

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN DIARE
DI RUANG BAITUIZZAH 2 RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

SITI KHAIRUNNISA

NIM. 40902000081

PRODI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN DIARE
DI RUANG BAITUIZZAH 2 RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



NIM. 40902000081

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang diajukan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Semarang, 17 April 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Siti Khairunnisa', is written over a white rectangular box. The signature is stylized and includes a small number '1' at the end.

(Siti Khairunnisa)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN DIARE DI RUANG
BAITUIZZAH 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Siti Khairunnisa


NIM. 40902000081

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 17 April 2023

**UNISSULA
SEMARANG**
Pembimbing


Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN

NIDN. 06-0510-8901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan diharapkan penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula pada hari Rabu, 24 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan tim penguji.

Semarang, 24 Mei 2023

Tim Penguji,

Penguji I,

Ns. Suvanto, M.Kep, Sp. Kep.MB
NIDN. 06-2006-8504



Penguji II,

Ns. Indah Sri Wahyuningsih., M.Kep
NIDN. 06-1509-8802



Penguji III,

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal., MAN
NIDN. 06-0510-8901



UNISSULA
SEMARANG

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



wan Ardian, SKM., M. Kep
NIDN. 0622087403

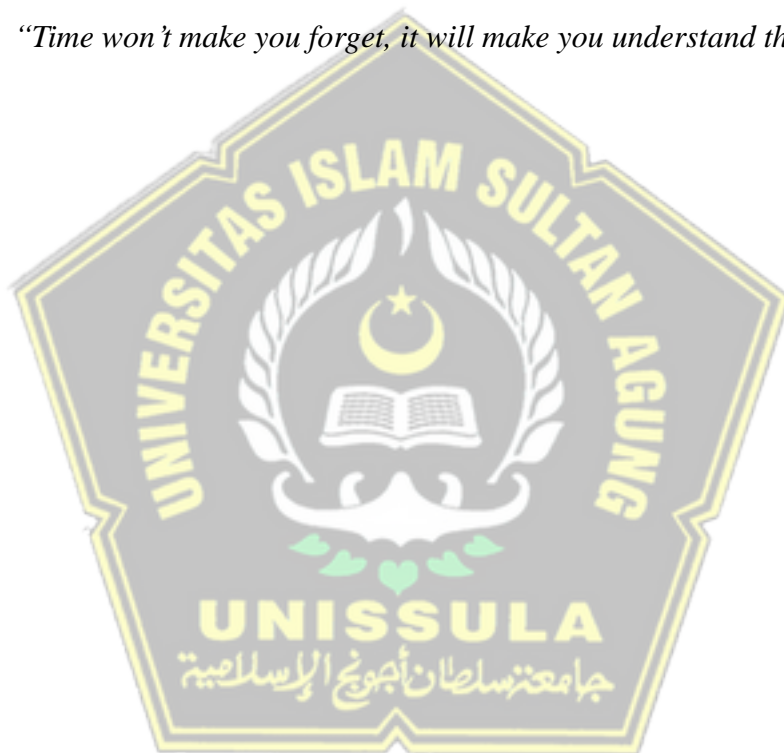
HALAMAN MOTTO

”Jika orang lain bisa, maka aku harus lebih bisa”

“Tidak ada kesuksesan tanpa kerja keras. Tidak ada keberhasilan tanpa kebersamaan. Tidak ada kemudahan tanpa doa”

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”

“Time won't make you forget, it will make you understand things”



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillah rabbil' alamin, segala puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, yang telah memberikan rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Diare Di Ruang Baituizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan jenjang Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini saya mendapatkan banyak dorongan serta bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan saya mengucapkan terimakasih kepada pihak yang telah mendukung dan membimbing dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, dengan segala kerendahan dan ketulusan hati saya ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum, Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian SKM., M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep Selaku Kaprodi DIII Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Bapak Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S.Kep., MAN Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB dan Ibu Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep Selaku Penguji I dan Penguji II Karya Tulis Ilmiah.

7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang khususnya bapak dan ibu CI yang selalu membimbing saya dalam pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah.
8. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu pengetahuan dengan sabar dan tulus selama program studi.
9. Kepada keluarga, terutama abah, mama, adek, julak yaitu bapak H. Muhammad Ansyari, Ibu Hj. Noorhayati, Adek Muhammad Rizky Al-Mubarak, dan Julak Hj. Ateriyani yang telah mensupport, mendoakan, memberikan kasih sayang, memberi saran dan membiayai pendidikan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dan program studi DIII ini.
10. Untuk sahabatku Marisa, Alifia, Masitah, Ira, Rahma, Muna, Azmi, Rena yang telah menghibur, mendoakan, menyemangati, memberikan saran dan mensupport saya yang jauh dari orang tua.
11. Teman-teman satu bimbingan, Septi Ayu Wahdani dan Rhiska Alfina yang telah memberikan semangat, mensupport, berjuang bersama mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini, selalu ingat teman ketika bimbingan, tidak pernah meninggalkan temannya ketika bimbingan.
12. Teman-teman seperjuangan seluruh prodi DIII Keperawatan Angkatan 2020 yang telah berjuang sampai saat ini.
13. Muhamad Tulus dengan karya dan alunan musiknya yang selalu menemani, menambah moodboster, dan menambah semangat penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah.
14. *Last but not least, I wanna thank me for believing in me, I wanna thank me for doing all this hard work, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank me for never quitting, I wanna thank me for just being me at all times.*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN MOTTO	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
1. Institusi Pendidikan.....	4
2. Lahan Praktik	4
3. Masyarakat	4
4. Penulis	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Patofisiologi.....	7
4. Manifestasi klinis	8
5. Pemeriksaan diagnostik.....	9
6. Komplikasi	10
7. Penatalaksanaan medis	10
B. Konsep Dasar Keperawatan	11

1. Pengkajian keperawatan	11
2. Diagnosis Keperawatan	13
3. Fokus Intervensi	14
C. Pathways	28
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	29
A. Pengkajian Keperawatan	29
B. Analisa Data	36
C. Diagnosa Keperawatan	37
D. Intervensi Keperawatan	38
E. Implementasi Keperawatan	39
F. Evaluasi Keperawatan	44
BAB IV PEMBAHASAN	47
A. Pengkajian Keperawatan	47
B. Diagnosis Keperawatan	49
1. Diagnosis yang ditemukan	49
2. Diagnosis lain yang berpotensi muncul	51
C. Intervensi Keperawatan	52
D. Implementasi Keperawatan	54
E. Evaluasi Keperawatan	56
BAB V PENUTUP	57
A. Kesimpulan	57
B. Saran	58
1. Institusi Pendidikan	58
2. Profesi Keperawatan	59
3. Lahan Praktik	59
4. Masyarakat	59
DAFTAR PUSTAKA	60

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Diare masih menjadi salah satu kasus terbesar yang terjadi pada kesehatan masyarakat di Indonesia yang disebabkan tingginya morbiditas dan mortalitasnya (Setiyono, 2019). Tinggi nya kasus kematian pertahun yang disebabkan oleh diare menjadikan kasus diare sebagai penyakit endemis dan juga merupakan penyakit yang berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB) di negara berkembang terkhusus Indonesia (Kemenkes RI, 2022).

Angka kasus diare ditemukan semakin meningkat pada setiap tahunnya. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) mengatakan pada tahun 2018, prevelensi diare berdasarkan kelompok usia dewasa sebesar 8%, sedangkan pada tahun 2019 menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2019, prevelensi diare berdasarkan kelompok usia dewasa sebesar 61,7%. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2021 Provinsi Jawa Tengah menempati urutan ke-13 jumlah terbanyak penderita diare. Menurut Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2021, sebanyak 279.484 kasus yang dilaporkan memiliki riwayat penyakit diare pada kelompok usia dewasa. Berdasarkan hasil dari Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dari beberapa kabupaten atau kota di Jawa Tengah tahun 2021, kabupaten atau kota yang menduduki tingkat tertinggi kasus diare yaitu pada Kota Surakarta dengan persentase 55,4%. Kabupaten atau kota yang menduduki tingkat terendah kasus diare yaitu pada Kabupaten Brebes dengan persentase 4.2%. (Dinkes, 2021). Menurut Profil Kesehatan Kota Semarang pada tahun 2021, jumlah penderita diare pada kelompok usia dewasa dilaporkan sebanyak 26.168 kasus (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2021).

Secara umum diare disebabkan oleh masuknya mikroorganisme ke saluran cerna dan berkembang biak karena berhasil melewati asam lambung. Setelah itu mikroorganisme berkembang menjadi racun kemudian menyebabkan mukosa usus terstimulus, lalu terjadilah hiperperistaltik yang menyebabkan peningkatan sekresi cairan. Selain itu faktor penyebab diare ada 4 yaitu faktor malabsorpsi. Faktor makanan seperti makanan basi, alergi terhadap makanan dan makanan beracun. Faktor psikis yaitu merasa takut dan cemas. Faktor infeksi yaitu masuknya virus dan bakteri ke dalam tubuh. Ada beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan timbulnya masalah diare yaitu faktor lingkungan, faktor perilaku hidup dan kurangnya pengetahuan masyarakat terhadap diare (Prawati, 2019).

Kasus diare pada Tn.A menjadi salah satu daya tarik saya untuk mengangkat kasus ini. Pada tanggal 27 Februari 2023, saya berkesempatan untuk mengambil sebuah kasus pada Tn. A dengan diagnosa medis diare dengan dehidrasi. Pada saat itu Tn. A mengalami keluhan nyeri pada abdomen yang telah dirasakan sejak 4 hari yang lalu, BAB lebih dari 10 kali dalam 1 hari disertai dengan muntah dengan konsistensi tinja yang cair. Tn. A merasakan nyeri abdomen setelah memakan makanan yang tidak pernah Tn. A makan (keracunan). Saat dibawa ke rumah sakit Tn. A mengatakan nafsu makan menurun dikarenakan Tn. A mengatakan jika makan akan langsung dimuntahkan.

Melihat kasus diare semakin tahun semakin terjadi peningkatan maka peran perawat menjadi sangat dibutuhkan untuk membantu mengatasi dan mengurangi masalah diare khususnya di Indonesia. Secara umum ada 2 peran perawat yang bisa dilakukan untuk mewujudkan hal tersebut, yaitu peran preventif dan peran kuratif. Peran pertama yaitu peran preventif, pencegahan. Hal yang bisa dilakukan oleh perawat adalah memberikan edukasi terhadap masyarakat luas dengan tujuan untuk menambah kesadaran, meningkatkan pengetahuan masyarakat akan

pentingnya menjaga kesehatan dan kebersihan baik untuk dirinya, keluarganya maupun masyarakat sekitar (Rasiman, 2020). Peran kedua peran kuratif yaitu penyembuhan. Hal yang bisa dilakukan oleh perawat yaitu penanganan diare secara benar. Ada beberapa penanganan yang dapat dilakukan yaitu, pemberian oralit, gizi kaya nutrisi, rehidrasi intravena, dan pemberian zinc (Nurmaningsih & Rokhaidah, 2019).

Penulis mengambil topik kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Kasus Diare Di Ruang Baituizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” dalam Karya tulis Ilmiah saya saat ini. Asuhan Keperawatan pada kasus diare ini sangat penting untuk dipaparkan guna dapat menjadi edukasi tentang tindakan pencegahan dan penanganan kasus diare sehingga kasus diare di Indonesia dapat mengalami menurun.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Menganalisis asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Diare di Ruang Baituizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian pada Tn. A dengan kasus Diare.
- b. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pada Tn. A dengan kasus Diare.
- c. Mengidentifikasi intervensi pada Tn. A dengan kasus Diare.
- d. Mengidentifikasi implementasi pada Tn. A dengan kasus Diare.
- e. Mengidentifikasi evaluasi pada Tn. A dengan kasus Diare.

