

**ASUHAN KEPERAWATAN GASTROENTERITIS
PADA Tn.A DI RUANG INAP
PUSKESMAS KAMBANG
2018**

**Di susun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
program pendidikan Diploma III Keperawatan
di STIKES Perintis Padang**



Oleh :

HASYIM AJIS

1714401126

**PRODI DIII KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
PADANG
2018**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : HASYIM AJIS
NIM : 1714401126
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Gastroenteritis pada Tn.A Di Ruang
Inap Puskesmas Kambang 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan dewan penguji Program Studi D III Keperawatan STIKES Perintis Padang

Padang Juli 2018

Pembimbing

Ns.Muhammad Arif, M.Kep

NIK. 1420 1140 9840 9051

Mengetahui,

Ka.Prodi DIII Keperawatan
STIKES Perintis Padang

Ns. Endra Amalia, S.Kep M.Kep

NIK1420 1231 0699 3012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : HASYIM AJIS
NIM : 1714401126
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Gastroenteritis pada Tn.A Di Ruang
Inap Puskesmas Kambang 2018

Karya Tulis Ilmiah telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji studi kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Perintis Padang.

Penguji I

Ns. Ida Suryati. M.Kep
NIK 1420 0130 4750 1027

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya kepada kita semua, sehingga berkat karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas akhir karya ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Gastroenteritis pada Tn.A di Ruang Inap Puskesmas Kambang Tahun 2018”**. Dalam penyusunan tugas ini penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih banyak pada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan tugas akhir karya ilmiah ini sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan ini. Tidak lupa juga kami ucapkan terima kasih kepada :

1. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang Yendrizal Jafri, S.Kp. M.Biomed
2. Ibu Ns. Endra Amalia M.Kep KA Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
3. Pembimbing Akademik Ns.Muhammad Arif, M.Kep yang telah banyak memberi masukan dan dorongan semangat serta meluangkan waktu untuk memberikan petunjuk dalam pembuatan tugas ini.
4. Ibu Kepala Puskesmas Kambang Elza Sumitra, SKM beserta staf yang telah memberi izin dinas di Puskesmas Kambang.
5. Bapak/Ibu petugas di Puskesmas Kambang, yang telah memberikan banyak ilmu dan membimbing selama menjalani praktek.

Tiada gading yang tidak retak, demikian pula dengan penulisan karya ilmiah ini, penulis menyadari bahwa tugas ini masih jauh dari kesempurnaan. penulis akan sangat berterima kasih dan menerima dengan senang hati masukan,

kritik dan saran dari pembaca untuk menyempurnakan tugas karya ilmiah ini.
Harapan penulis semoga tugas ini bermanfaat bagi kita semua dan semoga amal
kebaikan kita semua dibalas oleh Allah SWT amin.

Padang, Juli 2018

HASYIM AJIS

**ASUHAN KEPERAWATAN GASTROENTERITIS
PADA Tn.A DI RUANG INAP
PUSKESMAS KAMBANG**

2018

(Hasyim Ajis,2018,86 Halaman)

ABSTRAK

Latar Belakang: Gastroenteritis akut adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja lebih lembek atau cair dan bersifat mendadak datangnya, dan berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu. Menurut Dinas Kesehatan Sumatera Barat Angka kejadian diare 3 tahun terakhir meningkat di Sumatera Barat, sedangkan data dari puskesmas kambang tahun 2017 sebanyak 121 orang.

Metode:Penulis menggunakan metode Deskripsi, adapun sampelnya adalah Klien A, Data ini diperoleh dengan cara yaitu: wawancara, pemeriksaan,observasi,memperoleh catatan dan laporan diagnostik, bekerja sama dengan tim medis dan keluarga

Hasil: Setelah Dilakukan Tindakan Keperawatan selama 3 kali pertemuan diagnosa yang muncul yaitu:Defisit Volume Cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, gangguan integritas kulit. Dalam implementasi sebagian besar telah sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan.

Kesimpulan: Kerjasama antar tim kesehatan, pasien dan keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga masalah keperawatan pasien mengenai Defisit Volume Cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, gangguan integritas kulit dapat dilaksanakan dengan baik dan masalah dapat teratasi

**ASUHAN KEPERAWATAN GASTROENTERITIS
PADA Tn.A DI RUANG INAP
PUSKESMAS KAMBANG
2018
(Hasyim Ajis,2018,86 Halaman)**

ABSTRAK

Background: Acute gastroenteritis is defecation with increased frequency and consistency of stools that are more soft or runny and are sudden onset and last in less than two weeks. According of the Dinas Sumatera Barat the incidence of diarrhea in the last three years has increased, while data from Kambang Public Health Center in 2017 were 121 people.

Method: the author uses the description method. As for the sample, the client is A. This data is obtained by means of interviews, examinations, observations, obtaining diagnostic records and collaborate with medical and family teams.

Results: after nursing action for three meetings, the diagnosis that arises is Fluid volume deficit, imbalance of nutrients less than body requirements, impaired skin integrity, in implementation most of them are in accordance with the planned action plan

Conclusion: Cooperation between health teams, patients and families is Fluid volume deficit, imbalance of nutrients less than body requirements, impaired skin integrity can be implemented properly and problems can be resolved

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN PERSERTUJAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGATANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB IPENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat	
1. Bagian Penulisan.....	4
2. Bagi Institusi Pendidikan.....	4
3. Bagi Klien.....	5
4. Bagi Lahan Praktek.....	5
BAB II TINJUAN TEORITIS	
A. Definisi.....	6
B. Klasifikasi	7
C. Etiologi.....	9
D. Manifestasi Klinis	10
E. Patofisiologis.....	11
F. Pemeriksaan Penunjang.....	12
G. Pencegahan	13
H. Penatalaksanaan.....	14
I. Definisi Nyeri.....	15
J. Konsep Senam Rematik.....	16
BAB III LAPORAN KASUS	
1. Pengkajian.....	27
2. Diagnosa.....	41
3. Intervensi.....	42
4. Implementasi.....	45
5. Evaluasi.....	45

BAB IV TELAAH JURNAL	53
BAB V PEMBAHASAN	56
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	68
B. Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.2 Data Biologis.....	39
Tabel 1.3 Analisa Data.....	44
Tabel 1.4 Intervensi Keperawatan.....	47
Tabel 1.5 Implementasi dan evaluasi Keperawatan.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Dokumentasi Asuhan Keperawatan
- Lampiran 2 : Lembar Konsultasi
- Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 4 : Surat Keterangan Pengambilan Data

BAB I

PEDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Gastroenteritis akut adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja lebih lembek atau cair dan bersifat mendadak datangnya, dan berlangsung dalam waktu kurang dari 2 minggu (Suharyono, 2003). Gastroenteritis akut didefinisikan sebagai diare yang berlangsung kurang dari 15 hari (Rani AA. dkk 2015)

Diare dapat di sebabkan oleh beberapa factor di antaranya di sebabkan oleh factor infeksi, factor malabsorpsi, factor makanan, maupun factor psikologis. Sebagian besar factor diare di sebabkan oleh factor infeksi. Banyak dampak yang dapat terjadi karena infeksi saluran cerna 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. Dengan demikian, dari beberapa factor di atas akan menimbulkan tanda dan gejala yang berbeda. Manifestasi atau tanda dan gejala diare pada orang dewasa biasanya di tandai dengan Konsistensi feces cair (diare) dan frekuensi defekasi semakin sering, muntah (umumnya tidak lama) , demam (mungkin ada, mungkin tidak), kram abdomen, membrane mukosa kering, berat badan menurun. Selama proses terjadi diare tanda dan gejalanya juga lain lagi seperti kulit sekitar anus

biasanya akan mengalami iritasi atau lecet akibat seringnya defekasi. Maka sangat di butuhkan perhatian dan perawatan yang maksimal pada pasien dewasa di Rumah Sakit. Salah satu penyakit yang termasuk masalah kesehatan masyarakat umumnya adalah gastroenteritis. Gastroenteritis banyak ditemukan terutama dinegara Asia, Afrika, dan Amerika menunjukkan bahwa gastroenteritis merupakan penyebab utama dan rata – rata pada anak dewasa (Nur Qolis, 2016).

