

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN GANGUAN SISTEM
PENCERNAAN GE (*GASTROENTERITIS*) DI RUANG HECULES / II
RS AU dr. SUKIRMAN PEKANBARU**

KARYA TULIS ILMIAH STUDI KASUS

**ABDUL AZIS SYAEFUDIN
NIM : PO31914401 R001**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES RIAU JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN
2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN GANGUAN SISTIM
PENCERNAAN GE (*GASTROENTERITIS*) DI RUANG HERCULES / II
RS AU dr. SUKIRMAN PEKANBARU**

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Pekanbaru

**ABDUL AZIS SYAEFUDIN
NIM : PO31914401 R001**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES RIAU JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Abdul Azis Syaefudin

NIM : P031914401R001

Program Studi : D III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri; bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

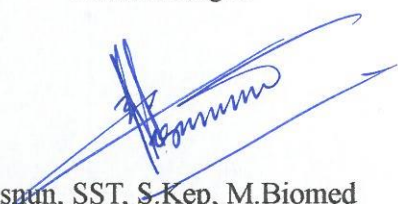
Pekanbaru, 20 April 2020

Mengetahui

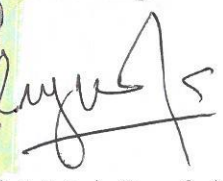
Yang Membuat Pernyataan

Pembimbing II

Tanda Tangan


Hj. Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed
NIP. 196412211985032003



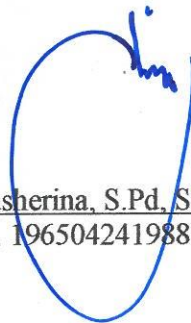

Abdul Azis Syaefudin
NIM. P031914401R001

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus oleh Abdul Azis Syaefudin, NIM: PO31914401R001
telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pekanbaru, 20 April 2020

Pembimbing Utama

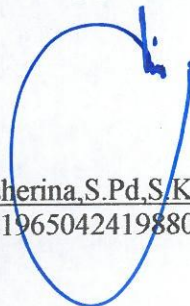


Hj. Rusherina, S.Pd, S.Kep, M.Kes
NIP. 196504241988032002

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus oleh : Abdul Azis Syaefudin NIM: PO31914401 R001
telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal : 23 April 2020


Penguji Ketua



Hj. Ruserina, S.Pd, S.Kep, M.Kes
NIP.196504241988032002

Dewan Penguji

Penguji Anggota I



Idayanti, S.Pd, M.Kes
NIP.196910221994032002

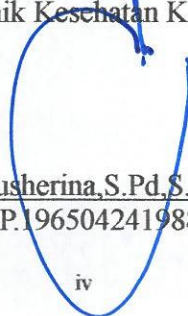
Penguji Anggota II



R. Sakhnan, SKM, M.Kes
NIP.196406091989031003

Mengetahui

Ketua
Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau



Hj. Ruserina, S.Pd, S.Kep, M.Kes
NIP.196504241988032002

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan GE(*gastroenteritis*) di ruang Hercules / II RSAU dr. Sukirman Pekanbaru (Abdul Azis Syaefudin, 2020). Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi D III Keperawatan Pekanbaru, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Riau. Dosen pembimbing (I) Hj. Rusherina,SPd, S.Kep, M.Kes, Dosen Pembimbing (II) Hj. Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed.

GE adalah adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair dan frekuensinya lebih dari 3 kali sehari. Bisa saja terjadi feses bercampur lendir atau darah, tetapi bisa juga tidak terdapat kedua-duanya hanya berupa cairan saja sehingga pada pengkajian ditemukan klien sudah terjadi dehidrasi karena klien juga mengalami penurunan nafsu makan dan kurang minum. Ini biasanya terjadi pada GE kronis maupun akut. Tujuan dari penulisan Karya Ilmiah ini adalah mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif. Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus. Metode studi kasus merupakan metode riset yang menggunakan berbagai macam sumber data yang bisa digunakan untuk meneliti. Untuk memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik observasi nonpartisipan dan wawancara terstruktur pada klien dan keluarga klien. Setelah dilakukan pengumpulan data maka dilakukan analisa data dan didapatkan beberapa diagnosa keperawatan yaitu pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari yang dibutuhkan tubuh gangguan pola eliminasi dan resiko gangguan keseimbangan cairan. Pada tahap perencanaan keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien. Kemudian dilakukan implementasi keperawatan yang disesuaikan dengan perencanaan keperawatan yang telah dibuat. Setelah pengkajian, analisa data, perencanaan dan implementasi dilakukan maka dilakukan evaluasi. Pada tahap evaluasi didapatkan hasil bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat teratasi.

Kata Kunci : GE, Nutrisi, keseimbangan cairan.

ABSTRACT

The Nursing Care on Mrs. S with Digestive Disorder Gastroenteritis (GE) in The Hercules room / II Air Force Hospital Pekanbaru (Abdul Azis Syaefudin, 2020). Scientific Writing Case Study, Pekanbaru Nursing DIII Study Program, Department Nursing, Riau Health Ministry Polytechnic. The 1st Advisor Lecture is Hj. Rusherina, S.Pd, S.Kep, M.Kes, The 2nd Advisor lecture is Hj. Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed.

Gastroenteritis is a condition in which a person defecating with soft or liquid consistency and frequency more than 3 times a day. Usually when defecation feses brought out with mucus or blood. But can also happen without about but liquid consistency only. So when klien analitation was founded dehydration klien's becaused anorexia and less water intake caused it. Usually it happened on cronic o acute Gastroenteritis. The pupose of Scientific Writing Case Study is college student can aply comprehensive nursing care.

The method used in scientific writing is the case study method. The case study method is a research method that uses a variety of data sources that can be used to examine. To obtain the necessary data in this study, researchers used a technique nonparticipant observation and structured interviews on the client and the client's family. After data collection and data analysis is carried gained some nursing diagnoses ie nutrition less than body requirements problem, a pattern deffacate, and balancing fluid risk. In the planning stage of nursing tailored to the client's condition. Then do the implementation of nursing that are tailored to the planning of nursing that have been made. After the assessment, data analysis, planning and implementation is done then dilakakukan evaluation. At this stage of the evaluation showed that after the act of 3 x 24 hour nursing nutrition less than body requirements can be resolved.

Keywords: *Gastroenteritis, Nutrition, fluid balancing.*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini dengan baik. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memenuhi Tugas Akhir dan sebagai salah satu persyaratan dalam menempuh Ujian Akhir di Program Studi Diploma III Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau. Atas terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak H. Husnan, S.Kp, MKM, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau.
2. Ibu Hj. Rusherina, S.Pd, S.Kep, M.Kes, selaku Ketua jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau sekaligus sebagai Dosen Pembimbing I.
3. Ibu Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed, Selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan arahan, masukan dan motivasi serta meluangkan waktu untuk membimbing saya mulai dari awal hingga akhir dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.
4. Ibu Idayanti, S.Pd, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau sekaligus sebagai Dosen Penguji I.
5. Bapak R. Sakhnan, SKM, M.Kes, selaku Dosen Penguji II yang telah memberikan masukan dan bimbingan serta meluangkan waktunya untuk memberikan tuntunan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus.