C. Manfaat Penulisan

1. Institusi Pendidikan

Digunakan sebagai bahan pustaka untuk bacaan, pelengkap dan penambahan pengetahuan bagi mahasiswa fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, dalam melakukan asuhan keperawatan dengan kasus Diare.

2. Lahan Praktik

Memberikan bahan masukan dalam meningkatkan asuhan keperawatan dengan kasus Diare. Digunakan sebagai standar operasional prosedur dalam melakukan asuhan keperawatan dengan kasus Diare.

3. Masyarakat

Memberikan edukasi untuk pasien bagaimana cara mencegah dan mengatasi diare agar bermanfaat untuk membantu mengatasi masalah yang timbul akibat penyakit Diare sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan.

4. Penulis

Menambah wawasan dan memperoleh pengetahuan serta mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan kasus Diare dikalangan masyarakat dan di fasilitas kesehatan.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Diare merupakan salah satu penyakit yang sangat berbahaya dan hampir terjadi disemua wilayah geografis diseluruh dunia. Diare sendiri bisa menyerang keseluruhan kelompok usia tanpa batasan baik laki-laki maupun wanita (Saputri & Astuti, 2019).

Diare merupakan buang air besar (BAB) dengan frekuensi lebih dari 3 kali didalam satu hari dan konsistensi tinja lunak cenderung cair. Perbedaan antara diare dengan BAB biasa adalah dengan cara memperhatikan frekuensi defekasi, konsistensi feses, dan jumlah feses. Apabila konsistensi feses tidak lunak atau tidak cair namun frekuensi sering bukan dinamakan diare (Jap & Widodo, 2021).

Diare adalah defekasi dengan tinja lebih banyak daripada biasanya, lebih dari 200 gram atau 200 ml didalam satu hari. Seringkali didapat jika mengalami diare konsistensi tinja berbentuk cair atau setengah padat (Rasiman, 2020).

2. Etiologi

Diare dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti infeksi, selain itu diare juga bisa disebabkan oleh faktor malabsorpsi, faktor makanan dan psikologi. Diare adalah salah satu dari beberapa gejala yang terjadi pada penyakit gastrointestinal atau pada sistem saluran pencernaan.

Faktor-faktor penyebab diare adalah:

a. Faktor infeksi

1) Infeksi enteral

Infeksi enteral adalah infeksi pada saluran pencernaan. Infeksi enteral dibagi menjadi dua, yaitu:

- a) Infeksi bakteri: bakteri yang tumbuh adalah vibrio, e.coli, salmonella, shigella, campylobacter, yersinia, dan aeromonas.
- b) Infeksi virus: virus yang muncul adalah enterovirus (virus ECHO, coxsackie, poliomyelitis) adeno virus, rotavirus, dan astovirus.

2) Infeksi parenteral

Infeksi parenteral adalah infeksi yang terjadi diluar sistem pencernaan, yaitu: otitis media akut (OMA), tonsillitis/tonsilofaringitis, bronkopneumonia, dan ensefalitis.

b. Faktor malabsorpsi

Faktor malabsorpsi terjadi dikarenakan gagalnya beberapa faktor dalam melakukan penyerapan yang menyebabkan tekanan osmotik mengalami peningkatan lalu terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus. Beberapa faktor yang dimaksud adalah lemak, protein dan karbohidrat.

c. Faktor makanan

Faktor makanan disini yang dimaksud adalah makanan beracun, makanan basi, sayuran yang pada waktu dimasak kurang matang, dan alergi pada makanan. Beberapa faktor tersebut masuk ke rongga usus berkembang dan tidak mampu diserap oleh rongga usus dengan baik, terjadilah peristaltik usus lalu terjadi penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang menyebabkan diare.

d. Faktor psikologis

Faktor psikologis yang menyebabkan terjadinya diare adalah merasa takut dan cemas, lalu terjadilah peningkatan peristaltik usus lalu menyebabkan diare (jarang terjadi) (Setiyono, 2019).

3. Patofisiologi

Penyebab awal yang menyebabkan terjadinya diare adalah gangguan osmotik. Gangguan osmotik sendiri disebabkan dari adanya makanan atau zat yang tidak berhasil diserap lalu menyebabkan tekanan osmotik yang terjadi didalam rongga usus mengalami kenaikan sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, lalu jika terjadinya pengisian rongga usus yang berlebihan maka akan menstimulus usus untuk mengeluarkannya sehingga terjadilah diare. Gangguan sekresi yang diakibatkan oleh toksin yang terdapat didinding halus, akhirnya terjadilah peningkatan pada sekresi air dan elektrolit kemudian menjadi diare. Hiperperistaltik adalah salah satu gejala diare yang diakibatkan oleh gangguan motilitas usus, setelah terjadinya hiperperistaltik mengakibatkan kesempatan usus untuk menyerap makanan berkurang sehingga terjadilah diare (Shabella, 2021).

Menurut (Indriyani & Putra, 2020), dilihat dari penyebab diare yaitu:

Faktor infeksi berawal dari masuknya mikroorganisme (kuman) kedalam saluran pencernaan lalu berkembang didalam usus dan terjadilah kerusakan pada sel mukosa usus yang mengakibatkan turunnya daerah permukaan usus, setelah itu terjadi perubahan kapasitas usus menyebabkan gangguan fungsi usus dalam penyerapan cairan dan elektrolit.

Faktor malabsorpsi adalah gagalnya dalam melakukan penyerapan yang menyebabkan tekanan osmotik mengalami peningkatan lalu terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Hal itu menyebabkan terjadinya diare.

Faktor ini berawal dari makanan basi atau beracun yang masuk ke rongga usus, lalu toksin tersebut tidak mampu diserap oleh rongga usus dengan baik, mengakibatkan terjadinya peristaltik usus lalu terjadi penurunan kesempatan untuk menyerap makanan yang menyebabkan terjadinya diare.

Faktor psikologis seperti cemas dan merasa takut juga bisa mempengaruhi peningkatan peristaltik usus lalu dapat mempengaruhi penyerapan makanan yang mengakibatkan diare.

4. Manifestasi klinis

Diare yang disebabkan oleh infeksi mengalami keluhan tenesmus, muntah-muntah, nyeri perut dan demam. Diare yang dibiarkan beberapa waktu tidak ada penanganan yang tepat dari tim medis dapat terjadi kematian dikarenakan kekurangan cairan pada tubuh akibat diare yang terus menerus mengakibatkan syok hipovolemik. Terjadinya kehilangan cairan dapat menyebabkan penurunan berat badan, mata terlihat cekung, lidah kering, turgor kulit menurun, dan haus (Abdillah, 2019)

(Yulianti & Astari, 2020) mengatakan gejala diare ketika tinja cair atau setengah cair dengan frekuensi 4 kali BAB atau lebih dalam satu hari dengan disertai beberapa faktor yaitu :

- a. Badan terasa lesu dan lemah
- b. Tinja bercampur dengan darah dan lendir
- c. Gelisah

- d. Meningkatnya suhu tubuh
- e. Mual dan muntah
- f. Menurunnya nafsu makan
- g. Terdapat lecet pada anus
- h. Turgor kulit menurun
- i. Selaput lendir, mulut dan kulit menjadi kering
- j. Terjadi penurunan berat badan
- k. Mata serta ubun ubun cekung
- l. Dehidrasi terbagi menjadi 3 yaitu: ringan, sedang dan berat. Jika mengalami dehidrasi berat maka akan terjadi berkurangnya volume darah, nadi cepat dan terasa kecil, denyut jantung berdetak cepat, penurunan tekanan darah, penurunan kesadaran lalu terjadilah syok hipovolemik.

5. Pemeriksaan diagnostik

Pada penyakit diare, pemeriksaan diagnostik yang kita dapat lakukan yaitu:

a. Pemeriksaan feses

Pada pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan colok anus, pemeriksaan mikroskopis dan makroskopis, pemeriksaan pH tinja dan kadar gula.

b. Analisis gas darah, jika didapatkan asam basa terjadi indikasi kelainan keseimbangan.

c. Pengukuran kadar ureum dan kreatinin untuk menilai kesehatan pada ginjal.

- d. Menganalisa elektrolit, yaitu fokus pada konsentrasi, Na, Kalsium, dan Fosfor (Muhammad, 2019)

6. Komplikasi

Akibat yang terjadi pada diare utamanya adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak sehingga terjadilah komplikasi-komplikasi yaitu:

- a. Dehidrasi (dehidrasi ringan, sedang dan berat)
- b. Hipoglikemia
- c. Renjatan hipovolemik (jika terjadi renjatan hipovolemik maka mengalami percepatan denyut nadi yaitu lebih dari 120 kali permenit
- d. Intoleransi sekunder
- e. Terjadi percepatan pernafasan
- f. Gagal ginjal akut
- g. Kejang
- h. Malnutrisi energi protein, terjadi ketika muntah dan diare yang berkepanjangan. Diare yang berkepanjangan tanpa penanganan medis yang benar akan mengakibatkan kematian (Muhammad, 2019).

7. Penatalaksanaan medis

Indonesia telah menetapkan prinsip bagaimana penatalaksanaan medis diare yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yaitu Lima Langkah Tuntaskan Diare (Lintas Diare) yaitu dengan rehidrasi menggunakan oralit osmolaritas yang rendah, selama 10 hari berturut turut memberikan zinc, teruskan pemberian makanan dan minuman, antibiotik selektif, edukasi kepada keluarga (Hariani & Ramlah, 2019).

Penatalaksanaan diare pada kelompok usia dewasa yaitu:

- a. Rehidrasi, rehidrasi sangat penting karena pengobatan utama. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan rehidrasi, yaitu:
 - 1) Pertama yang perlu diperhatikan adalah jenis cairan yang akan diberikan, pada pasien yang mengalami diare dapat diberikan oralit, cairan Ringer Laktat (RL), jika RL tidak tersedia bisa kita berikan NaCl isotonik ditambah dengan Na bikarbonat 7,5% sebanyak 50ml.
 - 2) Jumlah cairan yang diberikan, idealnya jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan cairan yang dikeluarkan pasien.
 - 3) Jalan masuk, pada orang dewasa seringkali kita dapat memberikan pemberian cairan melewati oral ataupun i.v.
 - 4) Waktu pemberian cairan, diharapkan rehidrasi terpenuhi lengkap ketika akhir jam ke-3 sesudah awal pemberian cairan.
- b. Terapi simptomatik, pada terapi ini yang bisa kita lakukan yaitu pemberian obat antidiare yang bersifat simptomatik dan diberikan dengan hati-hati harus ada advice dokter penanggung jawab. Ada beberapa golongan obat antidiare yaitu Antimotilitas dan sekresi usus, turunan opiate, difenoksilat, loperamide, kodein HCl.
- c. Terapi definitif, pada terapi ini kita bisa melakukan edukasi. Edukasi adalah salah satu penanganan yang sangat penting dalam penanganan dehidrasi (Ariastuti & Kusmawati, 2020).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Tahapan pertama yang harus kita lakukan dalam proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan. Pada proses pengkajian

keperawatan, perawat harus memperoleh data yang akurat, rinci dan aktual terhadap kondisi pasien saat dikaji. Setelah didapatkan data-data dari pengkajian keperawatan, data-data tersebut akan dipakai untuk menentukan diagnosa dan intervensi. Pengkajian keperawatan adalah hal yang sangat penting kita lakukan guna menentukan tindakan apa saja yang kita lakukan untuk mencegah dan mengobati kondisi pasien (Sinulingga, 2019).

Beberapa hal yang harus dikaji didalam proses pengkajian keperawatan, yaitu:

- a. Identitas pasien
- b. Riwayat keperawatan
 - 1) Awal serangan: pada awalnya gelisah, terjadi peningkatan suhu tubuh, anoreksia kemudian terjadilah diare.
 - 2) Keluhan utama: feses dari lembek menjadi cair, terjadi muntah, apabila muntah terus-menerus akan banyak kehilangan air dan elektrolit yang akan terjadi masalah gejala dehidrasi, penurunan berat badan.
- c. Riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan saat ini.
- d. Riwayat psikososial keluarga
- e. Kebutuhan dasar
 - 1) Pola eliminasi: terjadi perubahan frekuensi BAB yaitu lebih dari 4x dalam sehari, dengan konsistensi feses cair.
 - 2) Pola nutrisi: terjadi mual lalu muntah, anoreksia, terjadilah penurunan berat badan.
 - 3) Pola istirahat dan tidur yang akan terganggu dikarenakan adanya distensi abdomen yang akan menyebabkan rasa tidak nyaman.