Gastroenteritis paling sering ditemukan pada orang dewasa. Diperkirakan pada orang dewasa setiap tahunnya mengalami gastroenteritis akut sebanyak 99.000.000 kasus. Di Amerika Serikat di perkirakan 8.000.000 pasien berobat ke dokter dan lebih dari 250.000 pasien dirawat di rumah sakit tiap tahun (1,5% merupakan pasien dewasa) yang di sebabkan karena gastroenteritis (Nurqolis,2016). World Health Organization (WHO) melaporkan sekitar 3,5 juta kematian pertahun disebabkan oleh Gastroenteritis atau diare akut, dimana 80% dari kematian ini mengenai anak – anak dibawah umur 5 tahun. Di Amerika Serikat, diperkirakan 200 – 300 juta episode gastroenteritis akut timbul tiap tahunnya, mengakibatkan 73 juta dokter memeriksa pasien yang bersangkutan, 1,8 juta perawatan di rumah sakit dan 3.100 kematian. Data Departemen Kesehatan RI menunjukkan 5.051 kasus diare sepanjang tahun 2005 lalu di 12 provinsi. Jumlah ini meningkat drastis dibandingkan dengan jumlah pasien diare pada tahun sebelumnya, yaitu sebanyak 1.436 orang. Di awal tahun 2006, tercatat 2.159 orang di Jakarta yang dirawat di rumah sakit akibat menderita diare (NurQolis,2016).

Angka kejadian diare di Indonesia masih tinggi, angka kejadian diare yang di tandai perubahan konsistensi tinja dan peningkatan frekuensi berak di sebagian besar wilayah Indonesia hingga saat ini masih tinggi. Kepala Subdit dan kecacingan Departemen Kesehatan Di Jakarta mengatakan angka kejadian di Indonesia menurut survey morbiditas yang 3 dilakukan Departemen Kesehatan tahun 2003 berkisar antara 200-374 per 1000 penduduk. Sedangkan pada balita setiap balita rata-rata menderita diare satu sampai dua kali dalam setahun. Menurut hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2004 angka kematian akibat diare 23 per 100 ribu penduduk dan pada balita 75 per 100 ribu balita. Selama 2006 sebanyak 41 kabupaten di propinsi melaporkan kejadian luar biasa diare di wilayah Jakarta. Jumlah kasus diare yang dilaporkan sebanyak 10,980 dan 277 diantaranya menyebabkan kematian (Case Rate / CFR = 2,5 Persen). Menurut laporan dari 199 dinas kesehatan kab / kota tahun 2004 air bersih yang memenuhi syarat kesehatannya hanya 57,09%. Sementara presentasi keluarga yang menggunakan jembatan yang memenuhi syarat kesehatan baru sekitar 67,12%. Sedangkan wabah diare di Semarang memasuki musim hujan tahun ini wabah diare mulai menyerang. Sampai saat ini sekitar 420 orang sudah dirawat di rumah sakit lain. Penderita pada bulan maret meningkat dua kali lipat dibanding bulan february (Annisa,2016).

Dalam hal ini peran perawat sangat penting untuk mencegah terjadinya diare berkepanjangan serta mencegah terjadinya kekurangan cairan, seorang perawat dapat mengkaji penyebab diare, dan memantau asupan makanan yang

masuk kepada pasien, serta memantau intake dan output pasien dan membantu mengkonsumsi obat-obatan anti diare dengan cara yang tepat. (Anisa, 2016)

Menurut Dinas Kesehatan Sumatera Barat Angka kejadian diare 3 tahun terakhir meningkat di Sumatera Barat, tahun 2016 ditemukan kasus diare 5.345 orang, tahun 2017 ditemukan kasus diare 8.547 orang, sementara di Puskesmas Kambang ditemukan angka kejadian diare tahun 2016 sebanyak 104 orang, tahun 2017 sebanyak 121 orang, sementara data yang didapat dari bulan April 23 orang, Mei 15 orang, dan bulan Juni 27 orang. Dari beberapa hal di atas penanganan dewasa pada diare perlu mendapatkan perhatian secara tepat. Agar tidak terjadi komplikasi pada dewasa dengan diare misalnya dehidrasi, syok hipovolemik bahkan sampai kematian.

1.2. Tujuan Penelitian

1.2.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah memberikan pengalaman yang nyata kepada penulis dalam penatalaksanaan dan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien gastroenteritis.

1.2.2. Tujuan Khusus

Laporan ini dibuat untuk :

- a. Melakukan pengkajian pada Tn.A dengan Gastroenteritis
- b. Melakukan analisis data pada Tn.A dengan Gastroenteritis.

- c. Merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul.
- d. Merumuskan intervensi keperawatan.
- e. Melakukan tindakan keperawatan.
- f. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan

1.3 Mamfaat Penelitian

1.3.1. Manfaat bagi penulis.

Memberikan pengalaman yang nyata tentang asuhan keperawatan pada gangguan system pencernaan.

1.3.2. Manfaat bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit gastroenteritis yang diderita dan mengetahui cara perawatan gastroenteritis dengan benar.

1.3.3. Manfaat bagi Institusi

Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan di masa yang datang

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar

2.1.1. Pengertian

Gastroenteritis adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih buang air besar dengan bentuk tinja yang encer atau cair (Suriadi dan Yuliani, 2001 : 83).

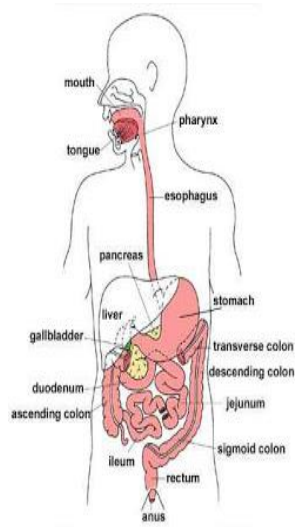
Gastroenteritis adalah inflamasi membrane mukosa lambung dan usus halus yang di tandai dengan muntah-muntah dan diare yang berakibat kehilangan cairan elektrolit yang menimbulkan dehidrasi dan gejala keseimbangan elektrolit (cecyly, Betz.2002).

Gastroenteritis adalah penyakit akut dan menular menyerang pada lambung dan usus yang di tandai berak-berak encer 5 kali atau lebih. Gastroenteritis adalah buang air besar encer lebih dari 3 kali perhari dapat atau tanpa lender dan darah (Murwani. 2009).

Penyebab utama gastroenteritis adalah adanya bakteri, virus, parasit (jamur, cacing, protozoa). Gastroenteritis akan di tandai dengan muntah dan diare yang dapat menghilangkan cairan dan elektrolit terutama natrium dan kalium yang akhirnya menimbulkan asidosis metabolic dapat juga terjadi cairan atau dehidrasi (Setiati, 2009).

2.1.2. Anatomi dan Fisiologi Gastrointestinal

Gambar 2.1.



Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan

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

- 2) 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 epligotis. Punggung lidah (dorsum lingua) terdapat puting pengecap atau ujung saraf pengecap. Fenekun 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 wartonian dan ductus stansonian. 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, ductusnya ductus stansonian, ductus ini keluar dari glandula parotis menuju kerongga mulut melalui pipi (muskulus buksinator). Kelenjar submaksilaris terletak di bawah rongga mulut bagian belakang, ductusnya ductus

watoni bermuara di rongga 12 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.

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.

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.

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 :

5.1 lapisan mukosa (sebelah dalam), lapisan otot melingkar (m.sirkuler)

5.2 otot memanjang (m. Longitudinal) dan lapisan serosa (sebelah luar).

