

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN
GASTROENTRITIS DI RUANG BAITURIJAL
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Indra permana
NIM. 893313980

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 31 Mei 2011



Semarang, 31 Mei 2011

Pembimbing

(Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB)
NIK: 21.099.6002


HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 19 Juli 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

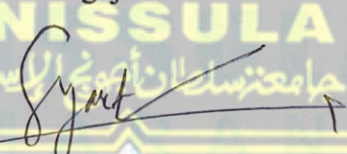
Semarang, 31 Mei 2011

Tim Penguji,

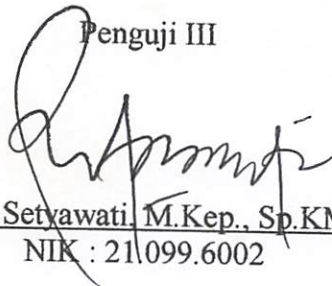
Penguji I


(Muh. Abdurrouf, S.Kep.,Ns)
NIK:21.090.2011

Penguji II


(Ns. Suyanto, S.kep)
NIK :21.090.9018

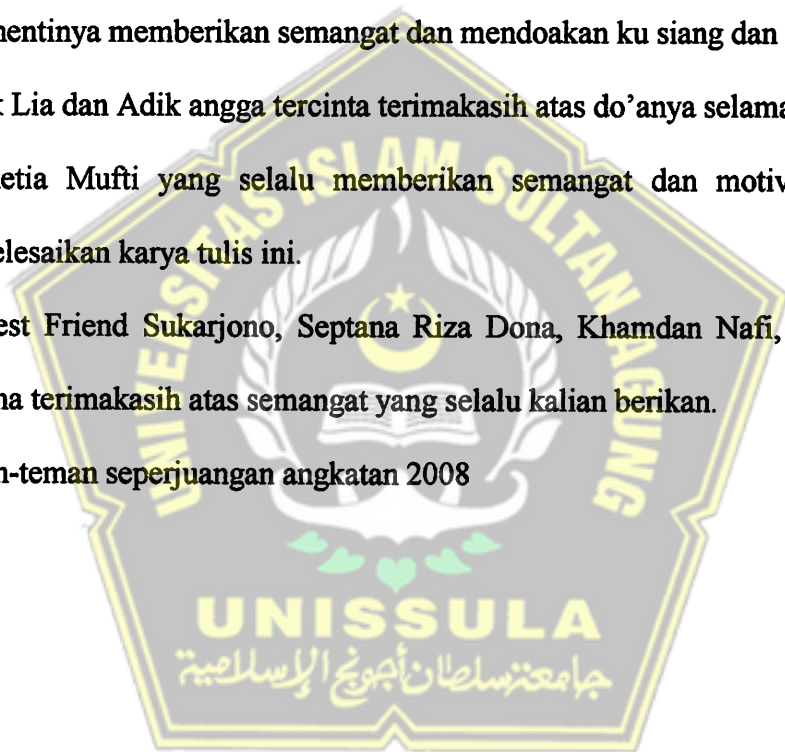
Penguji III


(Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB)
NIK : 21,099.6002

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan kepada :

1. Allah SWT Sumber inspirasi Maha Besar bagi penulis yang selalu memberikan kekuatan bagi penulis dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Kepada kedua orang tuaku (Bapak Tartono dan Ibu Suwarmi tercinta) yang tiada hentinya memberikan semangat dan mendoakan ku siang dan malam.
3. Kakak Lia dan Adik angga tercinta terimakasih atas do'anya selama ini.
4. Iga Retia Mufti yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ini.
5. My best Friend Sukarjono, Septana Riza Dona, Khamdan Nafi, Yudianto, Ulinuha terimakasih atas semangat yang selalu kalian berikan.
6. Teman-teman seperjuangan angkatan 2008



MOTTO

Kita ada karena ada masalah

Kita bisa seperti ini karena ada orang yang selalu memberikan ketulusan

cintanya kepada kita

Jangan pernah melupakan semua yang ada diantara kita

Karena mereka adalah bagian dari kita



KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN GASTROENTRITIS DI RUANG BAITURIJAL RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG”**.

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat teratasi berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.sc., M.Eng. selaku Rektor Unissula yang telah memberikan banyak bantuan dan dukungan kepada semua mahasiswa.
2. Bapak Iwan Ardian, S.KM selaku Dekan FIK Unissula yang telah memberikan banyak kesempatan dan memberi bantuan serta dukungan kepada semua mahasiswa.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, S.KM selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada semua mahasiswa.
4. Direktur RSI sultan agung semarang dan semua jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan studi.
5. Ibu Retno Setyawati, M.kep., Sp.KMB Selaku pembimbing yang telah berkenan dan sabar memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Ayah dan Ibu tercinta yang telah memberikan dukungan moril dan materil, serta segala pengorbanannya yang telah membesarkan dan mendidik penulis menjadi dewasa.
7. Kakak-kakaku tercinta dan adik-adiku tersayang dan keluarga besarku yang lain yang telah memberikan dukungan serta semangat.
8. Teman-temanku seperjuangan yang telah membantu dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Seseorang yang saya sayangi, yang selalu menemani dan memotifasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan semuanya yang telah membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan yang terbaik kepada pihak-pihak yang telah disebutkan di atas.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa datang.

Harapan penulis, semoga laporan semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan para pembaca semua pada umumnya.

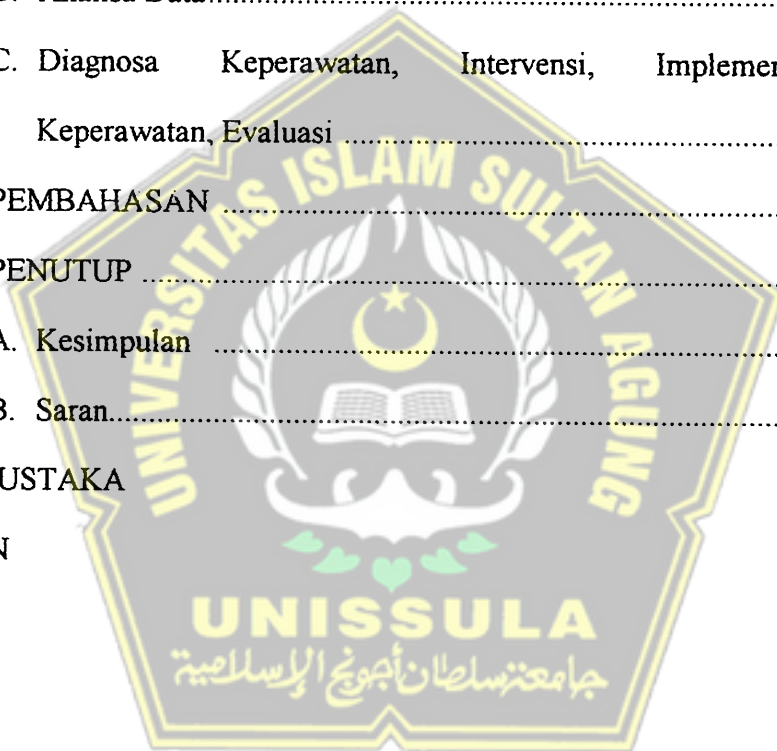
Semarang, Mei 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERSEMBAHAN	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	4
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian	5
2. Etiologi	6
3. Patofisiologi	7
4. Manifestasi Klinis	8
5. Pemeriksaan Diagnostik	8
6. Komplikasi	9
7. Penatalaksanaan	10

B. Konsep Dasar Keperawatan.....	12
1. Pengkajian.....	12
2. Fokus Intervensi.....	13
C. Pathway.....	18
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	19
A. Pengkajian	19
B. Analisa Data.....	25
C. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi Keperawatan, Evaluasi.....	25
BAB IV PEMBAHASAN	28
BAB V PENUTUP	34
A. Kesimpulan	34
B. Saran.....	35
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Gastroenteritis adalah suatu kondisi yang ditandai adanya muntah dan diare yang diakibatkan oleh infeksi, alergi, tidak toleransi terhadap makan atau minum tertentu (Dermawan & Ningsih, 2010).