- 4) Pola hygiene: bagaimana kebiasaan mandi setiap harinya.
- 5) Aktivitas akan terganggu dikarenakan faktor diare yang menyebabkan kondisi lemah dan terdapat nyeri akibat distensi abdomen.

f. Keadaan umum

Keadaan umum biasanya terlihat lemah, gelisah, composmentis sampai koma, peningkatan suhu tubuh, nadi terasa cepat dan lemah, peningkatan frekuensi pernafasan.

g. Pemeriksaan sistemik

- 1) Inspeksi: biasanya didapatkan hasil mata cekung, ubun-ubun besar atau cekung, selaput lender, kering pada mulut dan bibir, penurunan berat badan, terdapat kemerahan pada sekitar anus.
- 2) Perkusi: biasanya didapatkan adanya distensi abdomen
- 3) Palpasi: biasanya didapatkan turgor kulit yang tidak Kembali dengan cepat.
- 4) Auskultasi: biasanya dihasilkan peningkatan peristaltik usus

h. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan tinja, darah lengkap dan duodenum intubation, yaitu pemeriksaan yang berguna untuk mengetahui penyebab secara kuantitatif dan kualitatif (Mardalena, 2018).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah dasar dari tersusunnya rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan memiliki kedudukan hampir setara dengan diagnosa medis, karena dalam pengumpulan data-data pada saat melakukan pengkajian keperawatan, hal yang perlu diketahui untuk meneggakakn sebuah diagnosa

keperawatan dilihat dari keadaan penyakit yang tercantum dalam diagnosa medis (Novieastari, 2020).

Diagnosis keperawatan berdasarkan (SDKI PPNI, 2017) yang dapat ditegakkan pada pasien diare adalah:

- a. Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal (D.0020)
 - b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
 - c. Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi (d.0021)
 - d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)
 - e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)
 - f. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
 - g. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan (D.0192)
3. Fokus Intervensi

Intervensi keperawatan adalah rancangan tindakan yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang dialami oleh pasien (Baringbing, 2020a).

Intervensi keperawatan berdasarkan (SIKI PPNI, 2017) yang dapat ditegakkan pada pasien diare adalah:

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan pada diare

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Diare b.d iritasi gastrointestinal (D.0020)	<p>Eliminasi pekal (04033)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mencapai kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses 2. Keluhan defekasi lama dan sulit 3. Mengejan saat defekasi 4. Urgency 5. Nyeri abdomen 6. Kram abdomen 7. Kosistensi feses 8. Frekuensi defekasi 9. Peristaltik usus 	<p>Manajemen Diare (I.03101)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Identifikasi gejala invaginasi 4. Monitor warna, volume, frekwensi, dan konsistensi tinja 5. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 6. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 7. Monitor jumlah pengeluaran diare 8. Monitor keamanan penyiapan makanan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral, misalnya larutan gula garam,

			<p>oralit, atau pedialit</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasang jalur kanulasi intravena (infus) 3. Berikan cairan intravena jika perlu 4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 5. Ambil sampel feses untuk kultur jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa 3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat
--	--	--	--

			<p>antimotilitas</p> <p>2. Kolaborasi pemberian obat antispasmodik</p> <p>3. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses seperti atapulgit</p>
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)</p>	<p>Tingkat nyeri (L.07214)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mencapai kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas 2. Keluhan nyeri 3. Meringis 4. Sikap protektif 5. Gelisah 6. Kesulitan tidur 7. Menarik diri 8. Berfokus pada diri sendiri 9. Diaforesis 10. Perasaan depresi (tertekan) 11. Perasaan takut mengalami 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

		cedera berulang 12. Anoreksia 13. Perineum terasa tertekan 14. Uterus terasa membulat 15. Ketegangan otot 16. Pupil dilatasi 17. Muntah 18. Mual 19. Frekuensi nadi 20. Pola napas 21. Tekanan darah 22. Proses berpikir 23. Fokus 24. Fungsi berkemih 25. Perilaku 26. Nafsu makan 27. Pola tidur	8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik: 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi
--	--	--	--

			<p>meredakan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	<p>Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi (D.0021)</p>	<p>Motilitas gastrointestinal (L.03023)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mencapai kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Kram abdomen 3. Mual 4. Muntah 5. Regurgitasi 6. Distensi abdomen 7. Diare 8. Suara peristaltic 	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan

		<p>Pengosongan lambung</p> <p>9. Ratus</p>	<p>laboratorium</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri,
--	--	--	---

			<p>antiemetik), jika perlu</p> <p>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
4	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)</p>	<p>Status cairan (L.03028)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mencapai kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi 2. Turgor kulit 3. Output urine 4. Pengisi vena 5. Ortopnea 6. Dispnea 7. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) 8. Ederna anarsarka 9. Edema perifer 10. Berat badan 11. Distensi vena jugularis 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified

		<p>12. Suara napas tambahan</p> <p>13. Kongesti paru</p> <p>14. Perasaan lemah</p> <p>15. Keluhan haus</p> <p>16. Konsentrasi urine</p> <p>17. Frekuensi nadi</p> <p>18. Tekanan darah</p> <p>19. Tekanan nadi</p> <p>20. Membran mukosa</p> <p>21. Jugular Venous Pressure (JVP)</p> <p>22. Kadar Hb</p> <p>23. Kadar Ht</p> <p>24. Central Venous Pressure</p> <p>25. Refluks hepatojugular</p> <p>26. Berat badan</p> <p>27. Hepatomegali</p> <p>28. Oliguria</p> <p>29. Intake cairan</p> <p>30. Status mental</p> <p>31. Suhu tubuh</p>	<p>Trendelenburg</p> <p>3. Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah
5	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	<p>Status nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mencapai</p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi

	(D.0019)	<p>kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan 2. Kekuatan otot penguyah 3. Kekuatan otot menelan 4. Serum albumin 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat 7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat 8. Pengetahuan tentang asupan nutrisi yang sehat 9. Penyiapan dari penyimpanan makanan yang sehat 10. Penyiapan dari penyimpanan minuman yang sehat 11. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan 12. Perasaan cepat 	<p>makanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian
--	----------	---	---

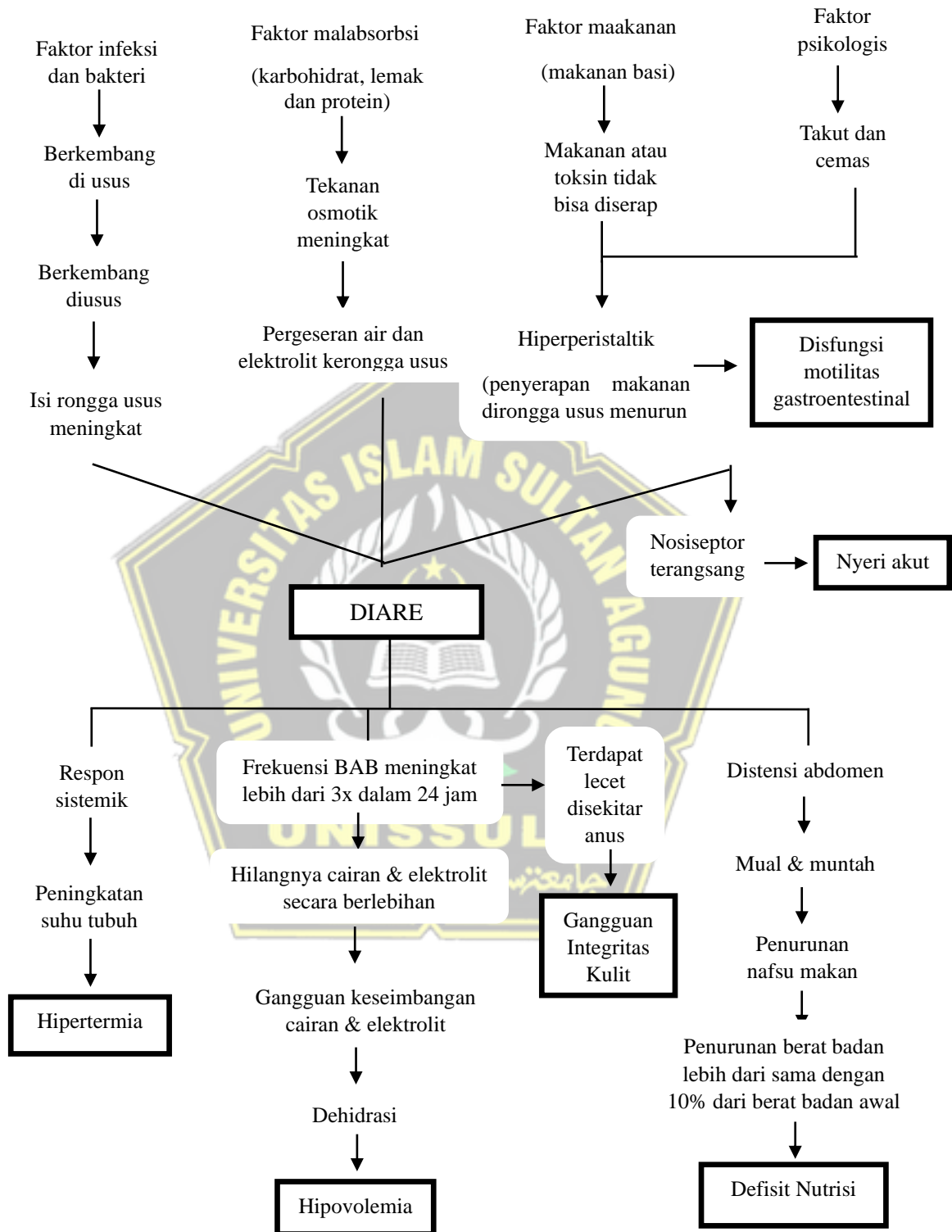
		kenyang 13. Nyeri abdomen 14. Sariawan 15. Rambut rontok 16. Diare 17. Berat badan 18. Indeks masa tubuh (IMT) 19. Frekuensi makan 20. Nafsu makan 21. Bising usus 22. Tebal lipatan kulit trisep 23. Membran mukosa	makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi: 1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
6	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mencapai kriteria hasil: 1. Mengigil 2. Kulit merah 3. Kejang 4. Akrosianosis	Manajemen hipertermia (I.15506) Observasi: 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang

		<p>5. Konsumsi oksigen</p> <p>6. Piloereksi</p> <p>7. Vasokonstriksi perifer</p> <p>8. Kutis memorata</p> <p>9. Pucat</p> <p>10. Takikardi</p> <p>11. Takipnea</p> <p>12. Bradikardi</p> <p>13. Dasar kuku sianolik</p> <p>14. Hipoksia</p> <p>15. Suhu tubuh</p> <p>16. Suhu kulit</p> <p>17. Kadar glukosa darah</p> <p>18. Pengisian kapiler</p> <p>19. Ventilasi</p> <p>20. Tekanan darah</p>	<p>dibutuhkan, jika perlu</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit
--	--	---	--

			intervenasi, jika perlu
7	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan (D.0192)	<p>Integritas kulit (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan mencapai kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Elastisitas 3. Hidrasi 4. Perfusi jaringan 5. Kerusakan jaringan 6. Kerusakan lapisan kulit 7. Nyeri 8. Perdarahan 9. Kemerahan 10. Hematoma 11. Pigmentasi abnormal 12. Jaringan parut 13. Nekrosis 14. Abrasi kornea 15. Suhu kulit 16. Sensasi 17. Tekstur 18. Pertumbuhan rambut 	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

			<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
--	--	--	--

C. Pathways



Gambar 2.1 Pathways

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

Penulis mengelola pasien dewasa dengan kasus diare dengan dehidrasi diruang Baituizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Pengkajian dilakukan pada hari selasa tanggal 28 februari 2023 pukul 09.30 WIB dengan metode wawancara terhadap pasien dan isteri pasien. Melakukan pemeriksaan fisik serta memahami catatan medis pasien dirumah sakit.