6. Bapak/ Ibu Dosen Prodi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau yang telah memberi ilmu pengetahuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan.
7. Mayor Kes dr Agus Sukanto Sp.PD, selaku kepala RSAU dr Sukirman beserta staf yang telah membantu dalam kelancaran serta mengizinkan saya untuk melakukan penelitian ini.
8. Kepada keluarga yang telah banyak memberi motivasi dan bantuan baik itu secara moril dan materil dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.
9. Teman-teman RPL Angkatan III tahun 2019 yang turut membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang turut membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Pekanbaru, 23 April 2020

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK BAHASA INDONESIA.....	v
ABSTRAK BAHASA INGGRIS.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.3.1 Tujuan Khusus	3
1.3.2 Tujuan Umum	3
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar G E (<i>Gastroenteritis</i>)	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Manifestasi Klinik	7
2.1.4 Patofisiologi	8
2.1.5 Patway	10
2.1.6 Komplikasi	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.8 Penatalaksanaan	12
2.2 Asuhan Keperawatan GE (<i>Gastrenteritis</i>).....	13
2.2.1 Pengkajian	13
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	16
2.2.3 Perencanaan Keperawatan	16
2.2.4 Pelaksanaan Keperawat.....	18
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	19
BAB 3 TINJAUAN STUDI KASUS	
3.1 Pengkajian	20
3.1.1 Identitas klien.....	20
3.1.2 Riwayat Kesehatan	21

3.1.3	Riwayat Psikososial	22
3.1.4	Pengkajian Fisik	25
3.1.5	Data Tambahan	28
3.1.6	Penatalaksanaan	28
3.2	Proses Keperawatan	28
3.2.1	Analisa Data	29
3.1.2	Diagnosa Keperawatan	32
3.1.3	Perencanaan Keperawatan	33
3.1.4	Pelaksanaan Keperawatan	36
3.1.5	Evaluasi Keperawatan	39
BAB 4	HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
4.1	Gambaran Lokasi Penelitian	41
4.1	Pembahasan	42
BAB 5	KESIMPULAN DAN SARAN.....	45
5.1	Kesimpulan	45
5.2	Saran	45
DAFTAR PUSTAKA	46

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Pengkajian Pola Kebiasaan	23
Tabel 3.2 Analisa data masalah keperawatan diagnose 1 : Gangguan Pemenuhan kebutuhan nutrisi	29
Tabel 3.3 Analisa data masalah keperawatan diagnose 2 : Gangguan Pola kebutuhan eliminasi.....	30
Tabel 3.4 Analisa data masalah keperawatan diagnose 3: Resiko terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh	31
Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan	32
Tabel 3.6 Perencanaan diagnose keperawatan ..	33
Tabel 3.7 Pelaksanaan diagnosa keperawatan 1: Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi hari ke I.....	36
Tabel 3.8 Pelaksanaan diagnosa keperawatan 2 : Gangguan Pola kebutuhan eliminasi hari ke I	36
Tabel 3.9 Pelaksanaan diagnose keperawatan 2 : Resiko terjadinya Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit hari ke I	37
Tabel 3.10 Pelaksanaan diagnosa keperawatan 1: Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi hari ke II	38
Tabel 3.11. Pelaksanaan diagnosa keperawatan 2 : Gangguan Pola kebutuhan eliminasi hari ke II	38
Tabel 3.12 Evaluasi diagnose keperawatan 1, 2 dan 3 hari ke I.....	39
Tabel 3.13 Evaluasi diagnose keperawatan 1 dan 2 hari ke II.....	40

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

GE (gastro enteritis) adalah buang air besar dengan konsistensi encer / cair dengan frekwensi lebih sering dari biasanya yaitu lebih dari tiga kali dalam sehari yang dapat disertai lendir / darah atau tidak yang terjadi secara mendadak dan berlangsung 3 – 5 hari dan bisa juga berlangsung kurang dari dua minggu (Syamsudin 2016). Sampai saat ini GE masih merupakan masalah kesehatan, GE masih sering menimbulkan KLB (Kejadian Luar Biasa) dengan penderita yang banyak dalam waktu yang singkat dan secara mendadak.

Menurut WHO di negara berkembang seperti di negara Afrika orang dewasa terserang GE 7 kali setiap tahunnya di banding di negara berkembang lainnya yang mengalami serangan GE 3 kali setiap tahun, penyebab utamanya adalah karena sanitasi lingkungan dan pola PHBSnya yang kurang bagus.

Di Indonesia GE merupakan penyakit endemis potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) yang sering disertai dengan kematian, terjadi 10 kali KLB GE pada tahun 2018 yang tersebar di 8 provinsi, 8 kabupaten/kota. Kabupaten Tabanan dan Kabupaten Buru masing-masing terjadi 2 kali KLB. Jumlah penderita 756 orang dan kematian 36 orang

Kasus diare di Indonesia masih tinggi dan masuk kedalam sepuluh besar penyakit menular, demikian juga di propinsi Riau yaitu sebesar 92,9% (Dinkes Provinsi Riau 2019) karena morbiditas dan mortalitas yang masih tinggi dan pengobatan yang tidak adekuat serta pengetahuan masyarakat yang masih kurang

dalam upaya penanganan darurat pada penyakit diare. Sedangkan kasus diare di kota pekanbaru mencapai angka 16,1% dari daerah – daerah lainnya, hal ini kemungkinan karena tingginya tingkat pengetahuan masyarakat tentang pertolongan pertama tentang penyakit diare (Profil Dinas Kesehatan kota Pekanbaru 2019).

Dari data kunjungan pasien di RSAU dr. Sukirman Pekanbaru , menunjukan kasus GE berada pada urutan nomor tiga dari 10 penyakit kunjungan tertinggi dengan persentase sekitar 25 % sampai bulan desember 2019 dan pernah terjadi peningkatan kunjungan pasien akibat terjadi KLB GE dengan penyebab terjadi kesalahan dari pengelolaan konsumsi / catering.

Dari uraian data – data kejadian kasus, GE merupakan permasalahan yang harus serius di tangani mulai dari lapisan bawah yaitu masyarakat sampai ketinggian pemerintah, dalam hal ini yaitu Kementrian atau Dinas kesehatan melalui program - programnya. Gerakan yang paling simple dan murah dilaksanakan untuk mencegah timbulnya GE yaitu dengan program Prilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). dengan membiasakan kita hidup bersih dan sehat seperti : memperhatikan sanitasi lingkungan, buang sampah pada tempatnya, kebiasaan mencuci tangan dengan sabun setelah bab, penyediaan sarana air bersih serta mengkonsumsi makanan bersih dan sehat. Dengan hal itu maka kita sudah memulai gerakan pencegahan terhadap GE.

1.2 Rumusan Masalah

Melihat data yang di sampaikan diatas dan seringnya kejadian penduduk di Indonesia yang menderita penyakit GE dan bahkan terkadang bisa menyebabkan

kematian, maka penulis tertarik untuk membuat KTI ini dengan permasalahan Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Pencernaan (GE) di RSAU dr. Sukirman.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memberikan pengalaman yang nyata kepada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien GE

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk :

- 1 Melakukan pengkajian pada klien GE.
- 2 Melakukan analisa data pada klien GE.
- 3 Merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien GE
- 4 Merumuskan intervensi keperawatan pada klien GE
- 5 Melakukan implementasi keperawatan pada klien GE
- 6 Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien GE
- 7 Melakukan pendokumentasian tindakan keperawatan pada klien GE

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis yang diharapkan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan dan dunia pendidikan di masa yang akan datang

1.4.2 Manfaat Praktis

1 Manfaat bagi penulis.

Penulis dapat mempraktekkan langsung asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system pencernaan GE.

2 Manfaat bagi klien dan keluarga

Klien bisa mendapatkan asuhan keperawatan dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit GE yang diderita dan mengetahui cara perawatan GE dengan benar di rumah sakit dan secara mandiri di rumah

3 Bagi masyarakat

Sebagai sumber informasi dan pengetahuan umum tentang penyebab, cara penanganan, tanda dan gejala, serta komplikasi dari GE .

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar GE (*gastroenteritis*)

2.1.1 Definisi

GE (*gastroenteritis*) atau di masyarakat umum lebih dikenal dengan diare adalah pengeluaran feces yang tidak normal dan berbentuk cair / encer dengan frekwensi lebih banyak dari biasanya dalam sehari $> 3x$ (Dewi, 2010). Sedangkan menurut Suryadi (2001) GE adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih Bab dengan bentuk tinja yang encer atau cair. Dan menurut Ngastiyah (2005) GE adalah Bab dengan jumlah tinja yang banyak dari biasanya, dengan tinja yang berbentuk cairan atau setengah cair dapat pula disertai frekwensi defekasi yang meningkat.

GE adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200 g atau 200 ml / 24 jam. Definisi lain memakai kriteria frekwensi, yaitu buang air besar encer lebih dari 3 kali per hari. Buang air besar encer tersebut dapat / tanpa disertai lendir dan darah.

GE akut sering dengan tanda dan gejala klinis lainnya seperti gelisah, suhu tubuh meningkat, dehidrasi, nafsu makan menurun, BB menurun, mata dan ubun – ubun cekung (terutama pada balita) keadaan ini merupakan gejala GE infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri dan parasit perut (corwin, 2009). GE juga dapat terjadi bersamaan dengan penyakit infeksi lainnya seperti malaria dan campak,

begitu juga dengan keracunan kimia. Perubahan gut flora (bakteri usus) yang dipicu antibiotic, dapat menyebabkan GE akut karena pertumbuhan kelebihan dan toksin dari *Clostridium difficile* (bakteri gram positif anaerob dalam usus besar).