Pergerakan usus halus ada 2, yaitu

a) Kontraksi pencampur (segmentasi)

Kontraksi ini dirangsang oleh peregangan usus halus yaitu desakan kimus

b) 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 ileosekal yang berfungsi mencegah aliran feses ke dalam usus halus. Derajat kontraksi sfingter iliosekal terutama diatur oleh refleksi yang berasal dari sekum. Refleksi dari sekum ke sfingter iliosekal ini di perantarai 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 veteri 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 perataran lubang yang bernama orifisium ileoseikalis, orifisium ini di perkuat dengan sfingter ileoseikalis dan pada bagian ini terdapat katup valvula seikalis atau valvula baukini. 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 Fleksura 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, membunjur dari kolon ascendens sampai ke kolon descendens berada di bawah abdomen, sebelah kanan terdapat fleksura hepatica dan sebelah kiri terdapat fleksura linealis.

e) Kolon descendens

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

f) Kolon sigmoid

Merupakan lanjutan dari kolon descendens terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri, bentuk menyerupai huruf S. Ujung bawahnya berhubung dengan rectum. Fungsi kolon : Mengabsorpsi air dan elektrolit serta kumus 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 di perkuat oleh 3 sfingter :

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

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

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

2.1.3. Etiologi / Faktor Predisposisi.

Faktor penyebab gastroenteritis adalah:

a. Faktor infeksi

1) Infeksi internal : infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama gastroenteritis pada anak, meliputi infeksi internal sebagai berikut:

a). Infeksi bakteri : vibrio, ecoli, salmonella shigella, capylabactor, versinia aoromonas dan sebagainya.

b). Infeksi virus : entero virus (v.echo, coxsacria, poliomyelitis)

c). Infeksi parasit : cacing (ascaris, tricuris, oxyuris, srongyloidis,protozoa, jamur).

2) infeksi parenteral : infeksi di luar alat pencernaan, seperti : OMA, tonsilitis, bronkopneumonia, dan lainnya.

b. faktor malabsorpsi:

1) Malabsorpsi karbohidrat : disakarida (intoleransi laktosa, maltosa, dan sukrosa), mosiosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa, dan galatosa).

2) Malabsorpsi lemak

3) Malabsorpsi protein

c. Faktor makanan

Makanan basi, beracun dan alergi terhadap makanan.

d. Faktor psikologis

Rasa takut dan cemas (jarang tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar)(Mansjoer arief, 2000)

2.1.4. Patofisiologi

Berdasarkan Hasan (2005), mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare adalah:

a. Gangguan sekresi

Akibat gangguan tertentu (misal oleh toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare tidak karena peningkatan isi rongga usus.

b. Gangguan osmotik

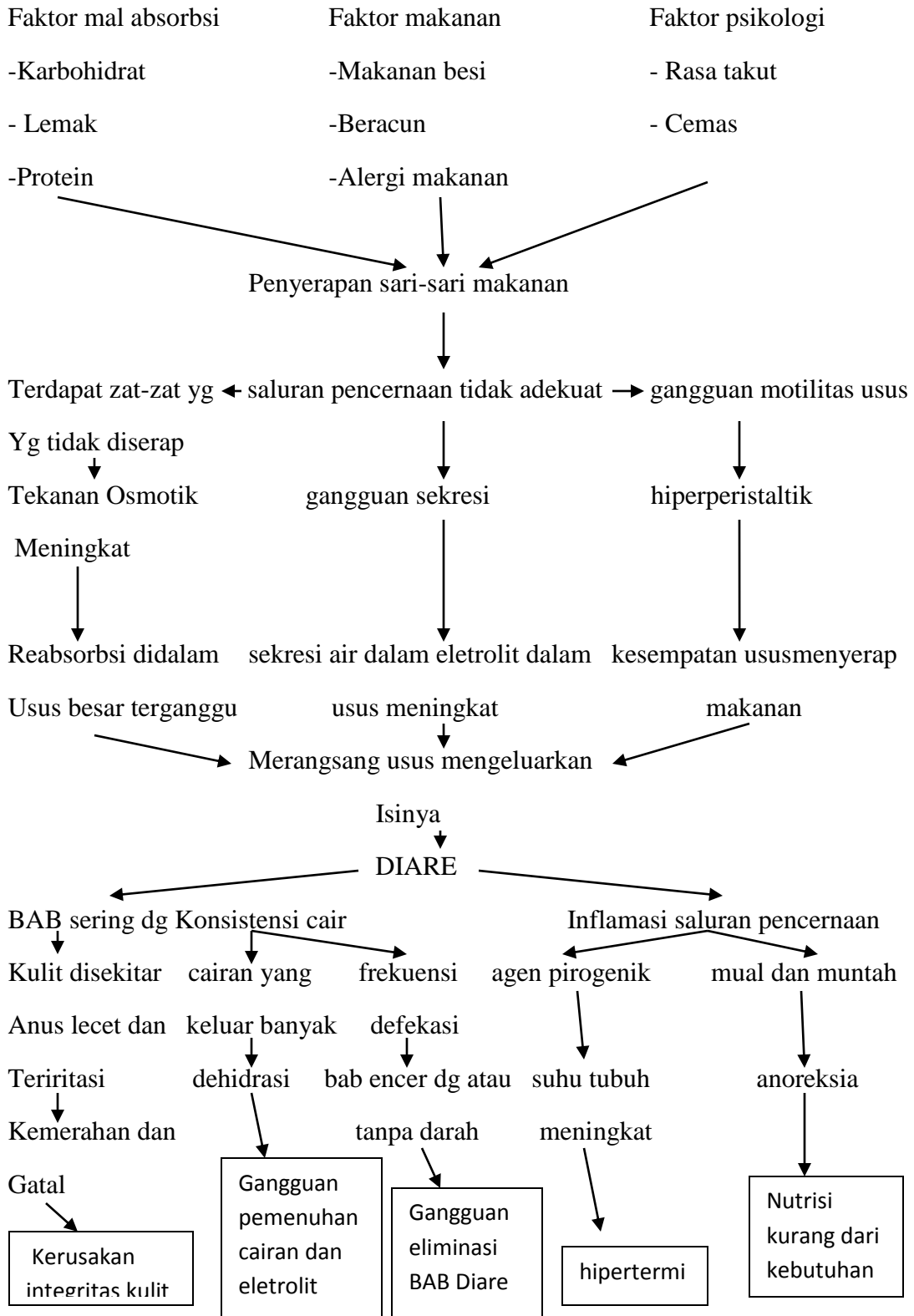
Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat di serap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga

usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

c. Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare, sebaliknya jika peristaltic usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.

WOC (Muttaqin,2008)



2.1.5. Manifestasi Klinik

- a. Konsistensi feces cair (diare) dan frekuensi defekasi semakin sering
- b. Muntah (umumnya tidak lama)
- c. Demam (mungkin ada, mungkin tidak)
- d. Kram abdomen, tenesmus
- e. Membrane mukosa kering
- f. Fontanel cekung (bayi)
- g. Berat badan menurun
- h. Malaise

(Cecyly, Betz.2002)

2.1.6. Komplikasi

- a. Dehidrasi
- b. Renyatan Hiporomelik
- c. Kejang
- d. Bakterikimia
- e. Malnutrisi
- f. Hipoglikimia

g. Intoleransi sekunder akibat kerusakan mukosa usus

Dari komplikasi Gastroenteritis, tingkat dehidrasi dapat di klasifikasikan sebagai berikut :

a. Dehidrasi ringan

Kehilangan cairan 2 – 5% dari BB dengan gambaran klinik turgor kulit kurang elastis, suara serak, penderita belum jatuh pada keadaan syok.

b. Dehidrasi sedang

Kehilangan 5 – 8% dari BB dengan gambaran klinik turgor kulit jelek, suara serak, penderita jatuh pre syok nadi cepat dan dalam.

c. Dehidrasi berat

Kehilangan cairan 8 – 10% dari BB dengan gambaran klinik seperti tanda dihidrasi sedang ditambah dengan kesadaran menurun, apatis sampai koma, otot kaku sampai sianosis.

2.1.7. Penatalaksanaan

Menurut Supartini (2004), 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 HCO₃, 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

2

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. Klorpromazin, dosis 0,5 – 1 mg / kg BB / hari.

2). Obat spasmolitik, umumnya obat spasmolitik seperti papaverin ekstrak beladora, opium loperamida tidak di gunakan untuk mengatasi diare akut lagi, obat penguas 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. Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pegkajian

Menurut Cyndi Smith Greenbery, 2004 adalah

a. Identitas klien

b. Riwayat keperawatan

Awal serangan : gelisah, suhu tubuh meningkat, anoreksia kemudian timbul diare. Keluhan utama : feses semakin cair, muntah, kehilangan banyak air dan elektrolit terjadi gejala dehidrasi, BB menurun, tonus dan turgor kulit berkurang, selaput kadir mulut dan bibir kering, frekuensi BAB lebih dari 4x dengan konsisten encer.