Dari pengkajian didapatkan data-data sebagai berikut:

1. Data Umum

a. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. A, lahir di Demak pada tanggal 10 februari 1985, usia 38 tahun 0 bulan 17 hari, jenis kelamin laki-laki, alamat Sriwulan RT 03, RW 01 Sayung Demak, agama islam, pendidikan terakhir SMA sederajat, suku bangsa Jawa Indonesia, pasien bekerja sebagai buruh swasta, masuk rumah sakit pada hari senin 27 februari 2023.

b. Identitas Penanggung Jawab

Penanggung jawab merupakan isteri dari pasien bernama Ny. S. bekerja sebagai ibu rumah tangga, pendidikan terakhir isteri pasien SMA sederajat, agama islam, suku bangsa Jawa Indonesia, alamat Sriwulan RT 03, RW 01 Sayung Demak.

c. Keluhan Utama

Pasien mengatakan diare sejak 2 hari yang lalu.

d. Riwayat Kesehatan Saat ini

Pasien mengatakan diare yang dialami terjadi sejak 2 hari yang lalu yaitu dari tanggal 25 februari 2023. Awal gejala yaitu terasa nyeri di abdomen sejak 1 minggu yang lalu setelah memakan makanan dari luar. Pasien sudah memeriksakan ke klinik terdekat dan diberikan obat, tak kunjung sembuh pasien memeriksakan lagi ke klinik berbeda, tak kunjung sembuh juga lalu pada hari senin 28 februari 2023, dalam sehari Tn. A mengatakan BAB lebih dari 10 kali dalam sehari disertai dengan muntah. Konsistensi feses cair, tidak ada lendir dan warna feses kuning. Ketika dilakukan pemeriksaan fisik abdomen didapatkan hasil inspeksi abdomen simetris, auskultasi dengan bising usus 28x/menit, palpasi terdapat nyeri tekan, perkusi terdengar bunyi timpani. Tn. A BAB di waktu pagi, siang, sore maupun malam dalam rentang waktu kurang dari 5 jam. Pasien mengatakan badan terasa lemas, nafsu makan menurun. Setelah dirawat di rumah sakit selama 4 hari, kondisi Tn. A cukup membaik, nafsu makan meningkat, frekuensi BAB sudah menurun.

e. Riwayat Kesehatan Lalu

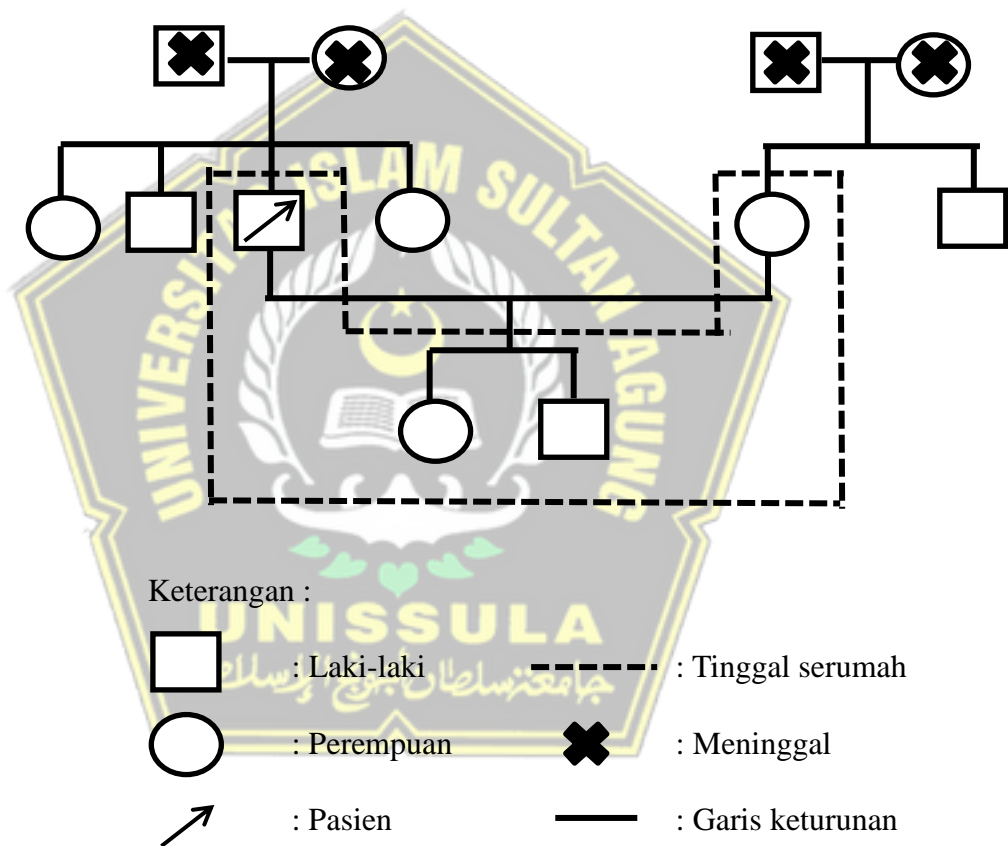
Tn. A mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang serius, hanya pernah demam, pusing, batuk, pilek dan sembuh dalam waktu kurang dari 3 hari setelah dibawa ke klinik terdekat. Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit. Pasien tidak terdapat riwayat alergi makanan dan obat-obatan.

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Tn. A mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang serius, hanya pernah sakit demam, pusing, batuk, pilek dan sembuh dalam waktu kurang dari 3 hari setelah dibawa

kekllinik. Sama halnya seperti keluarga Tn. A, isteri Tn. A yaitu Ny. S, keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang serius, hanya pernah sakit demam, pusing, batuk, pilek dan sembuh dalam waktu kurang dari 3 hari setelah dibawa kekllinik, Ny. S mengatakan saat ini keluarga dirumah tidak ada yang mengalami diare seperti yang dialami suaminya.

2) Genogram 3 generasi:



g. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan rumahnya strategis, bersih, memiliki ventilasi yang cukup untuk keluar masuknya udara, jauh dari gunung dan laut. Sampah rumah tangga selalu dibuang oleh petugas kebersihan.

2. Pola kesehatan Fungsional (Data Fokus)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan jika dirinya sehat dan baik-baik saja. Pasien juga tidak menyadari memakan makanan yang menurut dirinya tidak apa-apa. Setelah merasakan nyeri dibagian abdomen pasien memeriksakan diklinik terdekat dan diberikan obat, tak kunjung sembuh pasien memeriksakan kembali ke klinik terdekat dengan dokter yang berbeda. Pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan dan menjaga asupan makanan. Pasien mengatakan jarang berolahraga.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum sakit pasien mengatakan makan nasi 3x sehari pada pagi, siang dan malam dengan porsi makan 1 piring nasi dan lauk. Pasien mengatakan pola makan dan minum sebelum sakit dan setelah sakit ada perubahan, nafsu makan pasien jadi berkurang. Pasien tidak memiliki riwayat alergi. Pasien juga tidak mengkonsumsi vitamin atau obat nafsu makan. Pasien mengatakan sesudah sakit mengalami mual dan muntah. Pasien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, feses berwarna kuning. Setelah sakit pasien mengatakan BAB lebih dari 5x dalam sehari dengan konsistensi cair disertai muntah. Pasien mengatakan tidak ada kentut selama 1 minggu. Sebelum dan sesudah sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan pada BAK.

d. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan bekerja sebagai butuh swasta pada salah satu pabrik. Pasien mengatakan berangkat pada jam 08.30 WIB dari rumahnya dan istirahat jam 12.00 WIB, setelah itu pulang kerumahnya.

e. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien istirahat dan tidur dari jam 21.00 WIB dan bangun pada jam 07.00 WIB, pasien mengatakan kurang lebih tidur selama 9 jam. Setelah sakit pasien mengatakan istirahat dan tidur pasien mulai terganggu karena sakit yang diderita.

f. Pola kognitif-perseptual sensori

Pasien mengatakan penglihatannya masih normal, tidak menggunakan alat bantu lihat. Pendengaran pasien normal, pasien mampu memahami pesan yang disampaikan perawat dan mampu mengingat pembicaraan. Persepsi nyeri pasien dengan menggunakan pendekatan P,Q,R,S,T

P = Palatif (nyeri pada area seluruh perut)

Q = Kualitas (nyeri terasa seperti diremas-remas)

R = Regio (perut)

S = Skala (4 dengan skala nyeri 1-10)

T =Time (timbul nyeri:sering, tipe nyeri:hilang timbul)

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Pasien mengatakan berharap bisa cepat sembuh dan tidak merasakan nyeri lagi dibagian perut, frekuensi BAB membaik, tidak merasakan mual dan muntah lagi. Pasien mengatakan saat ini

merasa kurang percaya diri setelah dirawat di rumah sakit, namun tetap bersyukur terhadap statusnya sebagai laki-laki. Pasien mempunyai peran sebagai kepala keluarga dan suami dari isterinya.

h. Pola mekanisme coping

Pasien mengatakan jika mengambil keputusan selalu dibantu oleh isterinya. Jika pasien mempunyai masalah, pasien selalu berbicara pada isterinya. Pasien mengatakan jika terjadi musibah pasien menghadapinya dengan sabar dan ikhlas.

i. Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan paham akan fungsi seksual, tidak ada gangguan pada saat berhubungan seksual, pasien tidak menggunakan pengaman saat melakukan hubungan seksual. Pasien memiliki 2 anak yaitu laki-laki dan perempuan.

j. Pola peran berhubungan dengan orang lain

Pasien mampu mengekspresikan wajah dengan jelas saat berbicara, orang yang paling dekat dengan pasien adalah isterinya. Pasien selalu meminta bantuan kepada isterinya jika mempunyai masalah. Pasien mengatakan bahwa hubungannya dengan keluarga, saudara dan tetangganya baik-baik saja.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien beragama islam. Pasien mengatakan selalu beribadah 5 waktu kepada Allah, dan sering mengikuti kajian didekat rumah. Pasien mengatakan yakin bahwa segala sesuatu yang dialaminya sekarang merupakan kehendak Allah sehingga semua masalah yang terjadi akan dipasrahkan kepada Allah disertai doa dan ikhtiar. Pasien percaya akan segera sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasa.

3. Pemeriksaan fisik

Pasien dalam keadaan sadar penuh, penampilan lemah dan lesu, GCS 15 (E:4, M:6, V:5). hasil pemeriksaan tanda vital: TD= 120/70 mmHg, N= 90x/menit, RR= 20x/menit, S= 36,3°C, Spo2= 99%. Bentuk kepala mesocephal, kulit kepala tidak terdapat luka, rambut pasien berwarna hitam, rambut tampak bersih. Tidak ada gangguan penglihatan, mata simetris, pupil mengecil bila terdapat refleksi cahaya, besar pupil kanan dan kiri sama. Hidung bersih, tidak terdapat lesi maupun benjolan, tidak terdapat sekret, tidak terpasang alat bantu nafas. Telinga simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak memakai alat bantu dengar, membran telinga utuh. Mulut tidak mengalami kesulitan dalam berbicara, mukosa bibir kering, tidak ada kesulitan menelan, gusi dan gigi normal, gigi lengkap tidak ada caries dan tidak ada pendarahan, tidak ada peradangan pada rongga mulut, tidak mengalami pembengkakan kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada pembesaran vena jugularis.

