



Laporan Ujian Komprehensif

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
GASTROENTERITIS AKUT (GEA) DI RUANG VI
RUMAH SAKIT BETHESDA YOGYAKARTA
TANGGAL 23-25 MEI 2022**

OLEH:

OKRYADI PRANAJAYA MARYO

NIM: 2104026

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
STIKES BETHESDA YAKKUM YOGYAKARTA 2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
GASTROENTERITIS AKUT (GEA) DI RUANG VI
RUMAH SAKIT BETHESDA YOGYAKARTA
TANGGAL 23-25 MEI 2022**

Laporan Ujian Komprehensif

Diajukan dalam Rangka Memenuhi Persyaratan Memperoleh Gelar Ners

Oleh:

OKRYADI PRANAJAYA MARYO

NIM: 2104026

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
STIKES BETHESDA YAKKUM YOGYAKARTA 2022**

LAPORAN UJIAN KOMPREHENSIF

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
GASTROENTERITIS AKUT (GEA) DI RUANG VI
RUMAH SAKIT BETHESDA YOGYAKARTA
TANGGAL 23-25 MEI 2022

OLEH:

OKRYADI PRANAJAYA MARYO

NIM: 2104026

Laporan ujian komprehensif ini disetujui

Pada tanggal: MEI 2022

Dosen pembimbing



Ignasia Yunita Sari, S.Kep., Ns., M.Kep

NIK: 11-0069

LAPORAN UJIAN KOMPREHENSIF

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. P DENGAN
GASTROENTERITIS AKUT (GEA) DI RUANG VI
RUMAH SAKIT BETHESDA YOGYAKARTA
TANGGAL 23-25 MEI 2022

OKRYADI PRANAJAYA MARYO

NIM: 2104026

Laporan ujian komprehensif ini disetujui

Pada tanggal: MEI 2022

Dosen pembimbing



Ignasia Yunita Sari, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK: 11-0069

Mengesahkan:
Ketua STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta

Mengetahui:
Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners

Vivi Retno Intening, S.Kep., Ns., MAN
NIK 60045

Ethic Palupi, S.Kep., Ns., MNS.
NIK 090057

HALAMAN MOTO

“UNTUK APA SAYA DATANG KE JOGJA?”

STIKES BETHESDA YAKKUM

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas penyertaan dan kasih karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan Laporan Ujian Komprehensif pada Tn. P dengan Gastroenteritis Akut (GEA) di ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. Dalam proses penyusunan laporan ini, saya telah dibantu oleh berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. Purwoadi Sujatno, FINASIM., Sp.PD., MPH., selaku direktur Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.
2. Ibu Vivi Retno Intening, S. Kep., Ns. MAN., selaku Ketua STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta.
3. Ibu Ethic Palupi, S. Kep., Ns., MNS., selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta.
4. Ibu Ignasia Yunita Sari, S.Kep., Ns., M.Kep. Selaku pembimbing akademik
5. Bapak FA. Muji Raharjo, S.Kep. Ners. Selaku pembimbing klinik
6. Staf perpustakaan STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta yang telah menyediakan buku sebagai sumber referensi
7. Kepada orang tua yang selalu memberikan doa dan semangat sampai Laporan Ujian Komprehensif ini dapat tersusun

Saya menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan laporan ini, saya mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi meningkatkan kesempurnaan laporan ini. Semoga laporan ini bermanfaat sebagaimana mestinya. Tuhan memberkati.

Yogyakarta, Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Sistematika Penulisan.....	3
BAB II LANDASAN TEORI	6
A. Konsep Dasar Medis.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Etiologi	7
3. Epidemiologi.....	7
4. Anatomi dan Fisiologi	7
5. Klasifikasi.....	15
6. Patofisiologi.....	16
7. Tanda dan Gejala	21

8. Komplikasi.....	22
9. Pemeriksaan Diagnostik.....	23
10. Penatalaksanaan medik.....	23
11. Prognosis.....	24
12. Pencegahan.....	24
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	25
1. Pengkajian.....	25
2. Diagnosis Keperawatan.....	26
3. Perencanaan Keperawatan.....	27
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....	31
A. Pengkajian Keperawatan.....	31
B. Diagnosis Keperawatan.....	54
C. Intervensi Keperawatan.....	55
D. Catatan Perkembangan.....	64
BAB IV PEMBAHASAN.....	77
A. Pengkajian.....	77
B. Diagnosis Keperawatan.....	80
C. Rencana Tindakan Keperawatan.....	82
D. Implementasi Keperawatan.....	85
E. Evaluasi Keperawatan.....	88
BAB V PENUTUP.....	90
A. Kesimpulan.....	90
B. Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA.....	93