Berdasarkan data profil kesehatan 2003, jumlah kasus diare di Jawa Tengah tahun 2003 berdasarkan laporan puskesmas sebanyak 420.587 sedangkan kasus diare di rumah sakit sebanyak 7.648 sehingga jumlah keseluruhan penderita yang terdeteksi adalah 428.235 dengan jumlah kematian sebanyak 54 orang (CFR = 0,13 %). Cakupan penemuan diare di Jawa Tengah hanya sebesar 37,11 % dari target cakupan yang harus dicapai yaitu sebanyak 1.154.031 kasus diare. Cakupan penemuan kasus diare yang dilaporkan puskesmas terbanyak terdapat di Kab. Magelang (100,6%) sedangkan terendah di Kab. Karanganyar (1,3 %) (32,5) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2003)

Gastroenteritis merupakan keluhan yang sering ditemukan pada dewasa. Diperkirakan pada orang dewasa setiap tahunnya mengalami gastroenteritis akut sebanyak 99 juta kasus . Di Negara maju diperkirakan 8 juta pasien berobat ke dokter dan lebih dari 250.000 pasien dirawat di rumah sakit setiap tahun (1,5% merupakan pasien dewasa) yang disebabkan oleh diare atau gastroenteritis. dimana pada usia tersebut rentan terhadap dehidrasi

sedang-berat .frekuensi pada negara berkembang termasuk Indonesia lebih banyak 2-3 kali dibandingkan negara maju (Sudoyo, 2010)

Sampai saat ini gastroenteritis masih merupakan masalah di Indonesia. Dari daftar urutan penyebab kunjungan ke puskesmas atau balai pengobatan, hampir selalu termasuk dalam kelompok 3 penyebab utama. Angka kesakitannya adalah sekitar 200-400 kejadian gastroenteritis diantara seribu penduduk setiap tahunnya. Dengan demikian di Indonesia diperkirakan ditemukan penderita gastroenteritis 60 juta kejadian setiap tahunnya, sebagian dari penderita (1-2%) akan jatuh kedalam dehidrasi dan kalau tidak segera ditolong 50-60% diantaranya dapat meninggal (Suraatmaja & Sudaryat, 2005).

Dari pencatatan dan pelaporan yang ada, baru sekitar 1,5-2 juta penderita penyakit gastroenteritis yang berobat rawat jalan ke sarana kesehatan pemerintah. Jumlah ini adalah sekitar 10% dari jumlah penderita yang datang berobat untuk seluruh penyakit, sedangkan jika ditinjau dari hasil survey rumah tangga (LRKN 1972) diantara 8 penyakit utama, ternyata presentase penyakit gastroenteritis yang berobat sangat tinggi, yaitu 72% dibandingkan 56% untuk rata-rata penderita seluruh penyakit yang memperoleh pengobatan (Suraatmaja & Sudaryat, 2005)

Penderita gastroenteritis memerlukan penanganan secara tepat dan optimal untuk meminimalkan komplikasi lanjut yang kemungkinan demam pada penderita. Asuhan keperawatan yang professional merupakan salah satu aspek yang sangat berperan dalam kasus ini. Perawat mempunyai beberapa

peran yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah yang timbul akibat gastroenteritis, Diantaranya yaitu peran sebagai pelaksana dan pendidik. Perawat harus mempunyai kemampuan untuk memberikan edukasi tentang penyakit gastroenteritis dan perawat mampu memberikan pendidikan kesehatan pada penderita gastroenteritis pemenuhan cairan dan memberikan makan. Sebisa mungkin penderita dapat melakukan upaya promotif dan preventif serta meminimalkan resiko komplikasi gastroenteritis.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulisan karya ilmiah ini bertujuan untuk memahami serta memberi gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien gastroenteritis secara komprehensif.

2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan dalam proses pengkajian pada klien dengan gastroenteritis (Tn.S) dan mengidentifikasi, pengumpulan dan pengelompokkan data yang diperoleh
- b. Menjelaskan tentang rumusan diagnosa dan kebutuhan Tn.S dengan gastroenteritis
- c. Menjelaskan rencana tindakan asuhan keperawatan dan implementasi pada Tn.S
- d. Menjelaskan secara spesifik evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn.S

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi

1. Bagi institusi pendidikan
 - a. Dapat dijadikan tolak ukur untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan gastroenteritis .
 - b. Dapat digunakan untuk perbaikan kualitas dalam penyusunan asuhan keperawatan lainnya pada waktu yang akan datang.
2. Bagian institusi pelayanan kesehatan
 - a. Memberi tambahan referensi bagi tenaga medis atau petugas kesehatan untuk memberikan informasi tentang gastroenteritis bila ada yang membutuhkan informasi .
 - b. Memberi masukan kepada tenaga medis atau tenaga kesehatan untuk memperbaiki intervensi bila ada klien dengan gastroenteritis sesuai dengan standar operasional prosedur.
3. Bagi masyarakat
Untuk menambah atau meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam melakukan penatalaksanaan penyakit gastroenteritis.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Penyakit diare sering disebut gastroenteritis yaitu penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (lazimnya lebih dari tiga kali sehari) disertai adanya perubahan bentuk dan konsistensi tinja dari penderita yang bersangkutan (Djoehari, 2003).

Diare adalah infeksi saluran pencernaan disebabkan oleh berbagai enteropatogen, termasuk bakteri dan parasit. Diare juga dapat diakibatkan oleh infeksi, alergi, tidak toleransi terhadap makanan dan minuman tertentu (Dermawan & Ningsih, 2010).

Diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih buang air besar dengan bentuk tinja yang encer atau cair (Suriadi & Yuliani, 2006).

Gastroenteritis adalah suatu kondisi yang ditandai adanya muntah dan diare yang diakibatkan oleh infeksi, alergi, tidak toleransi terhadap makan atau minuman tertentu (Dermawan & Ningsih, 2010).

Gastroenteritis adalah keadaan umum yang merupakan keadaan peradangan dan proses patologis pada saluran gastrointestinal (Hidayat, 2006).

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200gr atau 200ml/jam. Definisi lain memakai kriteria frekuensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali perhari. Buang air besar encer tersebut dapat/ tanpa disertai lendir dan darah (Sudoyo, 2010).

Diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (lebih dari 3 kali perhari) disertai perubahan konsistensi tinja (menjadi cair). dengan atau tanpa darah dan atau lender (Suratmaja & Sudaryat, 2005).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan, Gastroenteritis atau diare adalah buang air besar (defekasi) encer yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya yaitu lebih dari tiga kali perhari dengan atau tanpa darah dan atau lendir dalam tinja yang diakibatkan oleh infeksi, alergi, tidak toleransi terhadap makanan atau minuman tertentu.