2.1.2 Etiologi

Menurut Hasan dan alatas (2010) Etiologi dari GE di sebabkan oleh beberapa Faktor antara lain :

- 1 Infeksi interal : Infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama GE
 - a) Infeksi bakteri : vibrio, E. coli, salmonella, campylobacter, shigella.
 - b) Infeksi Virus : Rotavirus, Calcivilus, Enterovirus, Adenovirus, Astrovirus
 - c) Infeksi Parasit : Cacing (Ascariasis, Trichuris, Oxyuris), Protozoa (Entamoeba Histolyca, Tricomonas hominis, Giardia Lambia), Jamur (Candida Albicans).
- 2 Infeksi Parental : Infeksi diluar alat pencernaan seperti : Tonsilitis, Encefalitis, Broncopneumonia.
- 3 Faktor Malabsorbsi :
 - a) Karbohidrat. Terutama pada bayi kepekaan terhadap lactoglobulis dalam susu formula dapat menyebabkan GE. Gejalanya berupa GE berat , tinja berbau asam, sakit daerah perut. Jika sering terkena GE seperti ini, maka bisa menyebabkan pertumbuhan anak terganggu.
 - b) Malabsorbsi Lemak. Lemak terdapat dalam makanan yaitu yang disebut dengan triglyserida. Dengan bantuan kelenjar lipase, triglyserida mengubah lemak menjadi micelles yang bisa di serap usus. Tetapi karena kegagalan

penyerapan sehingga lemak tidak dapat diproses akibat tidak ada lipase karena kerusakan dinding usus sehingga terjadi GE. GE pada kasus ini fecesnya berlemak.

- c) Malabsorpsi Protein. GE yang terjadi akibat mukosa usus tidak dapat menyerap protein
- 4 Faktor makanan : Makanan yang sudah basi, Alergi makanan tertentu, makanan kurang matang, makanan tercemar atau beracun.
- 5 Faktor Psikis : Rasa takut dan cemas

2.1.3 Manifestasi Klinik

GE akut sering disertai tanda dan gejala klinis lainnya seperti gelisah, suhu tubuh meningkat, nafsu makan menurun, dehidrasi, tinja cair berlendir kadang bercampur darah, turgor kulit jelek, BB menurun, mata cekung, ubun – ubun kedalam (pada balita) . keadaan ini merupakan gejala infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, dan parasit (crown,2009).

Sedangkan menurut Suriadi (2011) tanda dan gejala klinis GE antara lain :

- 1 Sering Bab dengan konsistensi tinja cair atau encer.
- 2 Terdapat tanda dan gejala dehidrasi (turgor kulit jelek ,elastisitas kulit menurun ubun-ubun dan mata cekung, membran mukosa mulut dan bibir kering).
- 3 Kram abdominal.
- 4 Demam,mual,muntah dan anorxia
- 5 Badan lemah, pucat dan perubahan TTV (nadi dan napas cepat)
- 6 Urine menurun atau tidak ada pengeluaran (unuria)

Dehidrasi merupakan gejala paling umum yang menyertai GE. Pada anak-anak GE dapat ditandai dengan jarang buang air kecil, mulut kering, menangis tanpa mengeluarkan air mata. Pada keadaan dehidrasi berat, anak dapat terlihat cenderung mengantuk, tidak responsive, mata cekung, serta turgor kulit jelek. Sedangkan dehidrasi pada orang dewasa, antara lain kelelahan, badan lemas dan tidak bertenaga, kehilangan nafsu makan, mulut kering, pusing dan nyeri kepala

2.1.4 Patofisiologi

Menurut Suriadi (2011), patofisiologi dari Gastro enteritis adalah meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat dari gangguan absorpsi dan ekskresi cairan dan elektrolit yang berlebihan, cairan sodium, potasium dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstra seluler ke dalam tinja, sehingga mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit dan dapat terjadi asidosis metabolik.

GE yang terjadi merupakan proses dari transpor aktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit ke dalam usus halus, sel dalam mukosa intestinal mengalami iritasi dan meningkatnya sekresi cairan dan elektrolit. Mikroorganisme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal sehingga mengurangi fungsi permukaan intestinal. Perubahan kapasitas intestinal dan terjadi gangguan absorpsi cairan dan elektrolit. Peradangan akan menurunkan kemampuan intestinal untuk mengabsorpsi cairan dan elektrolit dan bahan-bahan makanan. Ini terjadi pada sindrom malabsorpsi. Peningkatan motilitas intestinal dapat mengakibatkan gangguan absorpsi intestinal sehingga akan terjadi dehidrasi dan hilangnya nutrisi dan elektrolit.

Menurut Muttaqin (2011), mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya GE meliputi hal – hal berikut yaitu:

1 Gangguan Osmotik.

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap oleh mukosa usus akan menyebabkan peningkatan tekanan osmotik dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul GE.

2 Gangguan sekresi akibat respon inflamasi mukosa (misalnya toksin)

Pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit kedalam rongga usus sebagai reaksi dari enterotoksik dari infeksi dalam usus dan selanjutnya timbul GE karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

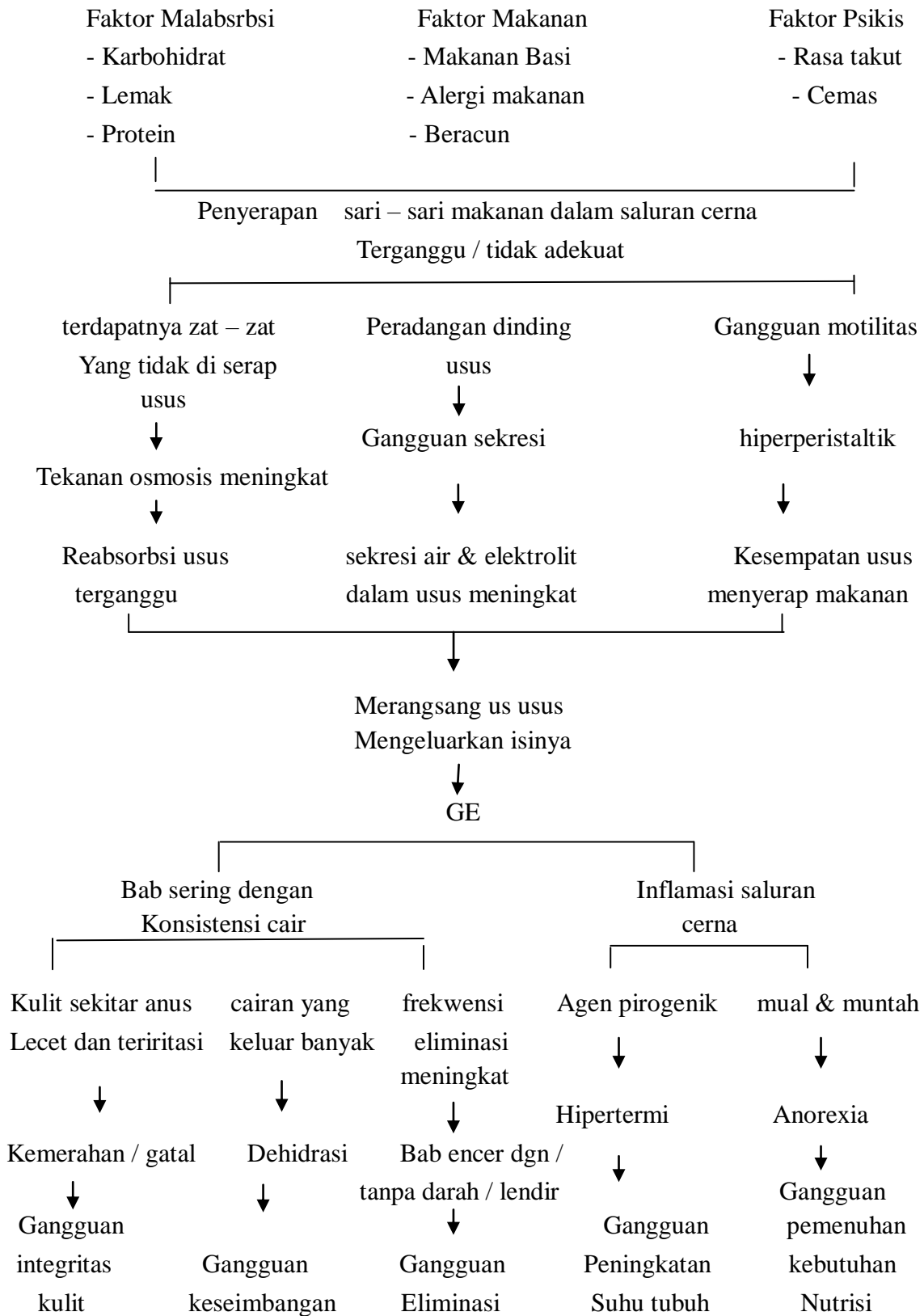
3 Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul GE. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya bisa timbul GE juga.