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Penilaian dehidrasi menggunakan metode Dhaka	22
Tabel 2. Rencana tindakan keperawatan teori	27
Tabel 3. Aktivitas sebelum sakit.....	37
Tabel 4. Aktivitas selama sakit.....	38
Tabel 5. Morse skore (risiko jatuh).....	48
Tabel 6. Hasil laboratorium	49
Tabel 7. Program pengobatan parenteral	50
Tabel 8. Program pengobatan non parenteral	50
Tabel 9. Analisis obat	50
Tabel 10. Analisa Data.....	52
Tabel 11. Diagnosa Keperawatan.....	54
Tabel 12. Rencana tindakan keperawatan kasus.....	55
Tabel 13. Catatan perkembangan hari pertama.....	64
Tabel 14. Catatan perkembangan hari ke dua	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Anatomi Pencernaan.....	7
-----------------------------------	---

STIKES BETHESDA YAKKUM

DAFTAR SKEMA

Skema 1. Patway	18
Skema 2. Genogram.....	33

STIKES BETHESDA YAKKUM

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 2. Leaflet

STIKES BETHESDA YAKKUM

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit yang sering terjadi di negara berkembang tak terkecuali Indonesia adalah penyakit gastroenteritis. Gastroenteritis merupakan peradangan pada lambung dan usus dengan gejala diare dengan atau tanpa muntah diare dapat menyerang kelompok usia baik balita, anak, dewasa bahkan lansia (Haryono, 2012).

Di Indonesia, penyakit diare termasuk Kejadian Luar Biasa (KLB) yang sering disertai kematian. Pada tahun 2013 Jumlah keseluruhan kasus penderita diare di Indonesia sebesar 4,5% dan terjadi peningkatan pada tahun 2018, yaitu menjadi 6,8% (Kemenkes RI, 2019). KLB diare sudah terjadi sebanyak 10 kali di 8 provinsi dan 8 kota/kabupaten dengan case fatality rate sebesar 4,74%, penderita sebanyak 756 orang serta 36 orang mengalami kematian (Kemenkes RI, 2019).

Diare menimbulkan dampak yang buruk bagi tubuh karena kekurangan cairan dan elektrolit yang keluar melalui feses yang cair. Kondisi ini bisa menyebabkan dehidrasi, terutama pada individu yang berusia sangat muda, lansia, atau lemah yang tidak berespon terhadap rasa haus. Pada diare berat, kaps vaskuler dan syok hipovolemik dapat terjadi. Kalium dan magnesium hilang dari tubuh berpotensi menyebabkan hypokalemia dan hipomagnesemia. Hilangnya

bikarbonat melalui feses dapat menyebabkan asidosis metabolik (LeMone, Priscilla, 2016).

Menghindari komplikasi yang semakin berat dibutuhkan penatalaksanaan yang tepat. Berdasarkan pemaparan mengenai pengertian Gastroenteritis Akut (GEA) dan komplikasi Gastroenteritis Akut (GEA) serta menghindarkan pasien dari komplikasi, maka untuk asuhan keperawatan ujian komprehensif penulis tertarik untuk mengelola pasien kelolaan dengan Gastroenteritis Akut (GEA) di ruang VI.

Ujian komprehensif dilaksanakan selama tiga hari yaitu tanggal 23-25 Mei 2022. Melalui ujian komprehensif ini mahasiswa diharapkan mampu mengembangkan keterampilan agar tercapainya Profesi Ners yang dapat memberikan asuhan keperawatan secara langsung dan berkualitas sebagai perawat profesional

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Laporan ujian komprehensif ini dibuat sebagai syarat ujian akhir program Pendidikan Profesi Ners di STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta serta mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. P dengan Gastroenteritis Akut (GEA) di ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.