2. Etiologi

Pada orang dewasa penyebab infeksi cenderung lebih tinggi dari pada penyebab lain seperti kesalahan makan, interaksi dan malabsorpsi (Djoehari, 2003) :

a. Infeksi

- 1) Bakteri: (Shigella, E-coli, Salmonella, Vibrio, Cholera).
- 2) Virus: (Rotavirus, Adenovirus, Norwalk Virus)

- 3) Parasit: protozoa: Entamoeba histolytica. Giardia lamblia, Balantidium coli.
 - 4) Cacing perut: Ascaris, lumbricoides, trichuris.
 - 5) Fungus : kandida
- b. Intoksikasi makanan: makanan beracun yang mengandung logam berat, makanan mengandung bakteri/toksin: Clostridium perfringens.
 - c. Alergi: susu sapi, makanan tertentu.
 - d. Malabsorpsi: karbohidrat: monosakarida (glukosa, laktosa, galaktosa), disakarida (sakarosa, laktosa), lemak, protein.
 - e. Immunodefisiensi.
 - f. Psikologis: rasa takut dan cemas. (Sudoyo, 2009).

3. Patofisiologi

- a. Meningkatnya molalitas dan cepatnya pengosongan pada intensitas merupakan akibat gangguan dari absorpsi dan ekskresi cairan, elektrolit yang berlebihan.
- b. Cairan, sodium, potasium, dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstra seluler ke dalam tinja, sehingga dapat mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit, dan dapat asidosis metabolik.

Diare yang terjadi merupakan proses dari:

- 1) Trasporaktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit ke dalam usus halus. Sel dalam mukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatkan sekresi cairan dan elektrolit. Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal, perubahan kapasitas intestinal dan terjadi gangguan absorpsi cairan dan elektrolit.

- 2) Peradangan akan menurunkan kemampuan intestinal untuk mengabsorpsi cairan dan elektrolit dan bahan-bahan makanan. Initerjadi pada sindrom malabsorpsi.
- 3) Meningkatnya molalitas intestinal dapat mengakibatkan gangguan absorpsi intestinal.

4. Manifestasi klinik

Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer, disertai lender atau darah, kram abdomen, demam/suhu tubuh biasanya meningkat, mual dan muntah, anorexia/nafsu makan berkurang, lemah, pucat, kehausan, perubahan tanda-tanda vital nadi dan pernafasan cepat, menurun atau tidak ada pengeluaran urin, anus dan daerah sekitarnya lecet karena sering diare terdapat tanda dan gejala dehidrasi: turgor kulit jelas (elastisitas kulit menurun, ubun-ubun dan mata cekung membrane mukosa kering) (Dermawan & Ningsih, 2010).

5. Pemeriksaan Diagnosis

- a. Pemeriksaan darah lengkap (Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, Hitung jumlah leukosit).
- b. Kadar elektrolit serum, ureum dan kreatinin diperiksa untuk memeriksa adanya kekurangan volume cairan dan mineral tubuh.
- c. Pemeriksaan tinja dilakukan untuk melihat adanya leukosit dalam tinja yang menunjukkan adanya infeksi bakteri, adanya telur cacing dan parasit dewasa.
- d. Foto X-ray abdomen. (Sudoyo 2010).

6. Komplikasi

a. Hipernatremia

Sering terjadi pada bayi baru lahir sampai umur 1 tahun (khususnya bayi berumur <6 bulan). Biasanya terjadi pada diare yang disertai muntah dengan intake cairan/makanan kurang, atau cairan yang diminum terlalu banyak Na. pada bayi juga dapat terjadi jika setelah diare sembuh diberi oralit dalam jumlah berlebihan.

Pengobatan dapat diberi oralit, atasi kejang sebaik-baiknya.

b. Hiponatremia

Dapat terjadi pada penderita diare yang minum cairan sedikit/tidak mengandung Na. Penderita gizi buruk mempunyai kecenderungan mengalami hiponatremia.

Pengobatan : beri oralit dalam jumlah yang cukup.

c. Edema/overhidrasi

Terjadi bila penderita mendapat cairan terlalu banyak.

Tanda dan gejala : edema kelopak mata, kejang-kejang jika terjadi edema otak. Edema paru terjadi pada penderita dehidrasi berat yang diberi garam faali.

d. Asidosis metabolic

Ditandai dengan bertambahnya asam atau hilangnya basa cairan ekstraseluler. Pernafasan dalam dan cepat (kuzmaull)

e. Hipokalemia (serum K < 3,0mMol/L)

Jika penggantian serum K selama dehidrasi dehidrasi tidak cukup ditandai dengan kelemahan pada tungkai, ileus, kerusakan ginjal dan

aritmia jantung kekurangan vitamin K dapat diperbaiki dengan pemberian oralit (mengandung 20mMol K/L) dengan meneruskan pemberian makanan yang banyak mengandung K selama dan sesudah diare.

Tanda dan gejala : perut kembung, peristaltic usus berkurang atau tidak ada.

Pengobatan : cairan per oral dihentikan beri cairan parental yang banyak mengandung vitamin K.

f. Gagal ginjal akut (GGA)

Mungkin terjadi pada penderita diare dengan dehidrasi berat dan syok. Didiagnosa sebagai GGA bila pengeluaran urin belum terjadi dalam waktu 12 jam setelah hidrasi cukup (Suraatmaja & Sudaryat, 2005).

7. Penatalaksanaan

- a. Pencegahan : mencuci tangan
- b. Pemberian cairan elektrolit : oral (pedialyte atau oralit) atau terapi parenteral

Dasar pengobatan diare adalah :

1) Pengobatan diuretik

Beri makanan tinggi kalori dan tinggi kalium misalnya:

2) Obat-obatan

- a) Obat anti sekresi : asetosil dosis 25 mg/hari dengan dosis minum 30 mg

b) Klorpromazin dosis 0,5-1 mg/kg BB/hari

Obat spasmolitik dan lain-lain, umumnya obat spasmolitik seperti papaverin ekstrak beladona, opium loperamid tidak digunakan untuk mengatasi diare akut lagi. Obat pengeras tinja seperti yang kaolin, pectin, carcoal, tabonal, tidak ada lagi manfaatnya untuk mengatasi diare sehingga tidak diberikan lagi,

c) Antibiotik, umumnya antibiotik tidak diberikan tidak ada penyebab yang jelas. Bila penyebab kolera, diberikan tetrasiklin 25-50 mg/kg BB/hari .antibiotik juga diberikan bila terdapat penyakit penyerta seperti: OMA, faringitis, bronchitis, atau bronkopneumonia.

3) Pemberian cairan

a) Belum terjadi dehidrasi

Cairan rumah tangga (air teh dan lain-lain) sepuasnya atau dengan perkiraan 10 ml/kg BB tiap kali BAB.

b) Dehidrasi ringan

Beri cairan oralit 30 ml/kg BB dalam tiga jam pertama selanjutnya 10 ml/kg BB atau sepuasnya setiap kali BAB.

c) Dehidrasi sedang

Beri cairan oralit 100 ml/kg BB dalam 3 jam pertama selanjutnya oralit 40 ml/kg BB atau atau sepuasnya setiap kali BAB (Dermawan, 2010).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Aktifitas atau istirahat

Gejala : kelemahan

Tanda : takikardia, takipnea, atau hiperventilasi.

b. Sirkulasi

Gejala : hipotensi, takikardia, disritmia (hipovelimia), warna kulit pucat, slanosir (tergantung pada jumlah kehilangan darah) kelembapan kulit atau membrane mukosa berkeringat (menunjukkan status syok, nyeri akut).

c. Integritas ego

Gejala : faktor stres atau kronis (keuangan, hubungan, kerja) perasaan tak berdaya.