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Riwayat penyakit yang diderita, riwayat inflamasi

d. Riwayat Psikososial keluarga

e. Kebutuhan dasar

1. Pola Eliminasi

Mengalami perubahan yaitu BAB lebih dari 4x sehari

2. Pola Nutrisi

Diawali dengan mual, muntah, anoreksia, menyebabkan penurunan BAB

3. Pola Istirahat dan Tidur

Akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman

4. Pola Aktifitas

Akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat disentri abdomen.

f. Pemeriksaan Penunjang

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)

g. Data Fokus

1. Subjektif

a). Kelemahan

- b).Diare lunak s/d cair
- c). Anoreksia mual dan muntah
- d). Tidak toleran terhadap diit
- e). Perut mulas s/d nyeri (nyeri pada kuadran kanan bawah, abdomen tengah bawah)
- f). Haus, kencing menurun
- g). Nadi mkeningkat, tekanan darah turun, respirasi rate turun cepat dan dalam (kompensasi ascidosis).

2. Objektif

- a). Lemah, gelisah
- b). Penurunan lemak / masa otot, penurunan tonus
- c). Penurunan turgor, pucat, mata cekung
- d). Nyeri tekan abdomen
- e). Urine kurang dari normal
- f). Hipertermi
- g). Hipoksia / Cyanosis,Mukosa kering,Peristaltik usus lebih dari normal.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

- a. Diare berhubungan dengan faktor-faktor infeksi, makanan, psikologis
- b. Defisit volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan sekunder akibat diare
- c. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kram abdomen sekunder akibat gastroenteritis
- d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan tidak adekuatnya absorpsi usus terhadap zat gizi, mual / muntah
- e. Hipertermi berhubungan dengan penurunan sirkulasi sekunder terhadap dehidrasi
- f. Perubahan integritas kulit berhubungan dengan irisan lingkungan.

2.2.3.Fokus Intervensi

- a. Diare berhubungan dengan faktor-faktor infeksi, makanan, psikologis

Tujuan : mencapai BAB normal
Kriteria hasil : penurunan frekuensi BAB sampai kurang 3x.Feses mempunyai bentuk

Intervensi : a. Kaji faktor penyebab yang mempengaruhi diare Rasional : Untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan
b. Ajarkan pada klien penggunaan yang tepat dari obat-obatan antidiare Rasional : supaya klien tahu cara penggunaan obat anti diare
c. Pertahankan tirah baring Rasional :

Tirah baring dapat mengurangi hipermotilitas usus d. Colaborasi untuk mendapat antibiotik Rasional : bila penyebab diare kuman maka harus diobati

- b. Defisit volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan kehilangan sekunder akibat diare.

Tujuan : mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit KH : turgor baik CRT < 2 detik Mukosa lembab Tidak pucat

Intervensi a. Kaji benda-benda dehidrasi Rasional : untuk mengetahui tingkat dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik b. Monitor intake cairan dan output Rasional : untuk mengetahui balance cairan c. Anjurkan klien untuk minum setelah BAB minum banyak Rasional : untuk mengembalikan cairan yang hilang d. Pertahankan cairan parenteral dengan elektrolit Rasional : untuk mempertahankan cairan.

- c. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kram abdomen sekunder akibat gastroenteritis

Tujuan: Nyeri hilang lebih berkurang, rasa nyaman terpenuhi KH : skala nyeri 0 Klien mengatakan nyeri berkurang Nadi 60 – 90 x / menit Klien nyaman, tenang, rileks

Intervensi a. Kaji karakteristik dan letak nyeri Rasional : untuk menentukan tindakan dalam mengatur nyeri b. Ubah posisi klien bila terjadi nyeri, arahkan ke posisi yang paling nyaman Rasional : posisi yang nyaman dapat mengurangi nyeri ,c. Beri kompres hangat diperut Rasional : untuk

mengurangi perasaan keras di perut d. Kolaborasi untuk mendapatkan obat analgetik Rasional : untuk memblok syaraf yang menimbulkan nyeri

- d. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan tidak adekuatnya absorpsi usus terhadap zat gizi, mual / muntah, anoreksia

Tujuan: nutrisi terpenuhi Kriteria hasil : BB sesuai usia Nafsu makan meningkat Tidak mual / muntah

Intervensi a. Timbang BB tiap hari Rasional : untuk mengetahui terjadinya penurunan BB dan mengetahui tingkat perubahan b. Berdiit makanan yang tidak merangsang (lunak / bubur) Rasional : untuk membantu perbaikan absorpsi usus c. Anjurkan klien untuk makan dalam keadaan hangat Rasional : keadaan hangat dapat meningkatkan nafsu makan d. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering Rasional : untuk memenuhi asupan makanan e. Berikan diit tinggi kalori, protein dan mineral serta rendah zat sisa Rasional : untuk memenuhi gizi yang cukup.

- e. Hipertermia berhubungan dengan penurunan sirkulasi sekunder terhadap dehidrasi

Tujuan: mempertahankan norma termia KH : suhu dalam batas normal 36,2 – 37,60C

Intervensi a. Monitor suhu dan tanda vital Rasional : untuk mengetahui vs klien b. Monitor intake dan output cairan Rasional : untuk mengetahui balance c. Beri kompres Rasional : supaya terjadi pertukaran suhu, sehingga suhu dapat turun d. Anjurkan untuk minum banyak Rasional : untuk mengganti

cairan yang hilang e. Colaborasi pemberian obat penurun panas sesuai indikasi Rasional : untuk menurunkan panas

- f. Perubahan integritas kulit berhubungan dengan iritan lingkungan sekunder terhadap kelembapan

Tujuan: gangguan integritas kulit teratasi Kriteria hasil : tidak terjadi lecet dan kemerahan di sekitar anal

Intervensi a. Bersihkan sekitar anal setelah defekasi dengan sabun yang

lembut bilas dengan air bersih, keringkan dengan seksama dan taburi talk

Rasional : untuk mencegah perluasan iritasi b. Beristik laken diatas perlek

klien Rasional : untuk mencegah gresakan tiba-tiba pada bokong c. Gunakan

pakaian yang longgar Rasional : untuk memudahkan bebas gerak d. Monitor

data laboratorium Rasional : untuk mengetahui luasan / PH faccer, elektrolit,

hematoksit, dll.

2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah realisasi dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Nursalam, 2006). Jenis – jenis tindakan pada tahap pelaksanaan adalah :

- a. Secara mandiri (independent)

Adalah tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya dan menanggapi reaksi karena adanya stressor.

b. Saling ketergantungan (interdependent)

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter, fisioterapi, dan lain- lain.

c. Rujukan/ketergantungan (dependent)

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter, psikiater, ahli gizi dan sebagainya.

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk mengukur respons pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan (Reeder, 2011). Perawat melaksanakan evaluasi sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dan terdapat 3 kemungkinan hasil, menurut Hidayat, A.(2007) yaitu:

a. Tujuan tercapai

Apabila pasien telah menunjukkan perubahan dan kemajuan yg sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan.

b. Tujuan tercapai sebagian

Jika tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sehingga masih perlu dicari berbagai masalah atau penyebabnya.

c. Tujuan tidak tercapai

Jika pasien tidak menunjukkan suatu perubahan ke arah kemajuan sebagaimana dengan kriteria yang diharapkan.