2. Tujuan khusus

Meningkatkan kemampuan dalam melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan antara lain:

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Tn. P dengan Gastroenteritis Akut (GEA) di ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.
- b. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn. P dengan Gastroenteritis Akut (GEA) di ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.
- c. Mahasiswa mampu menyusun rencana keperawatan pada Tn. P dengan Gastroenteritis Akut (GEA) di ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. P dengan Gastroenteritis Akut (GEA) di ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. P dengan Gastroenteritis Akut (GEA) di ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.
- f. Mahasiswa mampu menulis dokumentasi keperawatan pada Tn. P dengan Gastroenteritis Akut (GEA) di ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.

C. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan dibagi menjadi tiga bagian yang tersusun atas bagian awal, inti dan akhir, sebagai berikut:

1. Bagian awal, meliputi: halaman judul, halaman persetujuan, motto, prakata, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar skema, dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari lima BAB yaitu:
 - a. BAB I: PENDAHULUAN

Bab ini berisi latar belakang, tujuan penulisan dan sistematika penulisan.
 - b. BAB II: LANDASAN TEORI

Bab ini berisi landasan teori berdasarkan konsep dasar medis meliputi: pengertian, anatomi fisiologi, epidemiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, pathway, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medis, prognosis dan pencegahan, dan konsep dasar asuhan keperawatan meliputi: pengkajian keperawatan (termasuk discharge planning), diagnosa keperawatan dan rencana tindakan keperawatan.
 - c. BAB III: PENGELOLAAN KASUS

Bab ini berisi proses asuhan keperawatan pada Tn. P dengan GEA di Ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta dengan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, rencana tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Hasil dari proses keperawatan didokumentasikan.
 - d. BAB IV: PEMBAHASAN

Bab ini berisi perbandingan antara teori dengan kasus kelolaan yang akan dianalisis kesenjangannya dan dibahas berdasarkan pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

e. BAB V: PENUTUP

Bab ini berisi kesimpulan terkait pengkajian, diagnosa, rencana tindakan keperawatan, progres keberhasilan tindakan yang telah dilakukan selama 3x24jam dinas, dan saran untuk keluarga pasien, mahasiswa, Rumah Sakit Bethesda, dan STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta.

3. Bagian akhir, meliputi: daftar pustaka dan lampiran

STIKES BETHESDA YAKKUM

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Gastroenteritis adalah inflamasi membrane mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan muntah-muntah dan diare yang berakibat kehilangan cairan elektrolit yang menimbulkan dehidrasi dan gejala keseimbangan elektrolit (Sowden, et all. 1996 dalam Haryono, 2012).

Gastroenteritis akut adalah peradangan pada lambung dan usus dengan gejala diare, mual dan muntah kurang dari 14 hari. (Arlis Saputrra et all, 2021)

Diare adalah peningkatan frekuensi, volume, dan kandungan cairan didalam feses yang meningkat yang biasanya disebabkan oleh malabsorpsi atau sekresi air didalam usus. Diare dapat bersifat akut dan kronik, diare akut yang kurang dari seminggu, sedangkan diare kronik yang berlangsung lebih dari 3-4 minggu, dapat disebabkan oleh penyakit usus inflamatori, malabsorpsi, dan gangguan endokrin. (LeMone, 2016).

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan gastroenteritis adalah peradangan pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare yang disebabkan oleh infeksi, indrom malabsorpsi, medikasi, alergi, dan penyakit sistemik.

2. Etiologi

Menurut Haryono (2012) gastroenteritis juga dapat disebabkan oleh

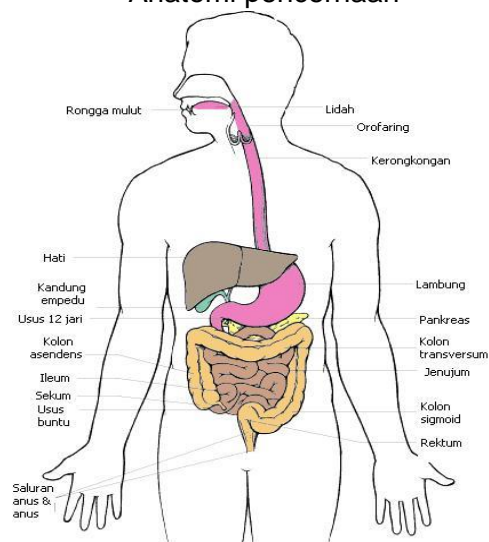
- a. Infeksi bakteri, virus, dan parasit.
- b. Malabsorpsi karbohidrat, lemak, protein.
- c. Faktor makanan
- d. Psikologi (Rasa takut dan cemas)