Tanda : ansietas mis: gelisah pucat berkeringat perhatian menyempit, gemetar.

d. Eliminasi

Gejala : perubahan pola defekasi, karakteristik feces

Tanda : nyeri abdomen, distensi, karakteristik feces diare.

e. Makanan atau cairan

Gejala : anoreksia, mual, muntah, nyeri ulu hati, sendawa bau asam, tidak toleransi terhadap makanan, pedas, coklat, penurunan berat badan.

Tanda : muntah, membran mukosa kering, turgor kulit buruk.

f. Neurosensori

Gejala : pusing, sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, disorientasi bingung sampai koma terganggu pada volume sirkulasi atau oksigenasi.

g. Nyeri atau kenyamanan

Gejala : nyeri, perih hebat tiba-tiba dapat disertai perforasi, rasa ketidaknyamanan, nyeri epigastriu.

Tanda : berkeringat, berhati-hati pada area yang sakit, pucat, perhatian menyempit.

h. Keamanan

Gejala : alergi terhadap obat atau sensitive.

Tanda : peningkatan suhu.

2. Fokus intervensi

Fokus intervensi pada penderita gastroenteritis adalah :

- a. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan output berlebihan.

Intervensi :

- 1) Monitor tanda-tanda vital dan kaji tanda dehidrasi

Rasional : perubahan tekanan darah dan nadi dapat digunakan perkiraan dasar kehilangan darah, penurunan volume atau kekurangan lebih 1000 ml.

- 2) Awasi masukan dan pengeluaran cairan.

Rasional : pedoman untuk peningkatan cairan.

- 3) Observasi kulit kering berlebihan dan membran mukosa penurunan turgor kulit.
- 4) Kolaborasi pemberian cairan parental, tranfusi darah sesuai dengan indikataor indikasi dan pemberian obat.

Rasional : peningkatan cairan tergantung pada derajat hipovelemi (Doengoes, 2000).

- b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan obsorbsi nutrisi.

Tujuan : berat badan stabil dan tidak ada malnutrisi.

Intervensi :

- 1) Timbang berat badan setiap hari.

Rasional: memberikan catatan lanjutan penurunan dan atau peningkatan berat badan yang akurat.

- 2) Dorong tirah baring atau membatasi aktivitas selama sakit.
- 3) Berikan makanan porsi kecil tapi sering.
- 4) Kaji makanan kesukaan klien

Rasional : memungkinkan variasi sediaan makanan akan memungkinkan pasien untuk mempunyai pilihan terhadap makan yang dapat dinikmati.

- 5) Kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional : merupakan sumber efektif untuk mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. (Doengoes, 2000)

c. Hipertermi berhubungan dengan kerusakan mukosa usus

Tujuan : mempertahankan suhu badan normal (36-37⁰C)

Intervensi :

1) Monitor tanda-tanda vital terutama suhu.

Rasional : tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien.

2) Berikan kompres air hangat atau dingin.

Rasional : kompres dingin akan menurunkan suhu tubuh.

3) Anjurkan untuk memakai pakaian yang tipis dan tidak memakai selimut.

Rasional : pakai pakian yang tipis untuk membantu pengupuan dalam tubuh.

4) Kolaborasi dengan pemberian anti botik.

Rasional : pemberian cairan sangat penting bagi klien dengan suhu tinggi.

5) Kolaborasi dalam pemberian antipiretik.(Carpenito, 2001)

d. Nyeri akut berhubungan dengan hiperperilstatik usus dan nutrisi kulit dan jaringan.

Tujuan : nyeri klien hilang.

Intervensi :

1) Catat keluhan nyeri, termasuk lamanya intensitas (skala 0-10)

Rasional : dapat membantu mendiagnosa etiologi pendarahan terjadinya komplikasi.

- 2) Kaji ulang faktor yang meningkatkan dan menurunkan nyeri.

Rasional : membantu dalam membuat diagnosa dan kebutuhan terapi.

- 3) Kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Rasional : pil narkotik untuk menghilangkan nyeri akut atau hebat dan menurunkan peristaltic.

- e. Perubahan integritas kulit berhubungan dengan seringnya defekasi dan iritasi pada daerah anus.

Tujuan : penyembuhan kulit tanpa ekskoriasi lebih lanjut dan tidak ada infeksi sekunder.

Intervensi :

- 1) Jaga daerah pantat bersih dan kering
- 2) Mencuci kulit dengan air setelah defekasi
- 3) Berikan asupan yang adekuat untuk mencegah dehidrasi
- 4) Kolaborasi dalam pemberian salep kulit (Carpenito, 2000).

- f. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi, perubahan status kesehatan.

Tujuan : tidak terjadi cemas atau cemas berkurang.

Intervensi :

- 1) Kaji kecemasan klien dan keluarga
- 2) Bina hubungan saling percaya
- 3) Dorong klien dan keluarga untuk menyatakan perasaannya.
- 4) Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman.
- 5) Berikan komunikasi terapeutik.

- g. Kurangnya pengetahuan tentang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit.

Tujuan : klien mengerti akan penyakitnya.

Intervensi :

- 1) Kaji tingkat pengetahuan tentang penyakit yang diderita klien.

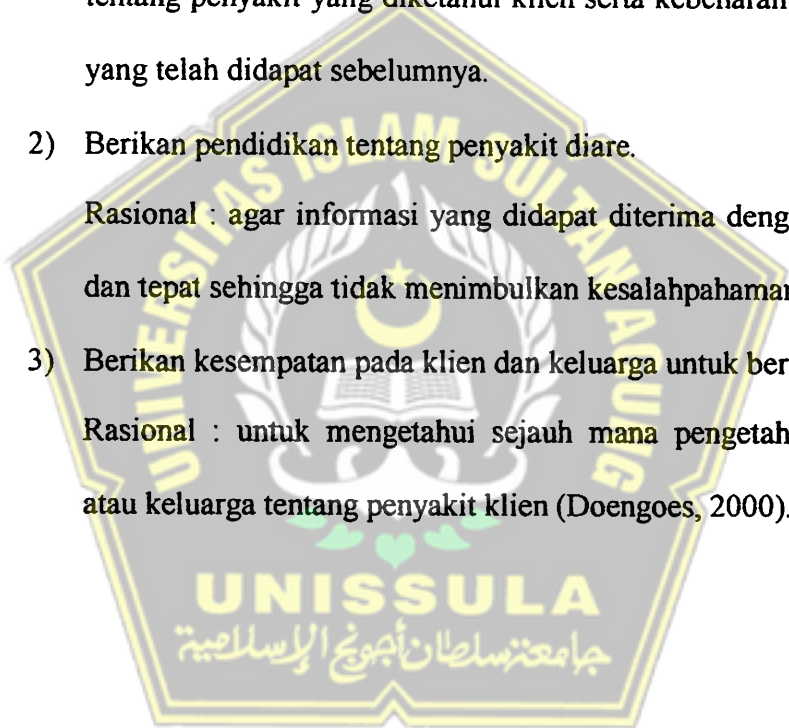
Rasional : untuk member informasi pada klien atau pengetahuan tentang penyakit yang diketahui klien serta kebenaran informasi yang telah didapat sebelumnya.

- 2) Berikan pendidikan tentang penyakit diare.