BAB III

TINJAUAN TEORITIS

3.1. Pengkajian

3.1.1. IdentitasKlien

Nama/Inisial	: Tn. A
Umur	: 38 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Status	: Menikah
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Tani
Pendidikan	: SMA
Alamat	: Ujung Air
Penanggung Jawab	
Nama	: Ny. T
Umur	: 30 Tahun
Hubungan Keluarga	: Istri
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga

3.1.2. Alasan Masuk

Klien mengatakan BAB sudah kurang lebih 5 kali sejak tadi pagi (jam 3 pagi),klien mengatakan mual, muntah + 3x,nafsu makan menurun

3.1.3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan awalnya perutnya terasa mules, klien mengatakan BAB lebih dari 5 kali sejak tadi pagi, klien mengatakan badannya terasa lemas. Klien mengatakan mual (+), muntah (+) lebih dari 3 kali. Bagian bokong lecet dan kemerahan

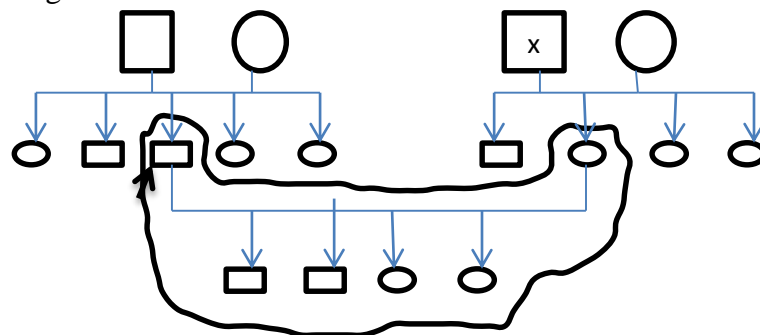
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya dia sudah pernah terkena penyakit ini.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan sebelumnya ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama.

Genogram



Keterangan:

- : Laki laki
- : Perempuan
- X : Meninggal
- ↖ : Klien
- : Hubungan Keluarga
- ◊ : Satu keluarga

3.1.4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis

BB/TB : 48 Kg/160 cm

Tanda Vital : TD : 120/80 mmHg

Nadi: 78x/menit

Suhu : 36,5 Celsius

RR : 20x/menit

a. Kepala

- 1) Rambut : Rambut berwarna hitam bersih.
- 2) Mata : Cekung, konjung tiva anemis
- 3) Telinga : Kemampuan mendengar baik, tidak ada nyeri.
- 4) Hidung : Tidak ada secret.

5) Mulut dan gigi : Selaput melkosa kering, kebersihan gigi bersih.

b. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjer tyroid.

c. Thorak

1) Paru-paru

I : Simetris kiri dan kanan

P : Vocal premitus kiri dan kanan

P : Bunyinya sonor

A : Suara nafas vesikuler

2) Jantung

I : Ictus Cordis tidak tampak

P : Ictus Cordis teraba

P : Ditemukan batas-batas jantung

A : BJ I-II teratur, tidak ada bunyi tambahan

d. Abdomen

I : Tidak ada pembesaran rongga abdomen

A : Bising usus terdengar 30x/menit

P : Tidak ada pembesaran hepar

P : Terdengar bunyi thympani

e. Punggung

Tidak ada keluhan

f. Ekstremitas

Atas : Bentuk simetris kiri dan kanan, terpasang infus RI
diaksesrem

Bawah : Bentuk simetris kiri dan kanan, tas atas dekstra (RT) 3
detik

g. Genitalia

Genetalia bersih dan tidak terpasang kateter

h. Integumen

Keadaan kulit (turgor kulit) jelek, akral teraba dingin

i. Persyarafan

Tidak ada kelainan pada pemeriksaan N1-12

1. Nervus I (Olfactorius) hasil pemeriksaan Baik, bisa mencium
bau

2. Nervus II (Opticus) hasil pemeriksaan Ketajaman penglihatan
baik, lapang pandang baik, melihat warna baik

3. Nervus III (Okulomotoris) hasil pemeriksaan
Pupil,baik,isokor,reflek cahaya(+), Reflek (+)

4. Nervus IV (Trochlearis) hasil pemeriksaan Pergerakan bola mata keatas dan kebawah baik
5. Nervus V (Trigeminus) hasil pemeriksaan Membuka leher, mampu menggerakkan, dan mampu menggigit
6. Nervus VI (Abducens) hasil pemeriksaan Pergerakan mata lateral baik
7. Nervus VII (Facial) hasil pemeriksaan Mampu mengenyitkan kening pada kedua sisi wajah, sedangkan mulut sebelah kanan dan kiri bisa di angkat
8. Nervus VIII (Vestibulocochlearis) hasil pemeriksaan Terdengar jelas
9. Nervus IX (Glossopharyngeus) hasil pemeriksaan Reflek faring mengilang
10. Nervus X (Vagus) hasil pemeriksaan mampu menelan ludah dengan baik dan bicara jelas
11. Nervus XI (Accessory) hasil pemeriksaan Mampu mengangkat bau kanan namun yang kiri susah, mampu menoleh kedua arah
12. Nervus XII (Hypoglossus) hasil pemeriksaan Tidak terjulur, agak pendek kearah kanan dan kiri, mampu menggerakkan dengan baik pada kedua arah

3.1.5. Data Biologis

Aktivitas	Sehat	Sakit
Makanan dan minuman		
Makan		
Menu	Nasi,sayur,lauk	Nasi,sayur,lauk
Porsi	1porisi	½ porsi
Makanan kesukaan	Gulai Ikan	Tidak Ada
Pantangan	Tidak Ada	Banyak serat
Cemilan	Tidak Ada	Tidak Ada
Minum		
Jumlah	2 liter	1 liter
Minuman Kesukaan	Minum kopi	Tidak Ada
Pantangan	Tidak Ada	Minum copi,bersoda
Eliminasi		
BAB		
Frekuensi	1x sehari	5x sehari
Warna	Kuning	Kuning
Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Padat	Cair

Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
BAK		
Frekuensi	5x sehari	8 x sehari
Warna	Kuning	Kuning
Bau	Pesing	Pesing
Konsistensi	Cair	Cair
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
Istirahat dan tidur		
Waktu tidur	21.00-05.00 WIB	Tidak teratur
Lama tidur	+ 10 Jam	Tidak menentu
Waktu bangun	Pagi hari	Tidak menentu
Hal yang mempermudah bangun	Tidak ada	Sakit perut
Kesulitan tidur	Tidak Ada	Sakit perut
Personal Hygiene		
Mandi	2x sehari	2x sehari
Cuci rambut	1x sehari	2x seminggu
Gosok gigi	2x sehari	2x sehari
Potong kuku	+ 2x seminggu	+ 1x sebulan

Rekreasi		
Hobby	Membersihkan rumah	Tidak Ada
Minat khusus	Tidak ada	Tidak Ada
Penggunaan waktu senggang	Pergi ke warung	Istirahat
Ketergantungan		
Merokok	Tidak Ada	Tidak Ada
Minuman	Tidak Ada	Tidak Ada
Obat-obatan	Tidak ada	Obat diare

3.1.6. Riwayat Alergi

Klien Tidak ada riwayat alergi makanan maupun alergi obat-obatan

3.1.7. Data Psikologis

a. Prilaku Non Verbal

Sangat tenang

b. Prilaku Verbal

1) Cara menjawab : klien mampu menjawab dengan baik

2) Cara memberi Informasi : klien memberikan informasi secara verbal

c. Emosi

Stabil

d. Persepsi Penyakit

Klien mampu mempresepsikan penyakitnya

e. Konsep Diri

Klien menerima kondisi fisiknya yang sedang sakit

f. Adaptasi

Klien menerima keadaannya saat ini

g. Mekanisme pertahanan Diri

Baik

3.1.8. Data Sosial

a. Pola Komunikasi

Pola komunikasi 2 arah secara verbal

b. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Klien sangat merasa nyaman berada diantara keluarga, anak dan istri

c. Orang yang paling berharga bagi pasien

Keluarga

d. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Baik

3.1.9. Data Spiritual

a. Keyakinan

Klien memeluk agama islam

b. ketaatan beribadah

Klien shalat 5x sehari

c. Keyakinan terhadap penyembuhan

klien sangat yakin bahwa dirinya bias sembuh

3.1.10. Data Penunjang

a. Diagnosa Medis : Gastroenteritis

b. Pemeriksaan Diagnosis :

3.1.11.Data Pengobatan

Loperamide 2-1-1 (Dihentikan jika frekuensi nya berkurang)

Ranitidine 2x1

Cotrimazole 3x1

3.1.12 Data Fokus

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan mencret + 5 x dari tadi pagi• Klien mengatakan perutnya sakit• Klien mengatakan muntah + 3x, mual(+) <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">• TD: 120/80 mmHg,Nadi:80x/I,suhu:36,5C,R R:20x/i• Klien tampak pucat	Defisit Volume Cairan	Kehilangan cairan disebabkan diare