Pemeriksaan pada jantung, inspeksi: thorax simetris, tidak terdapat lesi, palpasi: tidak ada edema, ictus cordis teraba, perkusi: terdengar bunyi pekak, auskultasi: suara jantung lup-dup. Paru-paru, inspeksi: pergerakan dada simetris, tidak terdapat lesi, palpasi: tidak ada benjolan, tidak terdapat luka tertutup atau luka terbuka, perkusi: terdengar bunyi sonor, auskultasi: terdengar bunyi vasikuler. Abdomen, inspeksi: dinding abdomen simetris, tidak ada luka, auskultasi: peristaltik usus terdengar 28x/menit, perkusi: terdengar bunyi timpani, palpasi: tidak ada edema, terdapat nyeri tekan.

Pemeriksaan genetalia, pasien mengatakan terdapat lecet pada sekitar anus, pada area genetalia tidak ada gangguan. Pada ekstermitas atas, kuku bersih, terpasang infus pada ekstermitas atas bagian kanan, kulit kering, tidak terdapat lesi, sedangkan ekstermitas bawah

mengatakan mampu menggerakkan semua ekstermitas bawahnya, kulit kering dan tidak terdapat lesi.

4. Data penunjang

a. Hasil pemeriksaan laboratorium klinik

Hasil dari pemeriksaan uji laboratorium klinik pada tanggal 27 februari 2023, pemeriksaan hematology, didapatkan hemoglobin hasil 15.7 dengan nilai rujukan 13.2-17.3 dengan satuan g/dL, hematokrit didapatkan hasil 48.5 dengan nilai rujukan 33.0-45.0 dengan satuan %, leukosit didapatkan hasil 13.19 dengan nilai rujukan 3.80-10.60 dengan satuan ribu/ μ L, trombosit didapatkan hasil 241 dengan nilai rujukan 150-440 ribu/ μ L. pemeriksaan kimia klinik, didapatkan natrium (NA) hasil 143.0 dengan nilai rujukan 135-147 dengan satuan mmol/L, kalium (K) didapatkan hasil 4.20 dengan nilai rujukan 3.5-5.0 dengan satuan mmol/L, klorida (Cl) didapatkan hasil 98.0 dengan nilai rujukan 95-105 dengan satuan mmol/L.

b. Diit yang diperoleh

Pasien mendapatkan diit tim rendah serat

c. Terapi

Pasien mendapatkan terapi infus RL 20 tpm, injeksi intravena yaitu ondansentron 3x1, omeprazole 1x1, ciprofloxasin 2x1, obat oral yaitu new diatabs 4x2, paracetamol 4x1, l.bio 1x1, zinc 2x1, ketoconazole 1x1, sucralfate syirup 3x10ml.

B. Analisa Data

Penulis melakukan analisa data pada selasa, 28 februari 2023 pada pukul 10.00 WIB. Dari hasil analisa data penulis menegakkan diagnosa keperawatan yaitu:

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal. Diagnosa tersebut ditegakkan karena berdasarkan data subjektif pasien mengatakan sudah BAB pada hari ini lebih dari 10x dalam sehari dengan konsistensi feses cair disertai dengan muntah, pasien mengeluh nyeri dibagian perut. Data objektif pasien terlihat lemah dan lesu, selalu memegang perutnya karena kesakitan.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Diagnosa tersebut ditegakkan karena berdasarkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada bagian perut yang dialami sejak 1 minggu yang lalu, mengeluh kesulitan untuk tidur. Data objektif pasien terlihat meringis, dan gelisah. Hasil pengkajian PQRST sebagai berikut: P= Palatif (nyeri pada area seluruh perut), Q= Kualitas (nyeri terasa seperti diremas-remas), R= Regio (perut), S= Skala (4 dengan skala nyeri 1-10), T= Time (timbul nyeri:sering, tipe nyeri:hilang timbul).
3. Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi. Diagnosa tersebut ditegakkan karena berdasarkan data subjektif pasien mengatakan nyeri perut, merasa mual dan selama sakit atau kurang lebih dari 1 minggu yang lalu tidak ada kentut. Data objektif pasien Frekuensi peristaltik usus meningkat yaitu 28x/menit, disertai muntah, distensi abdomen, dan diare.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (D.0020)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
3. Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi (D.0021)

D. Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul pada tanggal 28 februari 2023 tersebut selanjutnya disusun suatu rencana keperawatan sebaai tindakan lanjut masalah keperawatan yang ditegakan pada Tn. A.

Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x7 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: kontrol pengeluaran feses meningkat, nyeri abdomen menurun, konsistensi feses membaik, peristaltik usus membaik.

Intervensi yang pertama yaitu identifikasi masalah diare. intervensi yang kedua yaitu monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja. Intervensi yang ketiga yaitu berikan asupan cairan oral. Intervensi yang keempat yaitu pasang jalur intravena. Intervensi yang kelima yaitu berikan cairan intravena. Intervensi yang keenam yaitu ambil sampel feses untuk kultur. Intervensi yang ketujuh yaitu anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap. Intervensi kedelapan yaitu kolaborasi pemberian obat.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun.

Intervensi yang pertama yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Intervensi yang kedua yaitu identifikasi skala nyeri. Intervensi yang ketiga yaitu identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Intervensi yang keempat yaitu berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Intervensi yang kelima yaitu fasilitasi istirahat dan tidur. Intervensi keenam ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Intervensi ketujuh yaitu kolaborasi pemberian analgetik.

Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x7 jam diharapkan motilitas gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil: nyeri menurun, kram abdomen menurun, mual muntah menurun, suara peristaltik menurun.

Intervensi yang pertama yaitu identifikasi status nutrisi. Intervensi yang kedua yaitu identifikasi alergi dan intoleransi makanan. Intervensi yang ketiga yaitu monitor asupan makanan. Intervensi yang keempat yaitu berikan makanan rendah serat.

E. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 28 februari 2023 pada pukul 12.00 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu mengidentifikasi masalah diare. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan penyebab diare adalah keracunan makanan 1 minggu yang lalu yang pasien makan waktu ada acara diluar. O: pasien terlihat menjelaskan masalah diare yang dialami, lemas, lemah dan memegang perut. Pukul 12.15 WIB Memonitor warna, volume, frekuensi, konsistensi tinja. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan pada hari ini sudah lebih dari 10x BAB disertai muntah, warna tinja kuning, feses encer. O: pasien terlihat menjelaskan keadaannya, lemas, peristaltik usus 28x/menit. Pukul 12.15 WIB Memberikan asupan cairan oral (air minum). Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan tidak bisa minum dengan banyak seperti biasa, dikarenakan kalau ada yang dimakan atau diminum pasti dimuntahkan. O: pasien terlihat lemas, cairan oral yang berupa minuman diminum sedikit. Pukul 12.30 WIB Memasang jalur intravena. Didapatkan respon pasien S: -, O: pasien tampak kooperatif selama pemasangan jalur intravena. Pukul 12.35 WIB Memberikan cairan intravena berupa ondancetron, omeprazole, ciprofloksasin. Didapatkan respon pasien, S: -, O: pasien terlihat kooperatif saat diberikan cairan intravena. Pukul 12.40 WIB Mengambil sampel feses untuk kultur. Didapatkan respon pasien, S: pasien

mengatakan menyetujui akan pengambilan sampel feses. O: pasien terlihat kooperatif dan menyetujui pengambilan sampel. Pukul 12.40 WIB Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan paham akan anjuran perawat. O: pasien terlihat kooperatif saat diberikan anjuran. Pukul 13.30 WIB Berkolaborasi pemberian obat. Didapatkan respon pasien, S: -, O: pasien terlihat kooperatif selama pemberian obat.

Implementasi diagnosa kedua pada pukul 12.00 WIB yaitu, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan nyeri pada perut sudah dari 1 minggu yang lalu, nyeri terasa sering muncul, nyeri seperti teremas-remas, nyeri muncul ketika sebelum dan sesudah BAB, pada hari ini BAB sudah lebih dari 10x disertai muntah. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dikeluhkan. O: pasien terlihat lemas, meringis dan gelisah, P= nyeri pada area seluruh perut, nyeri terasa sebelum dan sesudah BAB, Q= nyeri terasa seperti diremas-remas, R= perut, S= 4 dengan skala nyeri 1-10, T= sering. TD= 120/75 mmHg, N= 100x/menit, RR= 21x/menit, S= 36,5°C, spo2= 99%. Pukul 12.00 WIB Mengidentifikasi skala nyeri. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan nyeri seperti diremas-remas. O: skala nyeri 4 dengan skala nyeri 1-10. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan nyeri akan terasa ketika terlalu banyak bergerak dan nyeri akan terasa ketika hendak BAB dan sesudah BAB. O: pasien terlihat lemas dan selalu memegang perut. Pukul 12.30 WIB Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam). Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan paham dan merasa nyaman akan tindakan yang diberikan. O: pasien terlihat nyaman dan kooperatif ketika diberikan teknik tarik nafas dalam. Memfasilitasi istirahat dan tidur. Didapatkan respon pasien, D: pasien mengatakan susah untuk tidur, sering terbangun karena nyeri yang diderita. O: pasien terlihat gelisah. Pukul 13.45 WIB Berkolaborasi

pemberian analgetik yaitu paracetamol. Didapatkan respon pasien, S: -, O: pasien terlihat kooperatif ketika diberikan analgetik.

Implementasi diagnosa ketiga pada pukul 12.00 WIB yaitu mengidentifikasi status nutrisi. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan lemas, diare dan disertai muntah yang hari ini sudah terjadi lebih dari 10x. O: pasien terlihat lemas, A: antropometri TB: 175cm, BB: 80kg, IMT: 2,61. B: biokimia, hemoglobin: 15,7 hematokrit: 48,5 kadar hematokrit tinggi (normal 33.0-45.0). C: clinical sign, tanda umum: dehidrasi, rambut normal, turgor kulit kembali segera, tidak ada gangguan penglihatan, mulut normal, gigi normal, neuromuscular lemah otot, gangguan pada sistem pencernaan yaitu diare dengan dehidrasi. D: diit, pasien mendapatkan diit tim rendah serat. Pukul 12.00 WIB Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan selama ini tidak memiliki riwayat alergi makanan dan obat-obatan. O: pasien terlihat kooperatif dalam menjelaskan riwayat alergi. Memonitor asupan makanan. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan belum bisa makan dengan porsi yang banyak, karena jika dipaksa makan akan dimuntahkan. O: terlihat makanan yang diberikan oleh ahli gizi dihabiskan oleh pasien 1/3 porsi. Memberikan makanan rendah serat. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan saat ini pasien tidak nafsu makan. O: diit yang diberikan yaitu tim rendah serat.

Pada tanggal 1 maret 2023 pada pukul 14.30 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu, memonitor warna, volume, frekuensi, konsistensi tinja. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan pada hari ini frekuensi BAB membaik dibanding kemarin yaitu 3x pada hari itu, masih disertai muntah ketika BAB, tinja berwarna kuning, dan feses cair. O: pasien terlihat menjelaskan keadaannya, dan masih lemas. Peristaltik usus 23x/menit. Pukul 16.00 WIB memberikan asupan cairan oral (air minum). Didapatkan respon pasien S: pasien mengatakan sudah bisa minum tapi masih belum bisa minum dengan

banyak. O: pasien masih terlihat lemas, cairan oral berupa air minum yang diberikan habis ½ cangkir kecil. Pukul 18.00 WIB Memberikan cairan intravena yaitu, ondancentron, omeprazole, ciprofloxacin. Didapatkan respon pasien, S: -, O; Pasien terlihat kooperatif ketika diberikan cairan intravena.