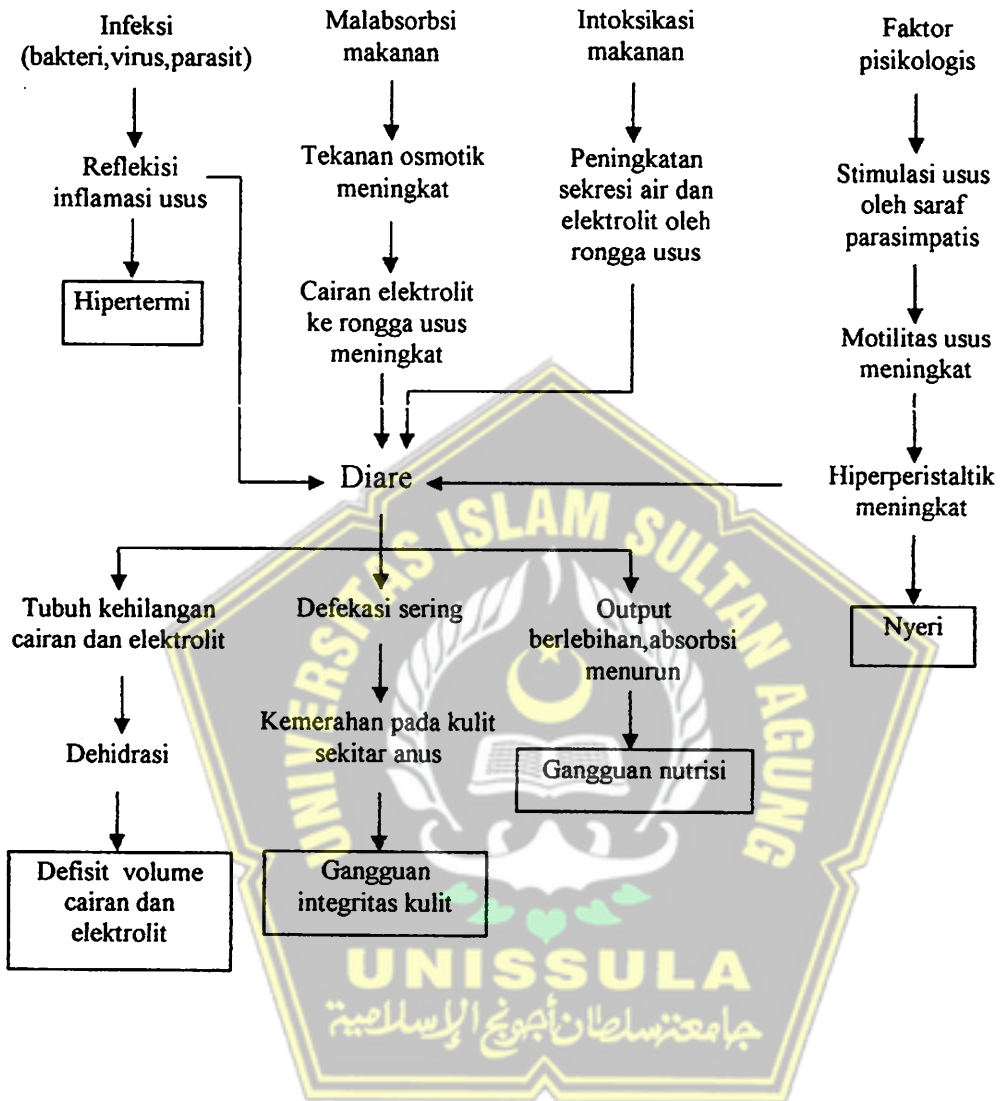
Rasional : agar informasi yang didapat diterima dengan mudah dan tepat sehingga tidak menimbulkan kesalahpahaman.

- 3) Berikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya.

Rasional : untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan klien atau keluarga tentang penyakit klien (Doengoes, 2000).



C. Pathway



BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Maret 2010 pukul 10.30 WIB di ruang Baiturrijal Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1. Identitas dan penanggungjawab

Klien bernama Tn.S, umur 45 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Islam, pendidikan SMP, pekerjaan petani, suku bangsa Indonesia, alamat Demak Bonang, dengan diagnosa medis gasrtoentritis, tanggal masuk 1 Maret 2010 jam 08.00, sumber informasi berasal dari klien sendiri, penanggungjawab bernama Tn.M, pekerjaan wiraswasta, hubungan dengan klien sebagai anak, alamat Demak Bonang,

2. Keluhan utama

Klien mengatakan diare, mual dan muntah.

3. Status kesehatan saat ini

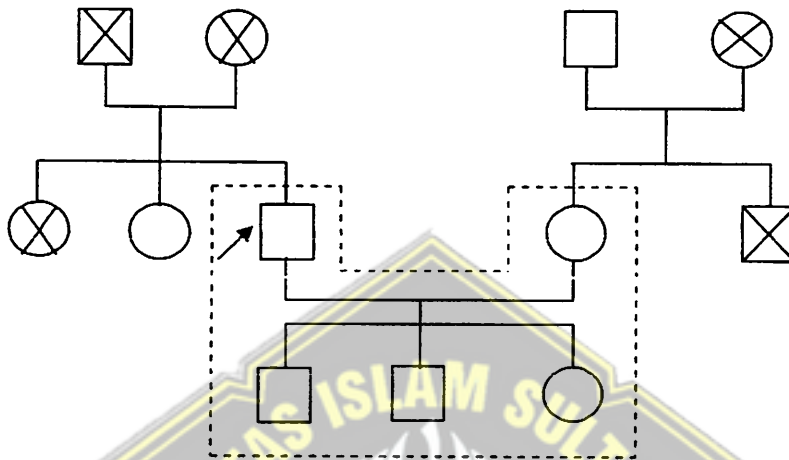
Klien mengatakan masuk rumah sakit karena diare 3 hari, mual dan muntah setiap habis makan kemudian keluarga membawa klien ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada tanggal 1 Maret 2010 jam 08.00

4. Riwayat kesehatan yang lalu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit, klien mengatakan baru saat ini dirawat di rumah sakit sebelumnya klien tidak pernah mengalami penyakit seperti ini biasanya cuma

mengalami sakit batuk, flu dan klien mengatakan tidak mengkonsumsi obat-obatan tertentu, klien juga tidak mempunyai alergi obat-obatan

5. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- ↗ : klien
- ⊗ : meninggal
- : tinggal dalam satu rumah

Klien mengatakan keluarga tidak mempunyai penyakit menurun seperti diabetes mellitus, hipertensi dan lain-lain, dari keluarga juga tidak ada yang sedang mengalami sakit atau dalam masa pengobatan

6. Riwayat kesehatan lingkungan

Klien mengatakan lingkungan dan rumahnya bersih, setiap hari rumah selalu dibersihkan, terdapat ventilasi, rumah juga terdapat kamar mandi dan WC, rumah klien tergolong sebagai rumah sehat.

7. Pengkajian fungsional menurut Gordon

Presepsi dan pemeliharaan kesehatan klien mengatakan jika ada keluarga yang sakit dibawa ke tempat layanan kesehatan terdekat baik itu poliklinik, puskesmas, dokter praktek atau rumah sakit. Saat klien sakit berusaha ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan guna mendapat kesembuhan penyakitnya kembali.

Kebutuhan nutrisi, klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit makan sehari 3 kali dengan porsi ukuran orang dewasa menggunakan sayur dan lauk, dan minum kira-kira 7-8 gelas perhari tetapi saat sakit klien mengatakan pola makan menurun setiap makan makanan yang di sediakan rumah sakit tidak habis dimakan 3-4 sendok saja karena terasa mual dan muntah, klien mengatakan minum dalam satu hari selama sakit 3-4 gelas perhari.

Eliminasi klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit BAB 1 kali perhari dan BAK satu hari biasanya mencapai 4 kali perhari, saat sakit klien mengatakan BAB hampir 6-5 kali per hari dan BAK sehari mencapai 4-5 kali perhari.