Dari ketiga mekanisme diatas GE dapat menyebabkan :

- Kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik hipokalemia)
- Gangguan gizi akibat kelaparan (masukan kurang, pengeluaran berlebihan)
- Hipoglikemia dan gangguan sirkulasi darah

2.1.5. Patway



2.1.6 Komplikasi

Beberapa komplikasi dari GE menurut Suriadi (2001) adalah :

1. Hipokalemia (dengan gejala matorisme hipotonic otot lemah bradikardi perubahan elektrokardiogram).
2. Cardiac dysrhythmia akibat hipokalemia dan hipokalsemi
3. Hiponatermi
4. Syok Hipovolemik
5. Asidosis Dehidrasi

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan pununjang GE menurut Suriadi (2001) adalah :

1. Riwayat alergi pada obat – obatan atau makanan
2. Pemeriksaan intubasi duodenum.
3. Pemeriksaan elektrolit dan creatinin.
4. Pemeriksaan tinja, PH, Leukosit, glukosa, dan adanya darah

Adapun Pemeriksaan penunjang yang lain menurut Mansjoer (2000) :

- Pemeriksaan tinja : Makroskopis dan mikroskopis, PH dan kadar gula juga ada intoleransi gula, biakkan kuman untuk mencari kuman penyebab dan uji retensi terhadap berbagai antibiotik.
- Pemeriksaan darah : perifer lengkap, Analisa Gas Darah (AGD), elektrolit terutama Na, K, Ca, P Serum pada GE yang disertai kejang
- Pemeriksaan kadar ureum dan creatinin darah untuk mengetahui faal ginjal.

- Duodenal intubation untuk mengetahui kuman penyebab secara kuantitatif dan kualitatif terutama pada GE kronik

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis menurut Biddulp and Stace (1999) adalah pengobatan dengan cara pengaturan diet dan pemberian cairan :

- 1 GE tanpa dehidrasi memerlukan cairan tambahan berupa apapun misalnya air gula, sari buah segar, air teh, kuah sup, ASI dll.
- 2 GE dengan dehidrasi sedang memerlukan cairan khusus yang mengandung campuran gula dan garam yang disebut larutan rehidrasi oral (LRO). LRO ini dibuat dengan mencampurkan sebungkus garam rehidrasi kedalam 1 liter air .
- 3 GE dengan dehidrasi berat memerlukan cairan intra vena disamping LRO.
- 4 Penatalaksanaan keperawatan menurut Nelson (1999) antara lain :
 - a) Penderita yang dirawat inap harus ditempatkan pada tindakan pencegahan enterik termasuk cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan penderita.
 - b) Jas panjang bila ada kemungkinan pencernaran dan sarung tangan bila menyentuh barang terinfeksi.
 - c) Penderita dan keluarganya diedukasi mengenal cara perolehan entero patogen dan cara mengurangi penularan.

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian yang sistematis meliputi pengumpulan data, analisa data dan

penentuan masalah. Pengumpulan data diperoleh dengan cara intervensi, observasi, psikal assesment. Kaji data menurut Ambarwati Fitri Respati dan Nasution Nita (2012) adalah :

1 Identitas pasien/biodata

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan dan No telpon

2 Keluhan utama

Buang air besar (Bab) lebih dari 3 kali sehari, Bab < 4 kali dan cair (GE tanpa dehidrasi), Bab 4-10 kali dan cair (dehidrasi ringan/sedang), atau Bab > 10 kali (dehidrasi berat). Apabila GE berlangsung < 14 hari maka GE tersebut adalah GE akut, sementara apabila langsung selama 14 hari atau lebih adalah GE persisten.

3 Riwayat penyakit sekarang menurut suharyono (1999:59)

a) Keadaan umum klien. suhu badan mungkin meningkat, nafsu makan menurun atau tidak ada, dan kemungkinan timbul GE.

b) Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.

c) Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam.

d) Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah GE.

e) Apabila telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, maka gejala dehidrasi

f) Diuresis: terjadi oliguri (kurang 1 ml/kg/BB/jam) bila terjadi dehidrasi.

4 Riwayat kesehatan

a) Riwayat imunisasi terutama campak, karena GE lebih sering terjadi atau berakibat berat pada anak-anak dengan campak atau yang baru menderita campak dalam 4 minggu terakhir, sebagai akibat dari penurunan kekebalan pada pasien.

b) Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (antibiotik) karena factor ini merupakan salah satu kemungkinan penyebab GE

c) Riwayat penyakit yang terjadi sebelum, selama, atau setelah GE. Informasi diperlukan untuk melihat tanda dan gejala infeksi lain yang menyebabkan GE.

5 Riwayat nutrisi

Riwayat pola makanan sebelum sakit GE meliputi:

a) Konsumsi makanan penyebab GE, pantangan makanan atau makanan yang tidak biasa dimakannya.

b) Perasaan haus. Pada pasien yang GE tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa). Pada dehidrasi ringan/ sedang pasien merasa haus dan ingin minum banyak. Sedangkan pada dehidrasi berat, sudah malas minum atau tidak mau minum.

6 Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

1) Baik, sadar (tanpa dehidrasi)

2) Gelisah, (dehidrasi ringan atau sedang)

3) Lesu, lemah, lunglai atau tidak sadar (dehidrasi berat)

b) Kulit Untuk mengetahui elastisitas kulit, dapat dilakukan pemeriksaan turgor, yaitu dengan cara mencubit daerah perut atau tangan menggunakan kedua ujung jari (buka kedua kuku). Apabila turgor kembali dengan cepat

(Kurang dari 2 detik), berarti GE tersebut tanpa dehidrasi. Apabila turgor kembali dengan lambat (cubit kembali dalam waktu 2 detik), ini berarti GE dengan dehidrasi ringa/sedang. Apabila turgor kembali sangat lambat (cubitan kembali lebih dari 2 detik), ini termasuk GE dengan dehidrasi berat.

c) Kepala

Pada klien dewasa tidak di temukan tanda – tanda tapi pada anak berusia di bawah 2 tahun yang mengalami dehidrasi, biasanya ubun – ubun cekung kedalam.

d) Mata. Kelopak mata tampak cekung bila dehidrasi berat saja

e) Mulut dan lidah

1) Mulut dan lidah basah (tanpa dehidrasi)

2) Mulut dan lidah kering (dehidrasi ringan/sedang)

3) Mulut dan lidah sangat kering (dehidrasi berat)

f) Abdomen kemungkinan mengalami distensi kram dan bising usus yaitu :

1) Inspeksi : melihat permukaan abdomen simetris atau tidak dan tanda lain

2) Auskultasi : Terdengar bising usus meningkat > 30 x/ menit

3) Perkusi : biasanya Terdengar bunyi tympani / kembung

4) Palasi :Ada tidak nyeri tekan epigastrium kadang juga terjadi distensi perut

g) Anus, apakah terdapat iritasi pada kulitnya

h) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium penting artinya dalam meningkatkan diagnosis yang tepat, sehingga dapat memberikan terapi yang tepat pula.

Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada klien yang mengalami GE, yaitu:

- Pemeriksaan tinja, baik secara mikroskopis maupun mikroskopi

dengan kultur

- Test malabsorpsi yang meliputi karbohidrat (ph, Clini Test) dan lemak

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasa terjadi pada pasien dengan GE adalah yaitu :

- 1 Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh berhubungan dengan output berlebihan dengan intake yang kurang
- 2 Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah
- 3 Gangguan eliminasi berhubungan dengan bab cair dengan peningkatan frekwensi defekasi dari biasanya.
- 4 Resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi sekunder

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

- 1 Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output berlebihan dengan intake yang kurang
 - a) Monitor TTV
 - b) Kaji in / out cairan
 - c) Kaji status dehidrasi
 - d) Kolaborasi dengan medis

Tujuan : Kebutuhan cairan terpenuhi

Kriteria hasil : Turgor kulit bagus , mukosa bibir basah

2 Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah

- a) Monitor intake nutrisi
- b) Monitor muntahan klien
- c) Monitor BB klien
- d) Kolaborasi dengan medis untuk pemberian obat anti mual dan muntah

Tujuan : Kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil : BB klien kembali normal dan nafsu makan meningkat

3 Gangguan eliminasi berhubungan dengan Bab cair dengan peningkatan frekwensi defekasi dari biasanya.

- a) Monitor feces dan frekwensi defekasi klien
- b) Anjurkan klien banyak konsumsi buah dan serat
- c) Kolaborasi dengan medis untuk pemberian obat anti diare

Tujuan : konsistensi feces lunak

Rasional : Frekwensi Bab klien 1x perhari padat tidak encer dan tidak keras.

4 Resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi sekunder

- a) Observasi suhu tubuh klien
- b) Anjurkan klien banyak minum
- c) Kompres hangat
- d) Kolaborasi dengan medis untuk pemberian obat anti piretik

Tujuan : Hipertermi teratasi

Rasional : Suhu tubuh kembali normal (S : 36 – 37 ° C)

2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

1 Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan out put berlebihan dengan in take yang kurang

- a) mengkaji status dehidrasi : Mata, turgor kulit, mukosa bibir
- b) Mengkaji out put dan intake cairan klien
- c) Memonitor TTV
- d) Berkolaborasi dengan medis untuk pemberian obat anti diare

2 Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah

- a) Memonitor intake dan out put
- b) Menimbang BB tiap hari
- c) Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk program diet
- d) Berkolaborasi dengan medis untuk terapi anti mual dan muntah

3 Gangguan eliminasi berhubungan dengan Bab cair dan peningkatan frekwensi defekasi dari biasanya

- a) Memonitor feces dan frekwensi defekasi
- b) Mengedukasi klien agar banyak konsumsi buah dan serat
- c) Berkolaborasi dengan medis untuk pemberian obat anti diare

4 Resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi sekunder

- a) Mengobservasi vital sign
- b) Mengompres air hangat
- c) Menganjurkan klien banyak minum
- d) Berkolaborasi dengan medis untuk terapi antipiretik

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

- 1 Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output berlebihan dengan input yang kurang. Kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam tinjauan pustaka sebagai berikut klien tidak menunjukkan tanda – tanda dehidrasi ditandai dengan mata tidak cekung, turgor baik, mukosa bibir basah.
- 2 Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah. Kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam tinjauan pustaka yaitu klien mendapatkan kebutuhan nutrient sesuai dengan yang diperlukan tubuh ditandai dengan berat badan stabil, porsi RS habis.
- 3 Gangguan eliminasi berhubungan dengan BAB encer / cair dengan peningkatan frekwensi defekasi dari biasanya. Kriteria yang telah ditentukan tinjauan pustaka yaitu frekwensi defekasi kembali normal ditandai dengan feces padat tapi lunak.
- 4 Resiko peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi sekunder. Kriteria hasil yang telah ditentukan tinjauan pustaka yaitu proses peningkatan suhu tubuh dan proses infeksi tidak terjadi ditandai dengan suhu tubuh 36 – 37 °c.

BAB 3

TINJAUAN STUDI KASUS

Pada BAB ini penulis akan membahas tentang Tinjauan hasil Studi Kasus dari pelaksanaan asuhan keperawatan dengan gangguan system pencernaan (GE) pada Ny, S di ruang Hecules kelas II rumah sakit TNI AU dr.Sukirman Pekanbaru. Dalam mengulas kasus ini penulis menggunakan pendekatan dengan proses Asuhan Keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi. Proses Asuhan Keperawatan penulis laksanakan dari tanggal 04 s/d 06 februari 2020. Dalam pengumpulan data penulis melaksanakan wawancara langsung dengan klien dan keluarga. Adapun proses Asuhan Keperawatan itu sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 4 Februari 2020

Tanggal masuk klien : 3 Februari 2020

Ruang / Kelas : Hercules / II

Diagnosa Medis : GEA

3.1.1. Identitas Klien

Nama Klien : Ny. S

Jenis kelamin/ Umur : Perempuan / 30 tahun

Status Perkawinan : Kawin

Agama : Islam

Suku bangsa : Melayu

Pendidikan : SMA

Bahasa yg digunakan : Bahasa Indonesia

Pekerjaan : Mengurus Rumah Tangga

Alamat : Komplek TNI AU Pekanbaru

Sumber Informasi (Klien / Keluarga) : Klien dan Keluarga

3.1.2 Riwayat Kesehatan

a Riwayat kesehatan sekarang.

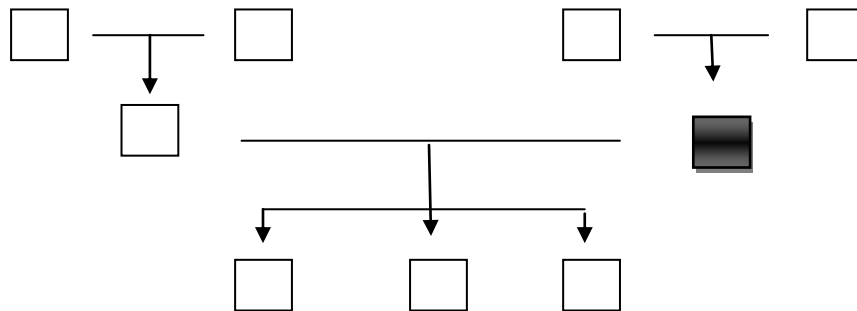
- 1) Keluhan utama : Diare \geq 10x, mual, muntah, lemas nafsu makan turun
hanya 2-3 sendok porsi makan, minum kurang
- 2) Kronologis keluhan
 - Faktor pencetus :Setelah memakan makanan pedas
 - Timbulnya keluhan : Mendadak
 - Lamanya : Sejak dua hari sebelum masuk RS
 - Upaya mengatasi : Minum obat anti diare tradisional

b Riwayat kesehatan masa lalu.

- 1) Riwayat Penyakit sebelumnya :Sakit maag,demam ,batuk, diare
- 2) Riwayat Alergi (Obat, Makanan, Binatang, Lingkungan): Tidak ada
- 3) Riwayat pemakaian obat : Tidak ada

c Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram): keluarga tidak ada yang sakit

Diagram Genogram



Keterangan :

— Garis perkawinan

→ Garis keturunan

■ Klien

- d Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor resiko : Tidak ada

3.1.3 Riwayat Psikososial dan Spiritual.

- a Adakah orang terdekat dengan klien : Ada (suami)
- b Interaksi dalam keluarga :
- Pola Komunikasi : Komunikasi dalam keluarga baik
 - Pembuatan Keputusan : Suami, melalui musyawarah keluarga
- c Dampak penyakit klien terhadap keluarga : Kegiatan rumah tangga terganggu
- d Masalah yang mempengaruhi klien : Tidak ada masalah
- e Mekanisme Koping terhadap stress : melalui pemecahan masalah

f Persepsi klien terhadap penyakitnya

- Hal yang sangat dipikirkan saat ini : Klien merasa terganggu dengan penyakit yang dideritanya
- Harapan setelah menjalani perawatan : Bisa sembuh kembali secepatnya
- Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit : BB terasa turun

g Sistem nilai kepercayaan :

- Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan : Tidak ada
- Aktivitas agama/Kepercayaan yang dilakukan : Klien tetap mengingat Tuhannya dengan berdoa

h Kondisi Lingkungan Rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini :

Lingkungan rumah rapih dan bersih

i Pola kebiasaan

Tabel 3.1 Pengkajian Pola Kebiasaan

HAL YANG DIKAJI	Pola Kebiasaan	
	Sebelum sakit	Saat sakit / saat di RS
1.Pola Kebiasaan Nutrisi		
a.Frekwensi.....x / hari	3 x / hari	2 x / hari
b.Nafsu makan; baik/tidak	Baik	Tidak
Alasan (mual,muntah, dll)	-	Mual,muntah
c. Porsi makan yang dihabiskan	Porsi dewasa	2-3 sendok
d Makanan penyebab alergi	Tidak ada	Tidak ada

e Makanan pantangan	Tidak ada	Pedas, asam
2. Pola Personal Hygiene		
a.Mandi		
-Frekwensi x/ hari	3 x/ hari	2 x / hari
-Waktu (pagi, siang, sore)	Pagi,siang,sore	Pagi, sore
b.Oral Hygiene		
-Frekwensix / hari	3 x / hari	2 x / hari
-Waktu (pagi, siang, sore)	Pagi,siang,sore	Pagi, sore
3. Pola Eliminasi		
a. Bak		
-Frekwensix/ hari	3 – 4 x/hari	Setiap Bab
-Warna Urine	Kuning jernih	Kuning jernih
-Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
b.Bab		
-Frekwensix/ hari	1 x / hari	≥ 10 x / hari
-Waktu (Pagi,sore,tidak tentu)	Pagi	Tidak tentu
-Keluhan	Tidak ada	Mules, melilit
4. Pola Istirahat		
a.Lama tidur siang , jam/hari	± 2 jam/hari	± 1 jam
b.Lama tidur malam jam/hari	± 6 – 7 jam/hari	± 6 jam
c.Kebiasaan sebelum tidur	Tidak ada	tidak ada

3.1.4 Pengkajian Fisik

a Pemeriksaan Fisik Umum

- 1) Berat badan : 54 Kg (Sebelum Sakit : 55 Kg)
- 2) Tinggi Badan : 145 cm
- 3) Keadaan umum : Lemah

b Sistem Penglihatan

- 1) Posisi mata : Simetris
- 2) Konjungtiva : Merah muda
- 3) Sklera : Anikterik
- 4) Reaksi terhadap cahaya : Tidak ada kelainan

c Sistem Pendengaran

- 1) Fungsi pendengaran : Normal
- 2) Gangguan keseimbangan : Tidak

d Sistem Pernapasan

- 1) Jalan napas : Bersih
- 2) Pernapasan : Tidak sesak
- 3) Frekwensi : 18 x / menit
- 4) Irama : Teratur
- 5) Jenis pernapasan : Spontan
- 6) Insfeksi : Simetris
- 7) Palpasi dada : Tidak ada kelainan
- 8) Perkusi dada : Tympani

- 9) Auskultasi : Vesikuler
- e Sistem Kardiovaskuler :
- 1) Nadi : 62 x/ menit , Irama : Teratur, Denyut : kuat
 - 2) Tekanan darah : 100 / 60 mm/Hg
 - 3) Temperatur kulit : Hangat
 - 4) Warna kulit : Kemerahan
 - 5) Pengisian kapiler : 1,2 detik
- f Sistem Hematologi : tidak ada kelainan
- g Sistem Syaraf Pusat
- 1) Tingkat kesadaran : Compos mentis
 - 2) Glasgow coma scale (GCS) E : 4, M : 6 V : 5
- h Sistem Pencernaan
- 1) Abdomen
 - a) Inspeksi : Tiadak ada kelainan
 - b) Auskultasi : BU 20 x / menit
 - c) Perkusi : Kembung (+)
 - d) Palpasi : Distensi otot perut (-), nyeri tekan epigastrium (+)
 - 2) Muntah : Ya
 - a) Konsistensi : Makanan dan Cairan
 - b) Warna muntahan: warna makanan
 - c) Frekwensi : 5 x dalam sehari
 - d) Jumlah : \pm 100 cc / muntahan
 - 3) Diare : Ya

a) Lamanya : Sejak 2 hari , Frekuensi : ≥ 10 x dalam sehari

b) Warna feces : Kuning kehijauan

i Sistem Urogenital

1) Balance Cairan : Intake ± 3.530 cc , Output : 3.450 cc

2) B.a.k : Warna: Kuning jernih

j Sistem Integumen

1) Turgor kulit : Sedang, Elastis, warna kemerahan

2) Temperatur kulit : Hangat

3) Kondisi kulit daerah pemasangan Infus : Tidak ada kelainan

k Sistem Muskuloskeletal

1) Keadaan tonus otot : Baik

2) Kekuatan otot :

...	5		5	...
...	5		5	...

3.1.5 Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):

Klien awalnya menganggap sakitnya ini hanya sebagai hal biasa karena Terlalu banyak makan makanan yang pedas . Tetapi ternyata setelah dua hari tidak kunjung sembuh malah semakin memburuk maka akhirnya berobat ke rumah sakit.

3.1.6 Penatalaksanaan (Therapi / pengobatan termasuk diet)

Penatalaksanaan menurut tim medis pada kasus GE yaitu antara lain sebagai berikut :

1 Pemulihan cairan

IVFD : RL : D 5% = 2 : 1 → 40 gtt / mnt

2 Obat sytomatis

•Injeksi : - Ranitidin 50 mg / 12 jam

- Ondansetron 4mg / 8 jam

•Oral : - New Diatab 2 x 600 mg / BAB (Max 10 tablet / hari)

-Maagtaacid syrup 3 x 5 mg (15 – 30 menit sebelum makan)

- Larutan Oralit 250 cc / Bab

3 Diet : ML tinggi serat

4 LAB : Pemeriksaan Darah Rutin, Urine Rutin dan Feces

5 Foto Thorax (Bila ada gejala lain yang timbul/ di keluhkan)

3.2 Asuhan Keperawatan

Dalam memulai proses keperawatan dimulai dari langkah pengumpulan data yang diperoleh dari hasil pengkajian, dengan mengklasifikasikan data subyektif dan data obyektif. Selanjutnya data dianalisa dan dibuat prioritas berdasarkan kebutuhan dasar manusia dan tingkat urgensinya yang harus terlebih dahulu diatasi.

3.2.1 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa data masalah keperawatan 1. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan tubuh.

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Data Subyektif :</p> <p>Klien mengatakan nafsu makan menurun, mual, muntah, badan terasa lemas</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>Klien tampak lemas, porsi diet 2 – 3 sendok habis, TD : 100 / 60 mmHg Nadi : 62 x / menit Suhu : 37.5 ° C Pernapasan : 18 x / menit</p>	<p>Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan tubuh</p>	<p>GE / Bab cair</p> <p>·</p> <p> </p> <p>Bising usus meningkat</p> <p>·</p> <p> </p> <p>Produksi enzim HCL meningkat</p> <p> </p> <p>mual, muntah, anorexia</p> <p> </p> <p>Masukan nutrisi terganggu</p>

Tabel 3.3 Analisa data masalah keperawatan 2. Gangguan kebutuhan pola eliminasi.

No	Data	Masalah	Etiologi
2	<p>Data Subyektif :</p> <p>Klien mengatakan Bab cair lebih 10x dalam sehari, mules dan melilit saat Bab</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>Feces cair, tidak ada darah atau lendir, warna dan aroma khas feces , BU : 20 x/mnt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pola kebutuhan eliminasi terganggu 	<p>Makanan tidak diserap usus</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>Pergeseran cairan dan elektrolit ke dalam usus</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>Tekanan rongga usus meningkat</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>Terjadi rangsangan untuk mengeluarkan</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>pengeluaran berlebihan / Bab cair (GE)</p>

Tabel 3.4 Analisa data masalah keperawatan 3.Resiko terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

No	Data	Masalah	Etiologi
3	<p>Data Subyektif :</p> <p>1.Klien mengatakan kurang minum</p> <p>2.Terasa haus tapi tidak ada selera untuk minum</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>1.Bibir klien tampak pucat</p> <p>2.klien tampak lemas</p>	<p>•Resiko terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang diperlukan tubuh</p>	<p>Tekanan rongga usus meningkat</p> <p>↓</p> <p>Bab cair berlebihan / GE</p> <p>↓</p> <p>Cairan tubuh banyak keluar / output berlebihan</p> <p>↓</p> <p>cairan dan elektrolit tubuh tidak seimbang</p>

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf
1	Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari yang di butuhkan tubuh berhubungan dengan mual, muntah dan nafsu makan menurun	4 – 2 – 2020	6 – 2 – 2020	
2	Gangguan pola kebutuhan eliminasi berhubungan dengan Bab cair yang berlebihan.	4 – 2 – 2020	6 – 2 – 2020	
3	Resiko terjadinya gangguan ketidak seimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh berhubungan dengan out put berlebihan	4 – 2 – 2020	5 – 2 – 2020	

3.2.4 Intervensi

Tabel 3.6 Intervensi Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan pemenuhan asupan kebutuhan nutrisi terganggu berhubungan dengan mual, muntah dan nafsu makan menurun	<p>a. Jangka Pendek</p> <p>Setelah dilakukan rawatan selama 1x 24 jam kebutuhan asupan nutrisi terpenuhi</p> <p>Dengan kriteria : mual, muntah hilang.</p> <p>b. Jangka Panjang</p> <p>Setelah dilakukan rawatan selama 3 x 24 jam nafsu makan kembali normal</p>	<p>1. Cek TTV setiap Pergantian shift</p> <p>2. Berikan makan dalam porsi sedikit Tapi sering</p> <p>3. Kaji asupan Nutrisi klien</p> <p>4. Timbang BB klien perhari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui k/u klien dan menentukan terapi berikutnya. • Dengan porsi kecil diharapkan nutrisi dapat masuk dan mengurangi mual • Untuk menilai Jumlah nutrisi yang masuk • Untuk memonitor perkembangan asupan nutrisi.