Implementasi diagnosa kedua pada pukul 15.30 WIB yaitu, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan nyeri pada perut sudah berkurang, nyeri jarang muncul (hilang timbul), nyeri muncul ketika hendak BAB. Pasien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri yang dikeluhkan. O: pasien terlihat lemas, dan masih meringis kesakitan, P= nyeri pada area seluruh perut, sebelum BAB Q= nyeri terasa seperti diremas-remas, R= perut, S= 2 dengan skala nyeri 1-10, T= hilang timbul. TD= 122/67 mmHg, N= 67x/menit, RR= 20x/menit, S= 36,3°C, spo2= 98%. Pukul 16.00 memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi dzikir). Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan lebih nyaman setelah melakukan tehnik tersebut. O: pasien terlihat kooperatif dan rileks ketika dilakukan tehnik terapi dzikir. Pukul 18.00 WIB Berkolaborasi pemberian analgetik yaitu paracetamol. Didapatkan respon pasien, S: -, O: pasien terlihat kooperatif ketika diberikan obat analgetik.

Implementasi diagnosa ketiga pada pukul 14.30 WIB yaitu, memonitor asupan makanan. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan sudah ada nafsu makan, dapat memakan makanan yang diberikan oleh ahli gizi dan sudah mulai minum air. O: pasien terlihat menghabiskan setengah porsi makanan yang diberikan. Pukul 19.00 WIB memberikan makanan rendah serat untuk mencegah konstipasi. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan sudah mulai nafsu makan, menghabiskan makanan ½ porsi makanan yang diberikan. O: diit yang diberikan yaitu tim rendah serat.

Pada tanggal 2 maret 2023 pada pukul 14.30 WIB yaitu hari ketiga, dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu, memonitor warna, volume, frekuensi, konsistensi tinja. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan pada hari ini frekuensi BAB membaik dai pada hari sebelumnya yaitu 1x dan sudah tidak disertai muntah lagi. Tinja berwarna kuning dengan feses yang lembek. O: pasien terlihat menjelaskan keadaannya, pasien terlihat sudah tidak lemas lagi, peristaltik usus 18x/menit. Pukul 16.00 WIB Memberikan cairan intravena yaitu, ondancetron, omeprazole, cifrofloxasin. Didapatkan respon pasien, S: -, O; Pasien terlihat kooperatif ketika diberikan cairan intravena.

Implementasi diagnosa kedua pada pukul 20.00 WIB yaitu, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan nyeri pada perut sudah tidak terasa lagi, BAB lancar pada hari ini 1x dalam 1 hari, nyeri tidak muncul lagi. Pasien mengatakan pola tidur sudah membaik dari hari sebelumnya. O: pasien terlihat menjelaskan keadaannya yang sudah lebih baik dari hari kemarin. Pasien tidak meringis kesakitan lagi. TD= 118/79 mmHg, N= 60x/menit, RR= 20x/menit, S= 36,°C, spo2= 98%. Pukul 16.00 WIB Menganjurkan kepada pasien untuk menerapkan terapi nyeri yang sudah diajarkan ketika nyeri yaitu terapi tarik nafas dalam dan terapi dzikir. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan bersedia untuk menerapkan terapi jika nyeri muncul kembali. O: pasien terlihat kooperatif ketika dianjurkan untuk menerapkan terapi ketika nyeri. Pukul 16.00 WIB Berkolaborasi pemberian analgetik yaitu paracetamol. Didapatkan respon pasien, S: -, O: pasien terlihat kooperatif ketika diberikan obat analgetik.

Implementasi diagnosa ketiga pada pukul 19.30 WIB yaitu, memonitor asupan makanan. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan sudah lahap makan, nafsu makan kembali dan pasien sudah minum air dengan banyak. O: pasien terlihat menghabiskan seluruh makanan dan minuman yang diberikan oleh ahli gizi. Pukul 19.00 WIB.

Memberikan makanan rendah serat untuk mencegah konstipasi. Didapatkan respon pasien, S: pasien mengatakan nafsu makan meningkat. O: diit yang diberikan yaitu tim rendah serat.

F. Evaluasi Keperawatan

Pada tanggal 28 februari 2023 pada pukul 12.30 hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, S: pasien mengatakan penyebab dari diare yang diderita adalah keracunan makanan yang pasien makan waktu ada acara diluar pada 1 minggu yang lalu, pada hari ini pasien BAB lebih dari 10x disertai dengan muntah, feses warna kuning dengan konsistensi encer. O: pasien terlihat lemah dan gelisah, peristaltik usus 28x/menit. A: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. P: lanjutkan intervensi. Diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, S: pasien mengatakan nyeri diperut, nyeri terasa sering muncul, nyeri sudah terasa dari 1 minggu yang lalu. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dikeluhkan O: pasien terlihat selalu memegang perutnya, pasien terlihat lemah, meringis kesakitan dan gelisah. P= nyeri pada area seluruh perut, sebelum dan sesudah BAB Q= nyeri terasa seperti diremas-remas, R= perut, S= 4 dengan skala nyeri 1-10, T= sering. TD= 120/75 mmHg, N= 100x/menit, RR= 21x/menit, S= 36,5°C, spo2= 99%. A: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. P: lanjutkan intervensi. Diagnosa ketiga yaitu disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi, S: pasien mengatakan belum bisa makan dengan porsi yang banyak, pasien mengatakan tidak nafsu makan, ketika makan dan minum pasti mual lalu dimuntahkan. O: pasien terlihat lemas ketika menjelaskan keadaan pasien, makanan yang dihabiskan pasien 1/3 porsi. A: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. P: lanjutkan intervensi.

Pada tanggal 1 maret 2023 pada pukul 20.00 hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, S: pasien mengatakan frekuensi BAB membaik dari hari

sebelumnya yaitu 3x didalam sehari masih disertai dengan muntah ketika BAB, fases berwarna kuning dengan konsistensi tinja masih cair. O: pasien terlihat masih lemas tetapi sudah tidak gelisah lagi. Peristaltik usus 23x/menit. A: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai. P: lanjutkan intervensi. Diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, S: pasien mengatakan nyeri diperut sudah mulai berkurang, nyeri sudah jarang muncul (hilang timbul), nyeri muncul ketika hendak BAB. Pasien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri yang dikeluhkan O: pasien sudah tidak gelisah tetapi masih terlihat lemas dan masih meringis. P= nyeri pada area seluruh perut, sebelum BAB Q= nyeri terasa seperti diremas-remas, R= perut, S= 2 dengan skala nyeri 1-10, T= hilang timbul. TD= 122/67 mmHg, N= 67x/menit, RR= 20x/menit, S= 36,3°C, spo2= 98%. A: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai. P: lanjutkan intervensi. Diagnosa ketiga yaitu disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi, S: pasien mengatakan sudah ada nafsu makan walau makan masih sedikit, sudah mulai minum air dengan banyak. O: pasien terlihat telah menghabiskan setengah makanan yang diberikan oleh ahli gizi. A: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai. P: lanjutkan intervensi.

Pada tanggal 2 maret 2023 pada pukul 18.00 hasil evaluasi pada diagnosa pertama yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, S: pasien mengatakan pada hari ini frekuensi BAB membaik dari hari sebelumnya yaitu 1x dalam sehari tidak disertai muntah lagi, tinja berwarna kuning dengan konsistensi tinja yang lembek. O: pasien terlihat menjelaskan keadaannya yang sudah cukup membaik, peristaltik usus membaik yaitu 18x/menit, nyeri abdomen sudah tidak terasa. A: tujuan tercapai masalah teratasi. P: hentikan intervensi. Diagnosa kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, S: pasien mengatakan nyeri pada perut sudah tidak terasa lagi, nyeri tidak muncul lagi. Istirahat dan tidur pasien tidak terganggu lagi dikarekan nyeri sudah tidak terasa lagi. TD= 118/79 mmHg, N=

60x/menit, RR= 20x/menit, S= 36,°C, spo2= 98%. A: pasien terlihat menjelaskan keadaannya yang sudah sehat tidak nyeri lagi, pasien terlihat tidak meringis lagi. A: tujuan tercapai masalah teratasi. P: hentikan intervensi. Diagnosa ketiga yaitu disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi, S: pasien mengatakan sudah lahap makan, nafsu makan kembali dan sudah minum air putih dengan banyak. O: pasien terlihat menghabiskan seluruh makanan dan minuman yang disajikan, peristaltik usus pasien membaik yaitu 18x/menit, pasien sudah tidak merasakan nyeri perut, sudah tidak merasakan mual dan muntah. A: tujuan tercapai masalah teratasi. P: hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV ini penulis akan membahas hasil dari analisis asuhan keperawatan pada Tn. A dengan kasus diare di ruang Baituizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang selama 3 hari mulai tanggal 28 februari 2023 sampai tanggal 2 maret 2023. Pada bab ini penulis membahas lebih detail terhadap kekurangan dan hambatan yang dilakukan penulis selama memberikan asuhan keperawatan dengan tujuan sebagai evaluasi. Tahapan yang diberikan penulis dalam menegakan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian keperawatan, menegakan diagnosis keperawatan, penyusunan intervensi keperawatan, tindakan keperawatan atau implementasi keperawatan dan hasil evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah sebuah bentuk dasar dari proses keperawatan. Pengkajian adalah salah satu aspek penting dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan respon pasien dan salah satu proses yang sistematis didalam mengumpulkan suatu data, diambil dari berbagai sumber dengan tujuan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi bagaimana status kesehatan yang dialami pasien (Oliver, 2021).

Penyusunan asuhan keperawatan ini penulis melakukan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik. Didapatkan hasil dari pengkajian pada hari Selasa 28 februari 2023 pada Tn. A dengan kasus diare di ruang baituizzah 2 rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang didapatkan keluhan utama pasien adalah diare yang disertai dengan muntah. Awal gejala pasien adalah mengeluh nyeri pada abdomen, berlangsung selama 1 minggu. Pasien sudah memeriksakan ke klinik terdekat, tak kunjung sembuh pasien memeriksakannya kembali ke klinik terdekat dengan dokter yang berbeda. Pada hari ke 6 pasien mengalami diare lebih dari 10x dalam sehari dengan konsistensi tinja yang cair berwarna kuning. Keadaan sadar penuh, penampilan lemah dan lesu, GCS

15 (E:4, M:6, V:5). hasil pemeriksaan tanda vital: Tekanan darah= 120/70 mmHg, nadi= 90x/menit, RR= 20x/menit, suhu= 36,3°C, Spo2= 99%. Antropometri, Tinggi badan= 175cm, berat badan 80kg, IMT: 2,61. Ketika dilakukan pemeriksaan fisik abdomen didapatkan hasil inspeksi abdomen simetris, auskultasi dengan bising usus 28x/menit, palpasi terdapat nyeri tekan, pengukuran nyeri dilakukan dengan cara metode PQRST didapatkan hasil: P= Palatif (nyeri pada area seluruh perut), Q= Quality (nyeri terasa seperti diremas-remas), R= Regio (perut), S= Skala (4 dengan skala nyeri 1-10), T= Time (timbul nyeri:sering, tipe nyeri:hilang timbul), perkusi terdengar bunyi timpani.

Pada pengkajian ini penulis tidak melakukan perhitungan balance cairan, padahal pada kasus diare pasien mengalami resiko kehilangan cairan. Balance cairan merupakan keseimbangan antara keluar dan masuknya cairan didalam tubuh kita yang memungkinkan fungsi metabolik tubuh bekerja dengan benar (Prabowo et al., 2020). Penulis berasumsi bahwa hipovolemia sebenarnya dapat muncul menjadi masalah keperawatan ketika output cairan pasien lebih besar dari pada intake cairan pasien. Intake cairan bisa didapatkan dengan minum yang tercukupi, cairan infus, kandungan cairan yang terdapat pada makanan, dan lain sebagainya. Output cairan itu dikarenakan beberapa hal yaitu urin dan muntah. Selain intake dan output cairan, terdapat cairan IWL, yaitu keluarnya cairan yang ada didalam tubuh yang tidak disadari dan tidak dilihat secara langsung.