Aktivitas dan latihan klien mengatakan sebelum sakit klien beraktivitas di lakukan secara mandiri seperti biasanya pergi berkerja mencari nafkah untuk mencukupi kebutuhan keluarga dan klien mengatakan saat sakit tidak bisa beraktivitas secara maksimal karena terasa lemas dan terpaksa tidak bisa mencari nafkah karena masih sakit, dan aktivitas saat sakit dibantu oleh keluarga.

Istirahat klien mengatakan sebelum sakit istirahat secara teratur dan klien dalam istirahat 7-8 jam perhari tapi saat sakit klien mengatakan pola istirahat kurang karena harus terbangun untuk BAB dan tidak teratur dalam istirahatnya saat sakit pola tidur hanya 6 jam perhari.

Kognitif, klien mengatakan tidak menggunakan alat bantu apapun, dan terlihat tidak ada gangguan apapun, respon klien sangat baik dan kooperatif dalam menjawab pertanyaan yang diajukan dengan baik.

Konsep diri klien mengatakan penyakit yang di derita adalah sebuah cobaan dari yang mahakuasa untuk meningkatkan keimanan terhadap Tuhan yang maha Esa, harapan klien cepat diberi kesembuhan dan bisa beraktivitas kembali bersama keluarga dan bisa memenuhi kebutuhan serta mencari nafkah untuk keluarga.

Peran dan hubungan klien mengatakan hubungan dengan keluarga terjalin sangat baik, hubungan dengan tetangga atau warga sekitar juga terjalin sangat erat hubungan dengan perawat juga baik komunikatif, klien termasuk orang yang mudah bersosialisai dengan lingkungan baru dan bisa beradaptasi dengan baik,

Mekanisme coping, klien mengatakan apabila dalam satu keluarga ada masalah keluarga memutuskan dengan cara musyawarah bersama keluarga tersebut, apabila tidak ada jalan keluar diambil dengan jalan suara terbanyak.

Reproduksi dan sex klien mengatakan sudah menikah mempunyai 3 anak yaitu 2 laki-laki dan yang terakhir perempuan, anak yang pertama sudah bekerja, klien mengatakan sangat senang sekali mempunyai keluarga yang harmonis.

Nilai kepercayaan klien mengatakan kepercayaan yang dianut adalah Islam, dalam satu keluarga semua menganut agama yang sama yaitu Islam, klien mengatakan sebelum sakit ibadah dengan rutin namun ketika sakit ibadahnya banyak yang tidak terpenuhi, tapi klien tetap berdoa untuk keluarga, anak-anak dan kesembuhan dirinya.

8. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik Kesadaran composmentis, keadaan umum sedang, penampilan pucat lemah, postur tubuh kurus. Tanda-tanda vital dengan tekanan darah 120/70 mmHg, suhu klien 37°C, dengan nadi 90x/menit, respirasi rate 20x/menit.

Hasil pemeriksaan fisik kepala, bentuk mesosephal, warna rambut hitam, bersisik, tidak ada nyeri tekan yang dirasa, tidak ada pembengkakan.

Hasil pemeriksaan fisik kulit, warna sawo matang, turgor kulit kurang baik, lesi tidak terdapat,

Hasil pemeriksaan fisik mata, bentuk baik, konjungtiva anemis, tidak ada tanda-tanda radang, klien mengatakan tidak pernah operasi mata, fungsi penglihatan baik, tidak ada nyeri yang terasa pada kedua matanya.

Hasil pemeriksaan fisik hidung, tampak tidak ada perdarahan, tidak ada pembesaran polip, bentuk hidung baik, lubang hidung kanan dan kiri selaras, tidak ada nyeri yang dirasa.

Hasil pemeriksaan fisik telinga, telinga bentuk baik, tidak ada alat bantu pendengaran, tidak ada infeksi, tidak ada serumen dari telinga, tidak ada nyeri yang dirasa.

Hasil pemeriksaan fisik mulut dan leher, tidak ada pembengkakan pada tonsil, gigi terlihat bersih, lidah bersih, bibir sianosis, mukosa mulut terlihat kering.

Hasil pemeriksaan fisik dada, pada jantung, ictus cordis terlihat, ictus cordis teraba di intercosta space (ICS) 5, tidak tampak pembesaran. Pada palpasi paru terdengar pekak, dan pada auskultasi terdengar bunyi jantung I dan II regular. Pada paru tampak pengembangan dada kanan dan kiri sama, tidak ada nyeri tekan yang dirasa, taktil vremitus kanan dan kiri sama. Pada perkusi paru terdengar sonor, auskultasi paru terdengar vesikuler.

Hasil pemeriksaan fisik abdomen, tampak bentuk perut *supel*, simetris, tidak tampak pembesaran disekitar perut, auskultasi perut terdengar bising usus 36 x/menit, perkusi perut terdengar tympani, tidak ada nyeri tekan di sekitar perut.

Hasil pemeriksaan fisik ekstremitas atas/bawah tampak baik, tidak ada kelainan, turgor kulit menurun, tampak di tangan kanan terpasang infus RL 30 tetes permenit.

9. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan pada tanggal 1 Maret 2011

Leukosit : $24,3 \times 10^3$ / ul (4,5 -11,0), eritrosit : $4,32 \times 10^6$ ul (4,5 - 5,5,p= 4-5), HB : $13,6^8$ / dl (14 – 18, p : 12 – 16, Ht 38,9 % (L : 40 -54, p = 38 – 87), MCH·31,4·Pg (28 – 31), MCV 90,0 FL (85 -1000, MCHC $39,9^9$ /DL (30 – 35), trombosit 264×10^3 /ul (150 – 450) .

Pemeriksaan kimia klinik

Gula sewaktu 129 mg/dl, Urine 26 mg/dl, Creatinin 0,9 mg/dl (L <1,4, P < 1,1), Natrium 142 mg/dl (135 -155), Chlorida 101 mg/dl (95 - 108), Kalium 3,6 mg/dl (3,6 - 5,5) Calsium 7,3mg/dl (1,9 - 2,5),SGOT 26 mg/dl (L<37,P< 31), SGPT 40 mg/dl (L<42,P<32).

10. Terapi medik

Pada tanggal 1 Maret, Therapi. RL 30 tpm, injeksi ampicilin 2x1 ampul, peroral tetraciklin 4x 200 ml, metronidasol 4x500 ml

B. Analisa Data

Pengkajian analisa data yang dilakukan pada tanggal 2 Maret 2010 jam 17.30 WIB. Pada Tn. S umur 45 tahun di ruang Baitur Rizal ditemukan data fokus sebagai berikut untuk data yang pertama adalah data subjektif klien mengatakan BAB 6x cair tidak terdapat ampas mual dan muntah dan data objektif klien tampak pucat dan mukosa bibir kering suhu 37°C, nadi 80, RR 24 x/menit, tekanan darah 120/70 mmHg sehingga diperoleh etiologi output cairan yang berlebihan.