2	<p>Gangguan pola kebutuhan eliminasi Behubungan dengan Bab cair yang berlebihan.</p>	<p>a. Jangka Pendek Setelah dilakukan rawatan selama 1x 24 jam frekwensi kebutuhan pola eliminasi menurun. •Dengan kriteria : Frekwensi Bab berkurang, feses berampas</p> <p>b. Jangka Panjang Setelah dilakukan rawatan selama 3 x 24 jam pola eliminasi kembali normal.</p>	<p>1. Monitor Bab Klien tentang jumlah.warna, konsistensi dan aroma feses.</p> <p>2.Anjurkan klien banyak makan buah dan sayur</p> <p>3.Kolaborasi dengan medis untuk pemberian antifulgatif</p>	<p>•Untuk mengetahui kualitas Bab klien</p> <p>•Buah dan sayur Mengandung serat Sehingga diharapkan Bab bisa berampas</p> <p>•Sebagai pemberi Therapy</p>

3	Resiko terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh berhubungan dengan output berlebihan	<p>a. Jangka Pendek</p> <p>Setelah dilakukan rawatan selama 1x 24 jam kebutuhan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh terpenuhi</p> <p>Dengan kriteria : Rasa haus hilang.</p> <p>b. Jangka Panjang</p> <p>Setelah dilakukan rawatan selama 3 x 24 jam tanda dan gejala gangguan keseimbangan cairan tidak terjadi</p> <p>• Dengan kriteria : Turgor kulit baik, mukosa mulut dan bibir basah</p>	<p>1. Jelaskan pentingnya cairan bagi tubuh</p> <p>2. Anjurkan klien agar banyak minum</p> <p>3. Kaji asupan dan keluaran cairan klien</p> <p>4. Kolaborasi dengan medis untuk pemberian larutan rehidrasi dan cairan infus</p>	<p>• agar klien memahami kegunaan cairan</p> <p>• Mempercepat pemenuhan kebutuhan cairan</p> <p>• untuk menilai jumlah out dan in take cairan</p> <p>• Sebagai alternative asupan cairan pengganti</p>
---	---	--	---	--

3.2.5 Implementasi / Tindakan Keperawatan

Tabel 3.7 Implementasi Diagnosa 1: Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan tubuh berhubungan dengan mual, muntah dan nafsu makan menurun (hari ke 1)

Hari / Tgl	Jam	Implementasi Keperawatan
Rabu 04-02-2020	12.00	<ul style="list-style-type: none"> •Menganjurkan klien untuk makan porsi sedikit tapi sering •Memberikan obat anti mual sesuai intruksi medis -Domperidon tablet 1 x 50 mg
	14.30	<ul style="list-style-type: none"> •Mengecek TTV (TD; 100/70, Nadi: 68x/menit, Suhu: 36°C, P : 18x/menit, K/U : Lemas, Kesadaran : CM •Mengkaji asupan nutrisi dan diet yang di habiskan klien (1/2 porsi diet RS)

Tabel 3.8 Implementasi Diagnosa 2 : Gangguan pola kebutuhan eliminasi berhubungan dengan Bab cair yang berlebihan(hari ke 1)

Hari / Tgl	Jam	Implementasi Keperawatan
Rabu 04-02-2020	12.00	<ul style="list-style-type: none"> •Menganjurkan klien supaya banyak makan buah dan sayur •Memberikan obat anti GE sesuai intruksi medis
	14.30	<ul style="list-style-type: none"> -New Diatab tablet 2 x 600 mg •Mengkaji jumlah, bentuk, warna dan aroma feces

Tabel 3.9 Implementasi Diagnosa 3 : Resiko gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh b/d mual,muntah dan nafsu makan menurun (hari ke I)

Hari / Tgl	Jam	Implementasi Keperawatan
Rabu 04-02-2020	12.00	<ul style="list-style-type: none"> •Memotifasi klien supaya banyak minum minimal 8 gelas sehari •Menganjurkan klien untuk mengingat setiap intake cairan •Memberikan larutan rehidrasi oral sesuai intruksi medis • Mengkaji jumlah minum dan Bak klien
	14.30	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau keadaan umum klien (bibir dan mukosa mulut kering) •Memberikan cairan elektrolit pengganti melalui infus sesuai instruksi medis.(Cairan RL – 30 tetes / menit)

Tabel 3.10 Implementasi Diagnosa 1 Gangguan pemenuhan nutrisi yang di butuhkan tubuh (hari ke II)

Hari / Tgl	Jam	Implementasi Keperawatan
Kamis 05-02-2020	09.00	<ul style="list-style-type: none"> •Menganjurkan klien untuk makan porsi sedikit tapi sering •Memotifasi klien supaya menambah porsi makan
	12.00	<ul style="list-style-type: none"> •Memberikan obat anti mual sesuai intruksi medis
	14.30	<ul style="list-style-type: none"> •Mengecek TTV (TD; 110/70mmHg, Nadi: 70 x/menit, Suhu: 36°C, P: 18 x/menit, K/U: baik, Kesadaran: CM) •Mengkaji asupan nutrisi dan diet yang di habiskan klien (porsi diet RS habis)

Tabel 3.11 Implementasi Diagnosa 2.Gangguan kebutuhan pola eliminasi berhubungan dengan Bab cair berlebihan (hari ke II)

Hari / Tgl	Jam	Implementasi Keperawatan
Kamis 05-02-2020	09.00	<ul style="list-style-type: none"> •Menganjurkan klien supaya banyak makan buah dan sayur •Memberikan obat anti GE sesuai intruksi medis -New Diatab tablet 1 x 600 mg
	14.30	<ul style="list-style-type: none"> •Mengkaji Bab klien mengenai frekwensi, konsistensi, aroma dan warna feces

3.2.5 Evaluasi

Tabel 3.12 Evaluasi Tindakan Keperawatan 1,2 dan 3 (hari ke I)

Hari / Tgl / Jam	No. DX	Evaluasi Tindakan Keperawatan
<p>Kamis 05-02-2020 08.00 WIB</p>	1	<p>S. Klien mengatakan mual sudah berkurang, muntah tidak ada, nafsu makan sudah meningkat</p> <p>O. Klien tampak lebih segar, Diet: ½ porsi diet RS habis, TD: 110/70mmHg, Nadi; 78 x/i, Suhu: 36°C, P: 18x/i</p> <p>A. Masalah sudah teratasi sebagian</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p>
	2	<p>S. Klien mengatakan Bab sudah berkurang (5 x sejak tadi malam), rasa mules dan melilit tidak ada.</p> <p>O. Feces sudah ada ampas, B/U: 10 x/menit</p> <p>A. Masalah sudah teratasi sebagian</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p>
	3	<p>S. Klien mengatakan rasa haus tdk ada, badan terasa segar</p> <p>O. Klien tampak segar, mukosa mulut dan bibir basah, turgor baik, akral basah, tanda dan gejala dehidrasi (-)</p> <p>A. Masalah sudah teratasi</p> <p>P. Intervensi dihentikan</p>

Tabel 3.13 Evaluasi Tindakan Keperawatan Diagnosa 1 dn 2 (hari ke II)

Hari / Tgl / Jam	No. DX	Evaluasi Tindakan Keperawatan
<p>Jum'at 06-02-2020 08.00 WIB</p>	1	<p>S. Klien mengatakan mual dan muntah sudah tidak ada Nafsu makan sudah kembali seperti biasa</p> <p>O.-Klien tampak segar, porsi diet RS habis</p> <p>-TD: 110/70mmHg, Nadi; 78 x/menit, Suhu: 36°C, P: 18 x/ menit</p> <p>A. Masalah sudah teratasi</p> <p>P. Intervensi dihentikan</p>
	2	<p>S. Klien mengatakan Bab sudah kembali normal (GE negative)</p> <p>O. Feces sudah ada ampas, B/U: 6 x/menit, kembung (-)</p> <p>A. Masalah sudah teratasi</p> <p>P. Intervensi dihentikan</p>

BAB 4

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit TNI AU dr.Sukirman terletak di Jl. Adi Sucpto No.123 Kelurahan Maharatu Kecamatan Marpoyan Damai Kota Pekanbaru, dengan luas wilayah 3.285 m dan luas bangunan 1.963 m.