Pada pengkajian ini juga penulis mengungkapkan ada kesalahan pada metode pengukuran nyeri pada bagian P yaitu yang sebenarnya adalah provocative atau penyebab nyeri tersebut, penyebab nyeri pada Tn. A adalah infeksi pada saluran pencernaan. Penulis menuliskan P adalah palatif. (Rusadi et al., 2021) mengatakan penilaian karakteristik nyeri dengan menggunakan metode PQRST yaitu P: provocative yang artinya penyebab dari nyeri tersebut. Q: quality yang artinya sifat nyeri. R: region

yang artinya lokasi dimana nyeri tersebut. S: severity atau skala nyeri. T: time yang artinya waktu nyeri dirasakan.

B. Diagnosis Keperawatan

Tahap kedua pada penyusunan asuhan keperawatan adalah diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan sangat penting untuk perawat dalam menjalankan praktik pada semua lingkup pelayanan kesehatan, dikarenakan diagnosis keperawatan adalah bagian dari penyusunan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan adalah sebuah tolak ukur yang guna sebagai pedoman. Menegakkan diagnosis keperawatan adalah untuk memberikan asuhan keperawatan yang efektif, aman dan etis (Meidianta & Milkhatun, 2020).

1. Diagnosis yang ditemukan

Diagnosis yang muncul berdasarkan pengumpulan data pasien didapatkan 3 diagnosis yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi.

Diagnosis pertama yang ditegakkan oleh penulis adalah diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal. Alasan penulis menegakkan diagnosis tersebut karena pasien mengeluh BAB lebih dari 10x didalam sehari, dengan konsistensi tinja yang cair. Mengeluh nyeri pada bagian abdomen. Peristaltik usus pasien meningkat yaitu 28x/menit.

Diagnosis kedua yang ditegakkan oleh penulis adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Alasan penulis menegakkan diagnosis tersebut karena pasien mengeluh nyeri pada abdomen yang sudah dirasakan kurang lebih 1 minggu. Pasien mengeluh sudah tidur. Pasien tampak meringis kesakitan, dan pasien selalu memegang area nyeri yaitu abdomen.

Diagnosis ketiga yang ditegaskan oleh penulis adalah disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi. Alasan penulis menegaskan diagnosis tersebut karena pasien mengeluh selama kurang lebih 1 minggu tidak ada kentut, mengeluh nyeri pada abdomen, peristaltik usus pasien meningkat yaitu 28x/menit, diare disertai mual dan muntah lebih dari 10x dalam sehari, pasien mengeluh mengalami penurunan nafsu makan.

Setelah penulis memvalidasi dan mengidentifikasi dari hasil pengkajian, didapatkan 3 diagnosis utama yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi. Penulis berasumsi penentuan prioritas masalah keperawatan dari ketiga diagnosis tersebut adalah diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, karena pasien mengeluh sudah lebih dari 10x didalam sehari BAB disertai dengan muntah, konsistensi tinja cair. Peristaltik usus pasien meningkat yaitu 28x/menit.

Diare sering menyerang kesemua kelompok umur, baik balita, anak-anak dan orang tua. Diare yang disertai muntah yang berkelanjutan tidak ditangani dengan cepat akan mengakibatkan dehidrasi (kekurangan cairan). Jika tidak cepat untuk ditangani dengan benar akan menjadi parah yang mengakibatkan kematian. Kematian yang disebabkan oleh penyakit diare ini dikarenakan banyak kehilangan cairan dan nutrisi (Sulastri, 2019).

(Melisa et al., 2023) mengatakan terdapat 2 cara untuk menentukan bagaimana prioritas masalah, yaitu dengan tehnik skoring dan non-skoring. Ada beberapa tahap skoring, menentukan sifat masalah, kemungkinan masalah diubah, potensi masalah dicegah, dan menonjolnya masalah. Penulis menegaskan diagnosis diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal sebagai diagnosis utama. pada kasus ini diagnosis diare berhubungan dengan inflamasi

gastrointestinal mendapat skor tertinggi yaitu 5,66, jadi penulis menegakkan diagnosis diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal sebagai diagnosis utama atau masalah prioritas.

2. Diagnosis lain yang berpotensi muncul

Diagnosis yang berpotensi muncul tetapi belum ditegakkan oleh penulis adalah gangguan integritas kulit. Alasan mengapa penulis menjadikan diagnosis tersebut menjadi diagnosis yang berpotensi muncul karena pasien dengan kasus diare mengalami iritasi atau lecet pada sekitar anus dikarenakan frekuensi BAB yang meningkat.

Pada penyakit diare menimbulkan banyak masalah keperawatan yang salah satunya adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan iritasi karena sering BAB dan feses yang cair. Frekuensi BAB lebih dari 3x dalam satu hari dengan feses yang cair dapat menyebabkan cedera terhadap kulit sekitar anus yang diakibatkan karena seringnya kontak berulang, jika dibiarkan dapat merusak jaringan perianal. Ada beberapa daerah yang rentan terkena iritasi yaitu vulva, anus, skrotum, koksigidium, bokong dan bagian anus atas. Jika terjadi iritasi dibagian jaringan perianal akan mengakibatkan risiko infeksi (Kurniawati & Hasyim, 2021).

Pada kasus Tn.A penulis menemukan diagnosa tambahan yaitu risiko hipovolemia dibuktikan dengan kekurangan cairan aktif dengan kondisi klinis terkait diare. Tn. A mengalami diare yang lebih dari 10x mengakibatkan pasien mengalami risiko kekurangan volume cairan.

Diare dapat menyebabkan seseorang menjadi kekurangan cairan karena cairan yang terus menerus keluar, maka apabila pengeluaran cairan melebihi masuknya cairan maka menyebabkan dehidrasi. Bila dehidrasi tidak cepat ditangani maka faktor risiko terburuk yang terjadi adalah kematian (Fitriani et al., 2021)

C. Intervensi Keperawatan

Setelah selesainya menentukan diagnosis keperawatan, Langkah selanjutnya adalah menentukan intervensi keperawatan yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pada pasien. Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah bagian dari beberapa fase sebagai proses keperawatan untuk pedoman yang terarah melakukan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan dan memenuhi kebutuhan pasien (Baringbing, 2020b).

Intervensi keperawatan pada Tn. A dengan diare pada diagnosis pertama yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal penulis menyusun intervensi yang akan dilakukan selama 3x7 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil kontrol pengeluaran feces meningkat, nyeri abdomen menurun, konsistensi feces membaik, peristaltik usus membaik. Intervensi yang ditetapkan adalah identifikasi masalah diare, monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja, berikan asupan cairan oral, pasang jalur intravena, berikan cairan intravena, ambil sampel feces untuk kultur, anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, kolaborasi pemberian obat. Intervensi utama yang penulis ambil dalam diagnosis ini adalah monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja dan berikan asupan cairan oral.

Alasan penulis menentukan intervensi monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja dan berikan asupan cairan oral sebagai intervensi utama yaitu untuk memantau bagaimana perkembangan BAB pasien apakah tambah parah atau sebaliknya tambah membaik dan juga agar pasien terhindar dari dehidrasi yang berat. Dehidrasi berat dan kehilangan banyak cairan merupakan salah satu penyebab dari kebanyakan orang yang meninggal dikarenakan diare yang mengalami dehidrasi yang berat (Erawati & Wahyuning, 2021).

Intervensi keperawatan pada Tn. A dengan diare pada diagnosis kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis penulis menyusun intervensi yang akan dilakukan selama 3x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan kesulitan tidur menurun. Intervensi yang ditetapkan adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik. Intervensi utama yang penulis ambil dalam diagnosis ini adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Alasan penulis menentukan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri sebagai intervensi utama adalah melihat sesuai kebutuhan pasien. untuk memonitor nyeri pasien apakah ada peningkatan atau sudah merasa nyaman akan nyeri yang diderita. Tehnik yang penulis ajarkan ke pasien adalah tehnik distraksi relaksasi tarik nafas dalam dan terapi dzikir agar pasien bisa mengaplikasikannya secara mandiri sewaktu ketika pasien merasa nyeri dengan tujuan pasien bisa mengontrol nyeri. (Mustofa et al., 2021) mengatakan tehnik pengurangan nyeri ada beberapa macam, dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Tehnik distraksi relaksasi tarik nafas dalam merupakan metode nonfarmakologi untuk menghilangkan nyeri. (Fadli et al., 2019) mengatakan ada beberapa tindakan keperawatan yang dapat kita lakukan untuk mengurangi rasa nyeri yaitu tehnik distraksi, tehnik distraksi ada beberapa macam yaitu distraksi visual, auditori, intelektual dan taktil. Salah satu contoh terapi distraksi auditori adalah dengan terapi dzikir.

Intervensi keperawatan pada Tn. A dengan diare pada diagnosis ketiga yaitu motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi penulis menyusun intervensi yang akan dilakukan selama 3x7 jam diharapkan motilitas gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil nyeri menurun, kram abdomen menurun, mual muntah menurun, suara peristaltik menurun. Intervensi yang ditetapkan adalah identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, monitor asupan makanan, berikan makanan rendah serat untuk mencegah konstipasi. Intervensi utama yang penulis ambil dalam diagnosis ini adalah berikan makanan rendah serat untuk mencegah konstipasi.

Alasan penulis menentukan intervensi berikan makanan rendah serat sebagai intervensi utama adalah melihat keluhan pasien yaitu diare yang lebih dari 10x dalam sehari, jadi penulis memberikan makanan rendah serat karena pasien yang mengalami diare tidak boleh memakan serat yang terlalu banyak. (Wahid, 2022) mengatakan diare bisa disebabkan karena status gizi dan makanan yang banyak mengandung serat. Pengaruh konsumsi tersebut bisa menjadi salah satu faktor penyebab diare disebabkan makanan yang terlalu banyak mengandung serat.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah salah satu dari beberapa tahap pelaksanaan asuhan keperawatan. Dalam implementasi keperawatan terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan untuk mengatur sebuah pelaksanaan sesuai diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya (Beatrik, 2020).

Penulis melakukan implementasi pada diagnosis pertama yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal dibuktikan dengan pasien mengatakan pada hari pengkajian pasien sudah BAB lebih dari 10x disertai dengan muntah, konsistensi tinja cair. Dilakukan implementasi yaitu memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja dan

memberikan asupan cairan oral, agar diare pasien bisa di pantau bagaimana perkembangannya apakah tambah parah atau membaik, dan juga untuk menjaga pasien agar tidak terjadi dehidrasi berat. Komplikasi terakhir dehidrasi berat adalah kematian.

Penulis melakukan implementasi pada diagnosis kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada abdomen, pasien tampak meringis dan pasien selalu memegang perut pasien. Penulis melakukan implementasi yaitu mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu diajarkan teknik tarik nafas dalam dan terapi dzikir agar pasien bisa secara mandiri melakukan teknik tersebut.

Penulis melakukan implementasi diagnosis ketiga yaitu motilitas gastrointestinal berhubungan dengan malnutrisi dibuktikan dengan pasien mengeluh tidak bisa kentut selama kurang lebih 1 minggu, mengeluh nyeri pada area abdomen, peristaltik usus mengalami peningkatan yaitu 28x/menit, penurunan nafsu makan, diare disertai dengan muntah. Dilakukan implementasi yaitu berikan makanan rendah serat dikarenakan penulis ingin memantau apakah serat yang diberikan berlebihan atau tidak, dikarenakan salah satu faktor penyebab diare adalah berlebarnya serat didalam tubuh.

Pada saat dilakukan implementasi hari pertama diagnosis ketiga yaitu monitor asupan makanan pasien menolak atau tidak memakan makanan yang diberikan oleh rumah sakit. Penulis mencoba mengedukasi agar pasien mau makan walau sedikit agar nutrisi pasien tercukupi, pada hari kedua ada perkembangan pasien menghabiskan setengah porsi makanan yang diberikan. Pada hari ketiga, pasien terlihat menghabiskan makanan tersebut, pasien mengatakan nafsu makan pasien meningkat. Dari hari pertama implementasi diagnosis ketiga sampai hari ketiga terlihat perkembangan makan pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari asuhan keperawatan, tahap yang terus menerus dilakukan agar menentukan apakah rencana keperawatan yang di ambil efektif atau tidak, apakah rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana dikarenakan tujuan tercapai masalah teratasi (Tampubolon, 2020)

Evaluasi ditegakkan setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari yaitu dari tanggal 28 februari 2023 sampai 2 maret 2023. Evaluasi diagnosis pertama yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal didapatkan hasil frekuensi Bab pasien membaik dari hari sebelumnya yaitu 1x dalam sehari dan tidak disertai muntah, tinja berwarna kuning dengan konsistensi tinja yang lembek, peristaltik usus pasien membaik yaitu 18x/menit, nyeri abdomen sudah tidak terasa lagi. Didapatkan hasil tujuan tercapai masalah teratasi.