Data yang kedua di lakukan tanggal 2 Maret 2010 jam 17.40 WIB data subjektif klien mengatakan setiap kali klien makan muntah. Dan data objektif klien hanya makan 2-4 sendok saja dan diperoleh etiologi anoreksia

C. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi Keperawatan, Evaluasi

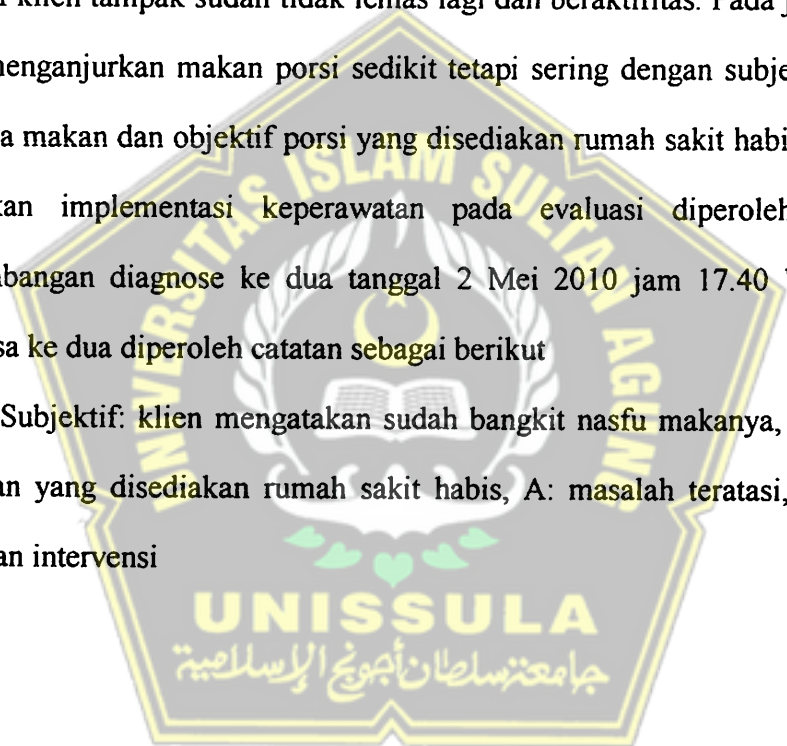
Gangguan cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan. Senin tanggal 2 Maret Diagnosa kebutuhan cairan terpenuhi setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam dengan kriteria hasil, tidak ada tanda dehidrasi, mukosa bibir lembab,

turgor kulit baik, BAB 1x dalam satu hari intervensi berikan cairan parental sesuai dengan program rehidrasi, kaji pola output dan input, kolaborasi dalam pemberian obat sesuai therapy. Pada hari Senin 2 Mei 2010 untuk diagnosa yang pertama jam 16.00 mengkaji berikan cairan oral dan parental sesuai program rehidrasi dengan respon klien mengatakan klien bersedia dipasang infus dan objektif klien terpasang infus RL 30 tetes permenit. Jam 17.10 WIB kaji tanda dehidrasi respon subjektif klien bersedia dikaji tanda dehidrasi dan objekif klien BAB 6x tidak berampas. Pada jam 18.00 WIB pemberian obat sesuai program terapy dengan respon subjektif klien bersedia minum obat. Dan respon objektif klien klien terlihat minum obatnya. Pada hari kedua selasa tanggal 3 Mei 2010 WIB mengkaji klien seperti hari pertama tindakan, kaji status nutrisi dengan respon klien kooperatif dan objektif klien terpasng infus RL 30 tetes permenit. Pada jam 17.00 WIB kaji status nutrisi klien mengatakan BAB 3x dan objektif klien cairan terpenuhi BAB lembek berampas. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada evaluasi di peroleh data pada Senin tanggal 3 Mei 2010 pada pukul 11.30 WIB dari diagnose pertama diperoleh dengan catatan perkembangan Subjek: klien mengatakan BAB 1X berampas, normal, Objektif: klien tampak membaik dan beraktifitas, A: masalah teratasi, Planing: lanjutkan intervensi.

Resti kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia. Kebutuhan nutrisi terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam dengan kriteria hasil klien tidak muntah, makanan yang disediakan rumah sakit habis setengah porsi, BAB normal dengan intervensi kaji status nutrisi klien riwayat mual dan muntah, memberikan porsi sedikit tapi sering, memberikan makanan sesuai diet bubur. Diagnosa kedua pada hari Selasa 2 Mei 2010 jam 15.10 WIB untuk diagnosa

kedua mengkaji status nutrisi klien dengan data subjektif klien muntah saat makan dan data objektif klien terlihat lemas hanya terbaring di tempat tidur, pada jam 16.40 WIB anjurkan makan sedikit tapi sering dengan respon subjektif klien bersedia makan dan objektif klien makan 2-3 sendok, makan makanan ringan. Pada tanggal 2 Mei 2010 jam 16.10 WIB mengkaji status nutrisi klien dengan respon subjektif klien bersedia dikaji status nutrisi dan objektif klien tampak sudah tidak lemas lagi dan beraktifitas. Pada jam 17.20 WIB menganjurkan makan porsi sedikit tetapi sering dengan subjektif klien bersedia makan dan objektif porsi yang disediakan rumah sakit habis. Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada evaluasi diperoleh catatan perkembangan diagnose ke dua tanggal 2 Mei 2010 jam 17.40 WIB dari diagnosa ke dua diperoleh catatan sebagai berikut

Subjektif: klien mengatakan sudah bangkit nafsu makanya, Objektif: makanan yang disediakan rumah sakit habis, A: masalah teratasi, Planing: lanjutkan intervensi



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini akan dibahas mengenai Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan penyakit Gastroenteritis. Dimana di dalam pembahasan ini meliputi tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Sebelum membahas diagnosa yang muncul pada Tn. S, penulis akan membahas pengkajian terlebih dahulu.

Pengkajian dilakukan pada hari selasa tanggal 2 Maret 2010 pukul 18.00-14.45 WIB di ruang Baiturizal RS Islam Sultan Agung Semarang, yakni dengan menggunakan metode *allow anamnesa* dan *auto anamnesa* dan didapatkan data-data masalah keperawatan sebagai berikut:

A. Gangguan volume cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh.

Dalam penulisan diagnosa diatas menurut Carpenito seharusnya penulisan diagnosa adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan menurunnya motivasi untuk minum cairan sekunder akibat depresi atau kelelahan (Carpenito, 2006).

Diagnosa ini penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut, yakni klien mengatakan klien mengatakan BAB 6 kali cair,tidak terdapat ampas, mukosa bibir kering. Kekurangan volume cairan adalah keadaan ketika seorang individu yang tidak menjalani puasa mengalami atau beresiko mengalami dehidrasi vaskular, interstisial, atau intravaskular, dengan batasan karakteristik mayor,

ketidakcukupan asupan cairan oral, kesembangan negative antara asupan dan haluaran, penurunan berat badan, kulit atau membran mukosa kering, dan batasan karakteristik minor, peningkatan natrium serum, penurunan haluaran urine atau haluaran urine berlebihan, urine memekat atau sering berkemih, penurunan turgor kulit, rasa haus, mual, dan anoreksia. (carpenito 2006).

Pada diagnosa kedua ini penulis menetapkan tujuan keperawatan yaitu : kebutuhan cairan terpenuhi tidak ada tanda dehidrasi, mukosa bibir lembab, turgor kulit membaik, BAB normal.

Penulis merencanakan asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaborasi yang meliputi berikan cairan parentral sesuai dengan program rehidrasi rasional untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh, anjurkan klien untuk banyak minum rasional untuk memenuhi cairan tubuh yang hilang, kaji pola output dan input rasional untuk mengetahui keseimbangan cairan, kolaborasi dalam pemberian obat sesuai terapi rasional untuk menilai status dehidrasi.

