskan Maksud dan tujuan dilakukan prosedur.

1. **Pelaksanaan**

* Mencuci tangan 6 Langkah sebelum tindakan.
* Mendekatkan alat kepasien.
* Memakasi sarung tangan.
* Mencocokan identitas pasien.
* Mengambil obat, membaca etiket dan mencocokan dengan buku Injeksi.
* Bila obat dalam sedian serbuk maka oplos terlebih dahulu dengan Aquadest, gunakan spuit steril, jarum sendirikan dan disimpan di bak injeksi.
* Menentukan lokasi pemberian obat secara tepat.
* Memasang perlak dibawahnya.
* Desinfeksi area lokasi penyuntikan dengan alkohol swab
* Masukkan needle kedalam area penyuntikan aspriasi sedikit untuk memastikan bahwa jarum sudah masuk ke dalam vena.
* Kemudian masukkan obat secara perlahan.
* Letakkan alkohol swab diatas tusukan, cabut jarum, dan tekan tusukan dengan alkohol swab selama lebih kurang 30 detik dan pastikan perdarahan berhenti.
* Amati reaksi pasien, adakah reaksi alergi setelah penyuntikan.
* Masukkan jarum ke penutup dengan teknik satu tangan,rapatkan penutup.
* Dokumentasikan tindakan.
* Bereskan alat.
* Evaluasi kembali reaksi pasien.
* Masukkan jarum bekas kedalam sampah medis.
* Lepaskan sarung tangan.
* Cuci tangan 6 langkah setelah tindakan.

1. **Sumber Penulisan**

Rumkital dr. Ramelan.2016. *Standar Operasional Prosedur Departemen* Keperawatan.Surabaya.Dep.Keperawatan Rumkital dr. Ramelan.