	<ul style="list-style-type: none"> • KU Lemah • Mukosa bibir kering • Turgor kulit jelek 		
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nafsu makannya berkurang • Klien mengatakan setiap makan muntah <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah • Mukosa bibir kering • Turgor kulit jelek • BB: 48 Kg 	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Mual dan muntah diakibatkan gangguan peristaltic usus</p>
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kulitnya kusam • Klien mengatakan bab + 5x sejak tadi pagi • Klien mengatakan bagian bokong klien lecet <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turgor kulit jelek 	<p>Gangguan integritas kulit</p>	<p>Iritasi bagian perineal,seringnya defekasi</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Didaerah perineal klien kemerahan dan lecet		
--	---	--	--

3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Defisit Volume Cairan b/d Kehilangan cairan disebabkan diare
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b /d Mual dan muntah diakibatkan gangguan peristaltic usus
3. Gangguan integritas kulit b/d Iritasi bagian perineal,seringnya defekasi

BAB IV

PEMBAHASAN

Pembahasan dalam bab ini dimulai dari pengkajian sampai dengan pendokumentasian. Sehingga dapat diketahui adanya kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan dalam kasus nyata. Selain itu juga dapat diketahui adanya faktor penghambat dan pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan Tn.A

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian kepada pasien dengan menggunakan pendekatan kepada klien, keluarga dan tenaga kesehatan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Juni 2018, dengan menggunakan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi baik perawatan maupun medis. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis menemukan adanya perbedaan antara data yang muncul menurut teori dan pada kasus nyata. Pengkajian pada Tn.A didapatkan data, pasien BAB + 5x dari pagi hari, mual(+), muntah 3x, dengan kesadaran compos mentis. Ketika dikaji pasien mengatakan nafsu makan menurun, setiap makan muntah, dan terjadi kemerahan/ lecet pada daerah bokong. Keadaan umum pasien lemah. Komunikasi verbal baik. Pasien tidak terpasang 110 Naso Gastric Tube (NGT) dan tidak terpasang Dower Cateter (DC). Pada ekstremitas kiri atas terpasang infus RL 500 ML.

a. Dari hasil pengkajian Tn.A data yang muncul sesuai teori Wilkinson (2006) adalah :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan yang berlebih akibat diare

Kekurangan volume cairan adalah penurunan cairan intravaskuler, interstitial, atau intraselular yang mengacu pada dehidrasi (Wilkinson & Ahern 2012). Sesuai dengan batasan karakteristik gejala yang muncul yaitu pasien mengalami dehidrasi, membran mukosa kering, penurunan turgor kulit dan lidah, suhu tubuh meningkat, dan penurunan berat badan (Wilkinson & Ahern 2012). Kurang volume cairan terjadi akibat adanya makanan atau zat yang tidak dapat diserap sehingga menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa. (Ngastiyah 2005). Gejala yang muncul pada klien yaitu mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, membran mukosa kering,

2. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu suatu keadaan individu dengan gangguan gizi akibat terjadinya penurunan berat badan dalam waktu yang singkat (Suraatmaja, 2005). Sesuai dengan batasan karakteristik pasien menolak makan, pasien mengalami penurunan berat badan (Wilkinson & Ahern 2012, h. 503). Kekurangan kebutuhan nutrisi akan bertambah jika, pasien juga menderita muntah-muntah atau diare lama. Masalah ketidakseimbangan nutrisi muncul akibat intake nutrisi yang tidak adekuat yang dapat disebabkan karena gejala muntah yang dapat timbul sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan karena lambung turut meradang atau akibat dari gangguan asam basa dan elektrolit (Ngastiyah 2005).

Gejala yang muncul adalah Tn.A mengatakan nafsu makan klien menurun, berat badan sebelum sakit 48 kg, klien tampak pucat, dan lemas.

3. Gangguan integritas kulit b/d Iritasi bagian perineal,seringnya defekasi

Gangguan integritas kulit adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami atau beresiko terhadap kerusakan jaringan epidermis dan dermis (Wilkinson,2012). Biasanya terjadi akibat sering terjadi gesekan atau keadaan lembab,atau panas didaerah sekitar kulit.pada Tn.A

didapatkan klien mengalami kemerahan pada daerah bokong diakibatkan sering terjadinya diare.

b. Data yang muncul pada teori Wilkinson(2012) tetapi pada kasus Tn.A tidak ditemukan yaitu :

1. Peningkatan Suhu Tubuh

Hipertermi adalah suatu kondisi dimana suhu tubuh meningkat. Hipertermi biasanya terjadi ketika sistim yang mengatur suhu tubuh tidak mampu lagi menahan suhu panas dari lingkungan sekitar.(Wilkinson,2012). Hipertermi dapat disebabkan jika cairan tubuh berkurang, biasanya akibat diare, muntah yang berlebihan. Gejala yang muncul pada Tn.A adalah klien mengalami BAB +5X, Muntah 3x dari pagi hari

2. Kecemasan(Ansietas)

Ansietas didefinisikan sebagai kondisi kejiwaan dimana adanya perasaan subjektif berupa kegelisahan, ketakutan, atau firasat-firasat buruk. Ansietas juga dikenal sebagai gangguan cemas yang paling sering muncul di masyarakat (Wilkinson,2012). Biasanya disebabkan banyak factor salah satunya diare, kepala pusing, kesulitan bernafas, mual dan muntah, pingsan. Pada Tn.A didapatkan data klien mengalami BAB +5x, mual dan muntah +3x

4.2. Pembahasan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori yang ada menurut (Muttaqin, 2008) yang sudah disesuaikan dengan NANDA (2015) untuk kasus gastroenteritis terdapat enam diagnosa keperawatan yang mungkin muncul. Setelah dilakukan pengumpulan data pada Tn,A dan dilakukan analisa, penulis menemukan ada tiga diagnosa keperawatan yang muncul, 3 diagnosa keperawatan sesuai teori

a. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.A dan sesuai dengan teori Muttaqin (2008) yang sesuai dengan NANDA (2015) yaitu:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan yang berlebih akibat diare

Diagnosa ini muncul akibat terjadinya kekurangan cairan, dan tidak seimbang intake dan output. Diagnose ini muncul pada Tn.A karenaklien mengalami kekurangan cairan ditandai dengan klien mengalami BAB +5x, mual dan muntah +3x dari pagi, serta ditandai dengan turgor kulit jelek, mukosa bibir kering, badan lemas.

2. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (NANDA, 2015)

Masalah ketidakseimbangan nutrisi muncul akibat intake nutrisi yang tidak adekuat yang dapat disebabkan karena gejala muntah yang dapat timbul sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan karena lambung turut meradang atau akibat dari gangguan asam basa dan elektrolit. Pada Tn.A ditemukan klien mengalami penurunan nafsu makan, mual dan muntah+3x dari pagi. Diare +5x dari pagi.

3. Gangguan integritas kulit b/d Iritasi bagian perineal,seringnya defekasi
Resiko integritas kulit adalah rentan mengalami kerusakan epidermis dan/atau dermis yang dapat mengganggu kesehatan (NANDA, 2015).
Biasanya Bagian-bagian tubuh yang menonjol seperti Pantat, tulang skapula, dan tumit beresiko tinggi terjadi luka
Masalah gangguan integritas kulit muncul akibat sering terjadi gesekan atau keadaan lembab,atau panas didaerah sekitar kulit.pada Tn.A didapatkan klien mengalami kemerahan pada daerah bokong diakibatkan sering terjadinya diare sehingga terjadi gangguan integritas kulit.

- b. Dignosa keperawatan yang ada pada teori Mutaqqin (2008) yang sudah disesuaikan dengan NANDA (2015), tetapi tidak muncul pada Tn.A :
 1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan faktor fisiologis (disfungsi neuromuskular).

Pertukaran udara inspirasi dan ekspirasi tidak adekuat (NANDA, 2015). Pada pasien Gastroenteritis ketidakefektifan pola nafas terjadi karena adanya defisit volume cairan yaitu terjadinya kekurangan cairan pada tubuh, sehingga mengganggu suplai darah ke otak, darah mengalami penurunan O₂. Diagnosa ini tidak muncul pada pasien Tn.A dikarenakan saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami penurunan kesadaran. Selain itu dibuktikan RR= 20 kali/menit, keadaan pernafasan baik. Pasien tidak menggunakan bantuan oksigen.