Implementasi keperawatan, penulis telah melakukan tindakan sejalan dengan apa yang telah direncanakan yaitu memberikan cairan parentral sesuai dengan program rehidrasi, menganjurkan untuk banyak minum, mengkaji pola output dan input, kolaborasi dalam pemberian obat.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan implementasi yang telah direncanakan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga klien yang kooperatif.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini tanggal 2 Maret 2010 belum teratasi, karena belum sesuai dengan kriteria hasil yang direncanakan penulis. Klien mengatakan BAB 6 kali dan masih merasa lemas, tanggal 3 Maret 2010 masalah teratasi sebagian, karena masih belum sesuai dengan kriteria hasil yang direncanakan penulis klien mengatakan BAB 4 kali dan keadaan umum mulai membaik. Tanggal 4 Maret 2010 masalah teratasi karena sesuai dengan kriteria hasil yang direncanakan penulis, klien mengatakan BAB normal yaitu 1 kali dan keadaan umum membaik sehingga penulis menyusun planning selanjutnya untuk melakukan pengawasan dan pemantauan kondisi klien.

B. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

Dalam penulisan diagnosa diatas menurut Carpenito seharusnya penulisan diagnosa adalah ketidak seimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan muntah, anoreksia dan gangguan pencernaan sekunder akibat gastritis (Carpenito, 2006).

Diagnosa ini penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut, klien mengatakan setiap makan muntah ,klien hanya makan 3 sampai 4 sendok. ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan ketika individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrien yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik. Dengan batasan karakteristik mayor, individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami: asupan

makanan yang tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan metabolik aktual atau potensial dengan asupan yang lebih. Dalam penulisan penulis tidak mencantumkan A,B,C,D. A(antropometri) meliputi pengukuran fisik tinggi, berat badan, B (biokimia) data laboratorium yang mengarah pada nutrisi. C(clinical sign) tanda-tanda klinik yang berhubungan dengan status nutrisi. D(diit) riwayat pola makan. Dengan batasan karakteristik minor berat badan 10% sampai 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh, lipatan kulit trisep, lingkaran lengan tengah, dan lingkaran otot lengan tengah kurang dari 60% standar pengukuran, kelemahan otot dan nyeri tekan, peka rangsang mental dan kecacauan mental, penurunan albumin serum dan penurunan transferin serum atau penurunan kapasitas ikatan-besi (Carpenito, 2006).

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh oleh penulis seharusnya diangkat sebagai prioritas pertama karena menurut Hierarki Maslow, nutrisi adalah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostatik biologis dan kelangsungan kehidupan bagi tiap manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar, apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi kebutuhan yang lain, misalnya kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas dan nutrisi (Asmadi, 2008). Dengan teratasinya nutrisi diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan yang lainnya. Disini penulis mengangkat diagnosa ketidakseimbangan nutrisi karena data-data yang ada dari tanda-tanda dan gejala-gejala yang ada dari klien bisa diterapkan untuk menjadi diagnosa aktual.

Penulis merencanakan asuhan keperawatan baik secara mandiri maupun kolaborasi yakni kaji status nutrisi klien, mual dan muntah rasional untuk mengetahui status nutrisi klien dan muntah saat makan, berikan porsi sedikit tapi sedang rasional untuk menghindari klien agar tidak bosan saat makan, berikan makanan sesuai diit bubur rasional untuk memenuhi kebutuhan makanan.

Implementasi keperawatan, penulis telah melakukan beberapa tindakan yang telah direncanakan tanggal 2 Maret 2010 yakni mengkaji status nutrisi klien, menganjurkan klien makan sedikit tetapi sering. Tanggal 3 Maret 2010 mengkaji status nutrisi klien, menganjurkan klien makan sedikit tapi sering.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan implementasi yang telah direncanakan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga klien yang kooperatif.

Evaluasi akhir dari diagnose tanggal 2 Maret 2010 ini yakni masalah teratasi sebagian, karena respon klien dari implementasi yang dilakukan terdapat sebagian yang teratasi dari kriteria hasil yang diharapkan dalam perencanaan. klien mengatakan bersedia makan teratur. Seharusnya perawat disini mengevaluasi juga berat badan klien. Selanjutnya dilakukan planning, lanjutkan intervensi dengan memberikan porsi makan kecil tapi sering dan dalam kondisi yang hangat. Intervensi dilanjutkan ke perawat ruangan karena keterbatasan waktu penulis untuk melakukan intervensi kepada klien di rumah sakit. Tanggal 3 Maret 2010 yakni masalah teratasi karena respon

klien dari implementasi yang dilakukan terdapat. teratasi dari criteria hasil yang diharapkan dalam perencanaan klien mengatakan makan yang disediakan habis. Seharusnya perawat disini mengevaluasi juga berat badan klien. Selanjutnya dilakukan planning, lanjutkan intervensi dengan memberikan porsi makan kecil tapi sering dan dalam kondisi yang hangat. Intervensi dilanjutkan ke perawat ruangan karena keterbatasan waktu penulis untuk melakukan intervensi kepada klien di rumah sakit.



BAB V

PENUTUP

Berdasarkan pembahasan pada Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Gastroenteritis, penulis mengemukakan kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

Dari pengertian dapat disimpulkan, Gastroenteritis atau diare adalah buang air besar (defekasi) encer yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya yaitu lebih dari tiga kali perhari dengan atau tanpa darah dan atau lendir dalam tinja yang diakibatkan oleh infeksi, alergi, tidak toleransi terhadap makanan atau minuman tertentu.

Etiologi pada orang dewasa penyebab infeksi lebih tinggi dari pada penyebab lain seperti kesalahan makan yang beracun mengandung logam berat, makanan mengandung bakteri/toksin, interaksi dan malabsorpsi, karbohidrat, monosakarida lemak dan protein.

Masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S adalah: Gangguan cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan, kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

Intervensi yang direncanakan untuk diagnosa Gangguan cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan :berikan cairan parentral sesuai dengan program rehidrasi, kaji pola output dan input, kolaborasi dalam pemberian obat sesuai therapy.

Pada diagnosa kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia : kaji status nutrisi klien, riwayat mual, muntah, memberikan porsi sedikit tapi sering, memberikan makanan sesuai dengan deit.

Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang muncul sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Evaluasi yang penulis dapatkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S adalah Gangguan cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan masalah teratasi. Pada diagnosa kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia masalah teratasi.

B. Saran

1. Institusi pendidikan

Diharapkan untuk lebih menekankan mahasiswa dalam membuat asuhan keperawatan yang benar sehingga dapat menciptakan generasi perawat yang lebih berkompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.

2. Lahan praktek

Lahan praktek Diharapkan untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan serta pendokumentasian asuhan keperawatan secara benar dan komprehensif khususnya dalam mengatasi masalah klien dengan Hipertensi.

3. Masyarakat

Diharapkan pada masyarakat untuk lebih meningkatkan pengetahuan terhadap pencegahan dan penatalaksanaan Hipertensi.



DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Salemba Medika: Jakarta
- Carpenito, L.J. 2009. *Diagnosis keperawatan Aplikasi pada praktik klinis*, Edisi 9, cet. 1, Jakarta : EGC
- Dermawan & Ningsih, 2010. *Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi 1, cet. 1, Yogyakarta
- Djoehari. 2003. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam 1 FK UNISSULA* : Semarang.
- Doengoes, M.E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. (Terjemahan) Edisi 3. EGC : Jakarta FKUI Jakarta.
- Hidayat, A,A, 2006, *Pengantar Keperawatan Anak*. Edisi 3. Penerbit Media Aesculapius.
- <http://www.scribd.com/doc/49520229/Dinkesjatengprov>. Di unduh tanggal 22 Mey 2011, jam 20.00 WIB
- Sudoyo A.W. 2010. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. FKUI : Jakarta.
- Suraatmaja & Sudaryat, 2005. *Kapita Selekta Diare Anak*. Sagung Seto : Jakarta.
- Suriadi & Yuliani, 2006. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*, Edisi 2, cet. 2, Jakarta