Rumah Sakit TNI AU dr.Sukirman memiliki 3 ruang rawat inap , ruang operasi, kamar VK, ruang laboratorium, ruang radiologi, ruang gizi, laundry, mushola, incenerator dan Ipal. Untuk ruang rawat inap terdiri dari :

- a. Kelas VIP : 2 kamar
- b. Kelas I : 2 kamar
- c. Kelas II : 3 kamar

Penulis melakukan pengkajian mulai tanggal 04 februari s/d sampai 06 februari 2020, metode proses keperawatan melalui tahap-tahap pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, merumuskan intervensi keperawatan, melaksanakan keperawatan, dan terakhir adalah evaluasi keperawatan.

Penulis telah berusaha dengan keras dan mencoba dengan segala upaya agar hasil dari penulisan ini berhasil dengan baik, namun penulis sadar masih jauh dari kesempurnaan. Penulis telah berupaya semaksimal mungkin dengan menggunakan pengetahuan, keterampilan, serta dengan fasilitas yang ada agar

dapat tercapai tujuan sesuai dengan teoritis, namun masih ditemukan kesenjangan antara bahasan teori dengan kenyataan yang penulis temukan.

Berdasarkan hal tersebut penulis akan membahas pelaksanaan selama melaksanakan studi kasus ini dengan melihat kesenjangan antara teoritis dengan kenyataan.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dalam melakukan pengkajian , klien dan keluarga sangat kooperatif sehingga penulis tidak banyak menemukan kesulitan dan hambatan dalam memperoleh identitas klien, riwayat kesehatannya juga identitas keluarga sebagai penanggung jawab klien. Pada tahap ini penulis menggunakan format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah sesuai yang penulis peroleh dari institusi pendidikan, format itulah yang penulis jadikan pedoman untuk memperoleh informasi tentang status dan data – data kesehatan klien. Namun demikian kesenjangan masih tetap ada, seperti :

a. Pemeriksaan fisik

Didalam teori, pada kasus dengan GE biasanya ada istilah hospitalis yang menyebabkan klien tidak nyaman dan terganggu tidurnya, rasa cemas yang sangat tinggi yang dialami klien terhadap sakitnya.

b. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan sesuai dengan yang ada di rumah sakit dan pada saat pengkajian belum dilaksanakan pemeriksaan.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam penegakkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus GE yang sesuai teori yaitu sebagai berikut:

- a. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi b/d mual dan tidak ada nafsu makan
- b. Gangguan keseimbangan volume cairan dan elektroli tubuh b/d intake yang tidak adekuat dan out put cairan yang berlebihan.
- c. Gangguan itegritas kulit b/d Bab yang terus - menerus
- d. Gangguan pola kebutuhan eliminasi b/d Bab yang terus-menerus
- e. Kurang pengetahuan tentang penyakitnya b/d kurangnya informasi.
- f. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Pada kasus Ny. S diagnosa yang sesuai dengan teori, tetapi tidak muncul yaitu diagnosa; gangguan integritas kulit b/d Bab yang terus-menerus, kurang pengetahuan tentang penyakitnya b/d kurangnya informasi dan diagnosa intoleransi aktifitas b/d kelemahan fisik. Diagnosa keperawatan yang tidak muncul ini karena penulis tidak menemukan data-data subyektif maupun objektifnya.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang diharapkan, maka harus sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan saat pengkajian. Pada kasus Ny.S dengan diagnosa medis GEA, intervensi yang penulis buat sesuai seperti terdapat pada teori, sehingga diharapkan intervensi yang penulis lakukan dapat bermanfaat dan tepat sasaran.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan wujud dari tindakan nyata untuk mencapai hasil sesuai perencanaan atau intervensi, tahap ini adalah perbandingan antara kenyataan dengan teori yang ada. Tetapi kadang tidak semua perencanaan dapat dilakukan pada tahap implementasi, tergantung pada situasi dan kondisi klien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan evaluasi dari tindakan keperawatan atau implementasi yang telah dilakukan. Sebagai contoh pada kasus Ny. S hasil evaluasinya yaitu :

- a. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan tubuh b/d mual, muntah dan nafsu makan menurun maka hasil evaluasinya adalah kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria porsi makan habis.
- b. Gangguan kebutuhan pola eliminasi b/d Bab cair yang berlebihan. Hasil evaluasinya adalah pola eliminasi kembali normal dengan kriteria Bab 1x per hari, feces berampas.
- c. Resiko terjadinya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh b/d output cairan berlebihan. Hasil evaluasi kekurangan cairan tidak terjadi ditandai dengan tidak terdapat tanda-tanda dehidrasi, mukosa mulut dan bibir basah, rasa haus hilang dan klien tampak segar.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Diagnosa yang muncul pada kasus GE pada Ny. S adalah Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari yang dibutuhkan tubuh berhubungan dengan mual, muntah dan nafsu makan menurun. gangguan pola eliminasi berhubungan dengan Bab berlebihan, resiko terjadinya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan elektrolit tubuh berhubungan dengan out put berlebihan.
2. Tindakan yang dapat terlaksana dengan baik dalam perawatan Ny. S adalah mengobsrvasi keadaan umum klien, Memantau tanda dan gejala dehidrasi, Memantau pemasukan dan pengeluaran cairan, Mengobservasi tanda-tanda vital, Menjelaskan pentingnya cairan untuk tubuh, Melanjutkan terapi dari dokter untuk obat antidiare dan antiemetic, Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, Memberikan diet sesuai dengan kondisi klien seperti anjuran ahli gizi, menganjurkan klien untuk banyak minum.
3. Tindakan yang kurang dapat terlaksana dengan baik yaitu memonitor keadaan dalam waktu 24 jam penuh karena harus pergantian shift

5.1 Saran

Adapun saran-saran yang dapat penulis berikan mengenai Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus pada klien GE (Gastroenteritis) ini adalah :

a. Institusi Pendidikan

Penulis berharap kepada institusi Poltekkes Kemenkes Riau, Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini dapat dijadikan referensi untuk memperkaya bahan ajar terutama mata ajar Keperawatan Medikal Bedah (KMB) dan koleksi perpustakaan.

b. Instansi (RSAU dr Sukirman Pekanbaru)

Semoga hasil Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini dapat dijadikan sebagai perbandingan dan bahan referensi di RSAU dr Sukirman Pekanbaru dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan GE (Gastroenteritis)

c. Penulis selanjutnya

Hasil penulisan ini dapat dikembangkan lagi mengenai asuhan keperawatan yang lebih rinci lagi untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas dan bermanfaat bagi klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Bidup John, 2009. *Keperawatan kesehatan anak untuk petugas penyuluhan kesehatan dan bidan desa*. Gajah Mada University Press : Yogyakarta.
- Beherman E Richard, dkk. 2012. *Ilmu Kesehatan Penyakit Dalam. Vol 2*. Edisi 15. EGC : Jakarta.
- Carpenito. L J, 2010. *Hand Book of Nursing Diagnosa*. ECG : Jakarta.
- Doenges, Marilyn E. 2010. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi 3. EGC : Jakarta.
- Suriadi, Rita Yuliani : 2011. *Asuhan Keperawatan Pada Penyakit Dalam* .Edisi 1. Agung Seto. Jakarta.
- Ngastiyah, 2015. *Asuhan Keperawatan Pada Penyakit Dalam* . Edisi 1. EGC, Jakarta
- Sudaru, Heru. 2011. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 3. Balai Penerbit FKUI : Jakarta
- Jurnal* Dinas Kesehatan Propvinsi Riau 2019
- Renstra Kesehatan* Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru 2019