2. Defisit perawatan diri : hygiene, mandi atau toileting yang berhubungan dengan kelemahan fisik

Defisit perawatan diri adalah hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas hygiene, mandi dan toileting secara mandiri (NANDA, 2015). Defisit perawatan diri pada pasien Gastroenteritis terjadi karena adanya kelemahan pada tubuh. Diagnosa ini tidak muncul di pasien karena pasien tidak ada gangguan pada mobilitas pasien yang ditandai dengan pasien mampu ke toileting, berpakaian, secara mandiri.

2.3. Intervensi (Perencanaan)

Pada tahap perencanaan Asuhan Keperawatan Tn.A di Puskesmas Kambang, penulis menggunakan hierarki maslow yaitu dengan melihat kebutuhan dasar manusia. Pada penentuan penulis menggunakan batasan waktu yang jelas, hal ini dimaksudkan untuk memudahkan kapan evaluasi proses dan hasil akan dilakukan. Pada kasus Tn.A penulis menentukan semua rencana tindakan, hal ini dimaksudkan agar dalam pelaksanaan tindakan jelas tujuannya. Adapun prioritas masalah dalam studi kasus ini adalah Defisit Volume Cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan disebabkan diare, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Mual dan muntah diakibatkan gangguan peristaltic usus, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Iritasi bagian perineal,seringnya defekas . Tujuan ditulis terdiri atas subyek, predikat kriteria, dan kondisi kriteria yang ditulis berupa kriteria waktu maupun kriteria hasil sehingga mudah dicapai pada waktu evaluasi.Rencana keperawatan untuk masing-masing diagnosa pada kasus ini disusun mengacu pada masalah atau respon utama pasien dengan tidak mengesampingkan perkembangan keadaan pasien.

- a. Perencanaan keperawatan yang muncul pada Tn.A dan sesuai dengan teori Muttaqin (2008) yang sesuai dengan (NIC & NOC, 2015) terdapat 3 diagnosa yaitu

1. Defisit Volume Cairan b/d Kehilangan cairan disebabkan diare

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit volume cairan teratasi yang ditandai dengan kriteria hasil: NOC : Defisit volume cairan ,Mempertahankan urine output sesuai dengan usia,BB,TTV dalam batas normal,tidak ada tanda-tanda dehidrasiNIC: Manajemen edema serebral ,pertahankan catatan intake dan output yang adekuat,monitor status dehidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat,TTV), monitor masukan makanan dan cairan, kolaborasi pemberian cairan,monitor status nutrisi,dorong keluarga untuk membantu pasien makan

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b /d Mual dan muntah diakibatkan gangguan peristaltic usus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi teratasi yang ditandai dengan kriteria hasil: NOC : ketidakseimbangan nutrisi, Asupan gizi baik, Asupan makanan baik, Asupan cairan baik, Energy baik, berat badan/tinggi badan normal NIC:, pertahankan catatan intake dan output yang adekuat,monitor status dehidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat,TTV, monitor masukan makanan dan cairan,monitor status nutrisi,dorong keluarga untuk membantu pasien makan

3. Gangguan integritas kulit b/d Iritasi bagian perineal,seringnya defekasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan integritas kulit teratasi yang ditandai dengan kriteria hasil:
NOC : gangguan integritas kulit, Suhu kulit normal, Perfusi jaringan baik, Pertumbuhan rambut padakulit baik, Intregitas kulit baik, NIC:
Berikanpakaian yang tidak ketat, Letakkanbantalanbusapolyurethane dengancara yang tepat, Monitor mobilitas dan aktivitas pasien,Gunakan alat pengkajian risiko yang ada untuk memonitor factor risiko pasien (misalya, skalabraden)

4.4 Implementasi

Pembahasan Pelaksanaan Asuhan keperawatan pada Tn.A di Rawat Inap Puskesmas Kambang dilaksanakan selama 3 hari lebih 5 jam. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan ini tidak sesuai dengan criteria waktu atau target dalam perencanaan asuhan keperawatan yang telah diprogramkan oleh penulis yaitu mulai dari tanggal 03 Juni 2016 sampai 07 Juni 2016. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini sesuai dengan rencana. Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan realisasi dari rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan penulis menyesuaikan kondisi pasien, sarana dan prasarana yang ada di bangsal, juga bekerjasama dengan pasien,dan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini sehingga dapat

melaksanakan sesuai target yang direncanakan. Pasien kooperatif, alat tersedia lengkap, keluarga pasien antusias mengikuti saran perawat, bekerjasama dengan tim medis dalam perawatan

a. Pelaksanaan yang muncul pada Tn.A dan sesuai dengan teori Muttaqin (2008) yang sesuai dengan (NIC & NOC, 2015) terdapat 3 diagnosa yaitu:

1. Defisit Volume Cairan b/d Kehilangan cairan disebabkan diare

Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan dari diagnose defisit volume cairan semua tindakan dapat dilaksanakan sesuai rencana yaitu selama 3 hari lebih 5 jam. Semua rencana yang dapat dilaksanakan yaitu Manajemen volume cairan ,pertahankan catatan intake dan output yang adekuat,monitor status dehidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat,TTV), monitor masukan makanan dan cairan, kolaborasi pemberian cairan,monitor status nutrisi,dorong keluarga untuk membantu pasien makan. Dalam hal ini terdapat factor pendukung yaitu pasien dapat mengatasi kekurangan cairan dengan minum air dan dipasang infus.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b /d Mual dan muntah diakibatkan gangguan peristaltic usus

Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan dari diagnose Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh semua tindakan dapat dilaksanakan sesuai rencana yaitu selama 3 hari lebih 5 jam. Semua rencana yang dapat dilaksanakan yaitu manajemen

ketidak seimbangan nutrisi pertahankan catatan intake dan output yang adekuat, monitor status dehidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, TTV, monitor masukan makanan dan cairan, monitor status nutrisi, dorong keluarga untuk membantu pasien makan, . Dalam hal ini terdapat factor pendukung yaitu klien sudah tidak muntah dan mau makan.

3. Gangguan integritas kulit b/d Iritasi bagian perineal, seringnya defekasi

Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan dari diagnose gangguan integritas kulit semua tindakan dapat dilaksanakan sesuai rencana yaitu selama 3 hari lebih 5 jam. Semua rencana yang dapat dilaksanakan yaitu Berikan pakaian yang tidak ketat, Letakkan bantalan busa *polyurethane* dengancara yang tepat, Monitor mobilitas dan aktivitas pasien, Gunakan alat pengkajian risiko yang ada untuk memonitor factor risiko pasien (misalya, *skalabraden*), Dalam hal ini terdapat factor pendukung yaitu kemerahan pada kulit klien menghilang karena diare klien berkurang

4.5 Evaluasi

Berdasarkan pada pelaksanaan yang telah dilakukan, dari 3 diagnosa, didapatkan evaluasi hasil yaitu 3 diagnosa yang tercapai

a. Diagnosa keperawatan yang tercapai terdapat 3 yaitu :

1. Defisit Volume Cairan b/d Kehilangan cairan disebabkan diare

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam sesuai pada perencanaan yaitu pada saat dilakuan evaluasi hasil tujuan tercapai yaitu Devisit volume cairan ,Mempertahankan urine output sesuai dengan usia,BB,TTV dalam batas normal,tidak ada tanda-tanda dehidrasi. Dengan kriteria hasil pada Tn.A telah tercapai sesuai indicator. Tujuan tercapai dengan ditandai TTV dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, klien dibolehkan pulang.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b /d Mual dan muntah diakibatkan gangguan peristaltic usus

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam sesuai pada perencanaan yaitu pada saat dilakuan evaluasi hasil tujuan tercapai yaitu ketidakseimbangan nutrisi, Asupan gizi baik, Asupan makanan baik, Asupan cairan bai, Energy baik, berat badan/tinggi badan normal. Dengan kriteria hasil pada Tn.A telah tercapai sesuai indicator. Tujuan tercapai dengan ditandai pasien sudah mau makan dan tidak ada mual, muntah. Keadaannya baik, klien dibolehkan pulang.

3. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d suplai darah dan O₂ ke otak menurun

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam sesuai pada perencanaan yaitu pada saat dilakukan evaluasi hasil tujuan tercapai yaitu gangguan integritas kulit, Suhu kulit normal, Perfusi jaringan baik, Pertumbuhan rambut pada kulit baik, Integritas kulit baik. dengan kriteria hasil pada Tn.A tercapai sesuai indikator. Tujuan tercapai dengan ditandai bokong pasien tidak lecet lagi, turgor kulit baik, klien dibolehkan pulang

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn.A dengan Gastroenteritis di Rawat Inap Puskesmas Kambang dari tanggal 03 Juli 2018 sampai dengan 07 Juli 2018, penulis mendapatkan pengalaman yang nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gastroenteritis, yang dimulai dari pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian keperawatan.

a. Hasil pengkajian yang dilakukan

Pengkajian pada Tn.A dengan Gastroenteritis difokuskan pada pemeriksaan abdomen, dan memantau intake dan output pasien, serta mencegah terjadinya kekurangan cairan dan nutrisi pada pasien. Pada Tn.A ditemukan klien mengatakan diare + 5x dari tadi pagi, sakit perut, muntah +3x, nafsu makan berkurang, mukosa bibir kering, turgor kulit jelek. serta pada daerah perinealklien ditemukan lecet

b. Hasil Diagnosa yang Ditemukan

Tahap penegakan diagnosa keperawatan dapat penulis simpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang ada dalam teori tidak semuanya muncul didalam kasus Tn.A hal ini sangat tergantung pada kondisi pasien, penyebab

kejadian, tanda dan gejala yang muncul, serta support sistem yang berpengaruh pada pasien. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien ada 3 sesuai dengan pasien, 3 diagnosis sesuai teori yaitu deficit volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh dan gangguan integritas kulit

c. Intervensi

Perencanaan ditetapkan dengan merumuskan subjek, predikat, kriteria adalah SMART (*specific, measurable, achievable, realistic dan time limited*). Perencanaan untuk setiap diagnosa serta disesuaikan dengan kebutuhan pasien, kondisi pasien, menyesuaikan dengan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit. Perencanaan sesuai teori.

d. Implementasi yang dilakukan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dengan beberapa modifikasi sesuai dengan kondisi pasien dan kondisi di rumah klien. Di samping itu penulis juga melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain yakni dokter, ahli gizi, dan keluarga dalam melaksanakan implementasinya. Implementasi dilakukan seharusnya 3 x 24 jam tetapi dilakukan 3 hari lebih 5 jam.

e. Evaluasi

Evaluasi hasil yang waktunya disesuaikan dengan perencanaan tujuan. Diagnosa keperawatan yang tercapai tujuannya yaitu Defisit Volume Cairan

berhubungan dengan Kehilangan cairan disebabkan diare, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Mual dan muntah diakibatkan gangguan peristaltic usus, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Iritasi bagian perineal,seringnya defekasi

Pendokumentasian yang dilakukan selama 1 hari lebih 5 jam, dengan menggunakan SOAP (subyektif, obyektif, analisa, dan perencanaan) dan evaluasi dilakukan setiap berkunjung. Pendokumentasian yang dilakukan belum optimal dan masih bersifat rutinitas saja. Berdasarkan uraian diatas dapat diidentifikasi faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan Gastroenteritis pada Tn.A di Puskesmas Kambang adalah adanya kerjasama yang baik antara keluarga pasien, pasien, dan team kesehatan , dan tersedianya sarana prasarana yang memadai. Faktor penghambatnya adalah terbatasnya kemampuan dan keterampilan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini. Serta literatur yang kurang sehingga penulis mengalami kesulitan dalam melihat teori.

5.2 Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan Gastroenteritis pada Tn.A di di Rawat Inap Puskesmas Kambang ada beberapa saran yang dapat penulis sampaikan, yaitu:

a. Profesi keperawatan

Meningkatkan profesionalitas dalam bekerja, dan memperbaharui pengetahuan tentang Stroke Non Hemoragik agar tindakan yang dilakukan tidak hanya rutinitas.

b. Institusi pendidikan Stikes Perintis Padang

1. Dosen Prodi keperawatan

Institusi pendidikan sebagai penyelenggara pendidikan, hendaknya menambah literatur tentang Stroke Non Hemoragik seperti buku Ilmu Penyakit Syaraf (pengarang Mutaqqin), yang ada di perpustakaan, dengan literatur yang masih tergolong terbitan baru, sehingga peserta didik tidak kesulitan saat mencari literatur.

2. Mahasiswa keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa keperawatan yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi terkini.

c. Institusi Puskesmas Kambang

Meningkatkan standar prosedur operasional dalam pemberian pelayanan terhadap pasien dengan Stroke Non Hemoragik. Meningkatkan pengetahuan perawatan yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi terkini. Mempertahankan kerja sama yang baik antara perawat dan pasien,

agar dapat segera diketahui kebutuhan pasien baik kebutuhan fisik dan maupun kebutuhan psikis.

DAFTAR PUSTAKA

- Artiani, Ria. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Jakarta, EGC.
- Hidayat A. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Buku Saku Untuk Brunner dan Sudarth*. Jakarta: EGC)
- Hidayat, A.A.A. 2007. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika Harsono. 2008. *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Jogjakarta : Gadjah Mada University Press.
- Mutaqqin A. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam, 2006, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Jakarta : Salemba Medika
- Nur Kholis Fahmi.2016.*Asuhan Keperawatan Dengan Diare Pada ANA di Ruang Flamboyan RSI Pekajangan Kabupaten Pekalongan*. Stikes Muhammadiyah Pekajangan.Pekalongan Tahun 2016
- Potter & Perry. 2006. *Fundamental Keperawatan :Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4 vol 1*. Jakarta: EGC)
- Rasyid. 2007. *Buku ajar Untuk Mahasiswa Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta :ECG Yayasan Stroke Indonesia. *Stroke Non Hemoragik*. Jakarta. 2011.
- Rini Nur'aeni y.2017. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah ketidakefektifan Ferfusi Jaringan Cerebral di Ruang Kenanga RSUD. Dr. Soedirman Kebumen*.Stikes Gombang
- Satyanegara. 2008. *Ilmu Bedah Saraf Edisi Ketiga*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Siti Nur Hartini.2015.*Asuhan Keperawatan Tn.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Anggrek 2 Irna 1 RSUP.Dr Sardijito Yogyakarta*.Stikes Wirahusada Yogyakarta
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 vol 3*. Jakarta: EGC)
- Syaifuddin. 2006. *Anatomi Fisiologi: Untuk Mahasiswa Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta :EGC. 135
- Tarwoto .2007. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Sagungseto. Jakarta.

World Health Organization, 2012. *WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wise Approach to Stroke Surveillance*. World Health Organization.

Wilkinson. 2012. *Nursing Diagnosis Handbook With NIC Intervention and NOC Outcomes*. Jakarta : EGC.

CURICULUM VITAE

Data Pribadi

Nama : HASYIM AJIS
Tempat/Tanggal Lahir : Kambang/10 Juni 1968
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Alamat : Koto Baru Kambang Kec.Lengayang,Kab.PESSEL
No Hp : 085376441011

Latar Belakang Pendidikan

Pendidikan SD Impres Pasar Kambang Tahun 1974-1982
Pendidikan SMP Negeri 1 Lengayang Tahun 1982-1985
Pendidikan SPK DEPKES RI Padang Tahun 1985-1988

Skil dan Keterampilan

Mengikuti Pelatihan Petugas Imunisasi Tahun 1992-1993
Mengikuti Diklat jarak jauh Penanganan Penyakit Diare tahun 2004
Mengikuti pelatihan petugas pengelola aksi daerah tahun 2010
Mengikuti Pelatihan BNLS Tahun 2018

Pengalaman Kerja

PNS Puskesmas Koto Baru sejak tahun 1992 sampai sekarang

Sebagai Petugas Imunisasi Puskesmas Koto Baru dari tahun 1994 sampai sekarang

Sebagai petugas pengelola barang di Puskesmas Koto Baru sejak tahun 1994 sampai sekarang

Padang, 8 Agustus 2018

HASYIM AJIS