Evaluasi diagnosis kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didapatkan hasil kondisi pasien membaik, nyeri tidak terasa lagi, tidak meringis lagi, istirahat dan tidur pasien sudah Kembali normal. Didapatkan hasil tujuan tercapai masalah teratasi.

Evaluasi diagnosis ketiga yaitu disfungsi motilitas gastrointestinal didapatkan hasil pasien terlihat sudah menghabiskan makanan, nafsu makan pasien kembali pasien juga sudah meminum air putih dengan banyak, peristaltik usus pasien membaik yaitu 18x/menit, nyeri dibagian perut sudah tidak terasa lagi, mual dan muntah tidak dirasakan lagi. Didapatkan hasil tujuan tercapai masalah teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari laporan yang disusun oleh penulis yaitu asuhan keperawatan pada Tn. A dengan kasus diare di ruang.baituizzah 2 rumah sakit islam sultan agung semarang, dikelola selama 3 hari dari tanggal 28 february 2023 sampai 2 maret 2023 terdapat pembahasan kasus meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan terhadap Tn.A dilakukan pada tanggal 28 february 2023 pada pukul 09.30 WIB dari hasil pengkajian didapatkan, pasien mengalami diare disertai muntah lebih dari 10 kali didalam 1 hari, dengan konsistensi feses yang cair, turgor kulit kering, penurunan nafsu makan. Ketika dilakukan pemeriksaan fisik abdomen didapatkan hasil inspeksi abdomen simetris, auskultasi dengan bising usus 28x/menit, palpasi terdapat nyeri tekan, perkusi terdengar bunyi timpani. Pengukuran nyeri dengan menggunakan metode PQRST dengan hasil: P= Provocative (infeksi saluran pencernaan), Q= Qualitay (nyeri terasa seperti diremas-remas), R= Regio (perut), S= Skala (4 dengan skala nyeri 1-10), T= Time (timbul nyeri:sering, tipe nyeri:hilang timbul), perkusi terdengar bunyi timpani.
2. Diagnosis keperawatan yang ditentukan berdasarkan dengan keluhan pasien dan dari hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh penulis, dalam asuhan keperawatan ini didapatkan 3 diagnosis keperawatan yaitu: Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal yang dibuktikan dengan pasien mengeluh lebih dari 10x dalam sehari BAB, dengan konsistensi feses cair. Frekuensi peristaltik meningkat dengan 28x/menit. Pasien mengeluh nyeri pada abdomen. Nyeri akut

berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada abdomen, mengeluh sulit tidur, pasien tampak meringis, mengeluh nafsu makan menurun, tampak selalu memegang area nyeri yaitu abdomen. Disfungsi motilitas gastroentestinal yang dibuktikan dengan pasien mengeluh selama kurang lebih 1 minggu tidak ada kentut, pasien mengeluh nyeri dibagian abdomen, peristaltik usus meningkat yaitu 28x/menit, pasien mengeluh mual dan muntah.

3. Intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan yang disusun oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Fokus intervensi yang penulis berikan yaitu untuk memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi pada Tn. A yang menurun selama mengalami diare.
4. Implementasi keperawatan atau pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari berdasarkan dengan intervensi keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya oleh penulis.
5. Evaluasi keperawatan merupakan sebuah proses untuk mengetahui hasil dari masalah yang pasien alami. Diagnosa keperawaan pertama, kedua dan ketiga dapat teratasi dengan baik.

B. Saran

1. Institusi Pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah yang telah disusun oleh penulis mendapat masukan dan koreksi dari pihak institusi sebagai bahan untuk mengembangkan karya tulis ilmiah kepada penulis-penulis selanjutnya agar menghasilkan karya tulis ilmiah yang lebih baik lagi. Dapat dijadikan referensi oleh pihak institusi dalam memberikan materi mengenai asuhan keperawatan yang terkait dengan kasus diare.

2. Profesi Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah yang telah disusun oleh penulis dapat menjadi referensi dalam memperbaiki kualitas asuhan keperawatan bagi profesi keperawatan terkait untuk memberikan asuhan keperawatan dengan maksimal terhadap pasien khususnya dengan kasus diare.

3. Lahan Praktik

Hasil karya tulis ilmiah yang telah disusun oleh penulis diharapkan dapat menjadi referensi oleh pihak penyedia lahan praktik untuk dapat mengembangkan inovasi dalam memberikan materi mengenai asuhan keperawatan yang terkait dengan pasien khususnya pada kasus diare.

4. Masyarakat

Hasil karya tulis ilmiah yang telah disusun oleh penulis diharapkan dapat dijadikan pembelajaran bagi masyarakat terutama anggota keluarga dalam menangani dan mencegah kasus diare dan mampu lebih efektif mencari informasi dari sumber referensi lain yang akurat agar terciptanya keluarga yang sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, Z. S. (2019). Asuhan Keperawatan Dengan Diare. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 3(1), 115–132.
<https://doi.org/10.36971/keperawatan.v3i1.64>
- Ariastuti, & Kusmawati, D. (2020). Gambaran Pengobatan Diare Akut di Puskesmas Jiwan Madiun. *Jurnal Ilmu Farmasi*, 11(1), 35–42.
- Baringbing, J. O. (2020a). *PENTINGNYA PERENCANAAN KEPERAWATAN (INTERVENSI KEPERAWATAN) DALAM ASUHAN KEPERAWATAN*.
- Baringbing, J. O. (2020b). *Pentingnya Perencanaan Keperawatan Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan*. 1–8.
<http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/hae45>
- Beatrik, Y. (2020). *PELAKSANAAN PERENCANAAN TERSTRUKTUR MELALUI IMPLEMENTASI KEPERAWATAN. Hubungan Berfikir Kritis Dengan Perilaku Caring Dalam Pendidikan Keperawatan Untuk Menjalankan Asuhan Keperawatan*, 1–7.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2021). *Profil kesehatan kota semarang 2021*.
- Dinkes, jawa tengah. (2021). *Jawa Tengah Tahun 2021*.
- Erawati, A. D. R., & Wahyuning, S. (2021). *PENDAMPINGAN PENCEGAHAN DIARE DI SD N I KARANGANYAR KOTA SEMARANG*. 4–5.
- Fadli, F., Resky, R., & Sastria, A. (2019). Pengaruh Terapi Dzikir terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Diare. *Jurnal Kesehatan*, 10(2), 169.
<https://doi.org/10.26630/jk.v10i2.1192>
- Fitriani, N., Darmawan, A., & Puspasari, A. (2021). Analisis Faktor Risiko Terjadinya Diare. *Medical Dedication (Medic) : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat FKIK UNJA*, 4(1), 154–164.
<https://doi.org/10.22437/medicaldedication.v4i1.13472>

- Hariani, H., & Ramlah, R. (2019). Pelaksanaan Program Penanggulangan Diare Di Puskesmas Matakali. *J-KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1), 34. <https://doi.org/10.35329/jkesmas.v5i1.307>
- Indriyani, D. P., & Putra, I. G. N. S. (2020). Penanganan terkini diare pada anak: tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis*, 11(2), 928–932. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i2.848>
- Jap, A. L. S., & Widodo, A. D. (2021). Diare Akut yang Disebabkan oleh Infeksi. *Jurnal Kedokteran Meditek*, 27(3), 282–288. <https://doi.org/10.36452/jkdoktmeditek.v27i3.2068>
- Kemendes RI. (2022). Profil Kesehatan Indonesia 2021. In *Pusdatin.Kemendes.Go.Id.*
- Kurniawati, D., & Hasyim, D. I. (2021). Edukasi Perawatan Perianal Terhadap Risiko Kerusakan Integritas Kulit Pada Diare. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10(1), 64–68. <https://doi.org/10.52657/jik.v10i1.1319>
- Mardalena, I. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan.*
- Meidianta, A. C., & Milkhatun. (2020). Hubungan antara Pelatihan Proses Keperawatan dengan Pengetahuan Perawat tentang Penerapan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia di RSUD Samarinda. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (JPKM) - Aphelion*, 1(2), 647–651. <https://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/view/1020/377>
- Melisa, Kurnain, D. N., Handayanti, L., & Surjadi, T. (2023). *UPAYA PENURUN.* 3(3), 66–89.
- Muhammad. (2019). 45(45), 95-98. In *Asuhan Keperawatan Diare.*
- Mustofa, I. H., Verawati, M., & Sari, R. M. (2021). Studi Komparatif Skala Nyeri Saat Pemasangan Infus Pada Anak Yang Diberikan Teknik Distraksi Audio Visual Menonton Animasi Kartun Dan Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam

- Di Rsi Siti Aisyah Kota Madiun. *Health Sciences Journal*, 5(1), 1.
<https://doi.org/10.24269/hsj.v5i1.664>
- Novieastari, E. (2020). Diagnosa Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7(2), 77–80. <https://doi.org/10.7454/jki.v7i2.137>
- Nurmaningsih, D., & Rokhaidah. (2019). Madu Sebagai Terapi Komplementer untuk Anak dengan Diare Akut. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 3(1), 1–10.
- Oliver, R. (2021). Proses Keperawatan Sebagai Sistem Pengkajian Asuhan Keperawatan. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 2013–2015.
- Prabowo, P. A., Sulistyorini, L., & Juliningrum, P. P. (2020). Gambaran Balance Cairan Pada Anak Diare Setelah Diberikan Pemenuhan Kebutuhan Cairan di Rumah Sakit Kaliwates Jember. *Pustaka Kesehatan*, 8(3), 147.
<https://doi.org/10.19184/pk.v8i3.18945>
- Prawati, D. D. (2019). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diare Di Tambak Sari, Kota Surabaya. *Jurnal PROMKES*, 7(1), 34.
<https://doi.org/10.20473/jpk.v7.i1.2019.34-45>
- Rasiman, N. B. (2020). Upaya Penanggulangan Diare Sebagai Peran Perawat Dalam Mendidik Masyarakat. *Pustaka Katulistiwa*, 1(2), 7–11.
- Rusadi, H. M., Hardin, & Rasyid, D. (2021). Studi Literatur Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri. *Jurnal Lontara Kesehatan*, 2(1), 21–33.
- Saputri, N., & Astuti, Y. P. (2019). Hubungan Faktor Lingkungan Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Puskesmas Bernung. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(1), 101.
<https://doi.org/10.26751/jikk.v10i1.619>
- Setiyono, A. (2019). Faktor Risiko Kejadian Diare Pada Masyarakat. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 15(2), 49–59.

- Shabella, G. (2021). *MANIFESTASI KLINIS DAN PROFIL HEMATOLOGI BALITA DENGAN DIARE AKUT DI RSD IDAMAN BANJARBARU TAHUN 2020-2021*. 22, 509–518.
- Sinulingga, seri bulan. (2019). Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam. *Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan*, 1(1).
- Sulastri, S. (2019). Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Diagnosa Gastroenteritis. *Jurnal Ilmiah Cerebral Medika*, 1(2), 1–6.
- Tampubolon, K. N. (2020). Tahap-Tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan. *Tahap Tahap Proses Keperawatan*, 7–8. <https://osf.io/preprints/5pydt/>
- Wahid, A. R. (2022). *Gambaran Asupan Karbohidrat dan Serat pada penderita diare*.
- Yulianti, R., & Astari, R. (2020). Jurnal Kesehatan Jurnal Kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 8(1), 10–15.