3. Epidemiologi

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) ada 2 milyar kasus diare pada orang dewasa di seluruh dunia setiap tahun. Di Amerika Serikat, insidens kasus diare mencapai 200 juta hingga 300 juta kasus per tahun. Sekitar 900.000 kasus diare perlu perawatan di rumah sakit. Di seluruh dunia, sekitar 2,5 juta kasus kematian karena diare per tahun. Di Amerika Serikat, diare terkait mortalitas tinggi pada lanjut usia. (WHO 2015).

4. Anatomi dan fisiologi

Gambar 1
Anatomi pencernaan



Sumber: Haryono, 2012

Anatomi Menurut Haryono, (2012), susunan pencernaan terdiri dari:

a. Mulut

Terdiri dari 2 bagian:

- 1) Bagian luar yang sempit /vestibula yaitu ruang diantara gusi, gigi, bibir, dan pipi.

Di sebelah luar mulut ditutupi oleh kulit dan di sebelah dalam di tutupi oleh selaput lendir (mukosa). Otot orbikularis oris menutupi bibir. Levator anguli oris mengikat dan depresor anguli oris menekan ujung mulut.

Pipi Di lapisi dari dalam oleh mukosa yang mengandung papila, otot yang terdapat pada pipi adalah otot buksinator.

- 2) Bagian rongga mulut atau bagian dalam yaitu rongga mulut yang di batasi sisinya oleh tulang maksilaris palatum dan mandbularis di sebelah belakang bersambung dengan faring.

a) Palatum

Terdiri atas 2 bagian yaitu palatum durum (palatum keras) yang tersusun atas tajuk-tajuk palatum dari sebelah tulang maksilaris dan lebih kebelakang yang terdiri dari 2 palatum. Palatum mole (palatum lunak) terletak dibelakang yang merupakan lipatan menggantung yang dapat bergerak, terdiri atas jaringan fibrosa dan selaput lendir.

b) Lidah

Terdiri dari otot serat lintang dan dilapisi oleh selaput lendir, kerja otot lidah ini dapat digerakkan ke segala arah. Lidah dibagi

atas 39 bagian yaitu: Radiks Lingua = pangkal lidah, Dorsum Lingua=punggung lidah dan Apek Lingua. Pada pangkal lidah yang kebelakang terdapat epligotis. Punggung lidah (*dorsum lingua*) terdapat putting puting pengecapatau ujung saraf pengecap. Fenukun Lingua merupakan selaput lendir yang terdapat pada bagian bawah kira-kira ditengah-tengah, jika tidak digerakkan ke atas nampak selaput lendir.

c) Kelenjar Ludah

Merupakan kelenjar yang mempunyai *ductus* bernama *ductus wartonii* dan *duktus stansonii*. Kelenjar ludah ada 2 yaitu kelenjar ludah bawah rahang (kelenjar *submaksilaris*) yang terdapat di bawah tulang rahang atas bagian tengah, kelenjar ludah bawah lidah (kelenjar *sublingualis*) yang terdapat di sebelah depan di bawah lidah. Di bawah kelenjar ludah bawah rahang dan kelenjar ludah bawah lidah di sebut koronkula sublingualis serta hasil sekresinya berupa kelenjar ludah (*saliva*). Di sekitar rongga mulut terdapat 3 buah kelenjar ludah yaitu kelenjar parotis yang letaknya dibawah depan dari telinga di antara *prosesus mastoid* kiri dan kanan *os mandibular*, duktusnya *duktus stensonii*, duktus ini keluar dari glandula parotis menuju kerongga mulut melalui pipi (*muskulus buksinator*). Kelenjar *submaksilaris* terletak di bawah rongga mulut bagian belakang, kelenjar ludah di dasari oleh saraf-saraf tak sadar.

d) Otot Lidah

Otot intrinsik lidah berasal dari rahang bawah (*mandibularis*, *oshyoid* dan *prosesus steloideus*) menyebar kedalam lidah membentuk anyaman bergabung dengan otot instrinsik yang terdapat pada lidah.

Genioglossus merupakan otot lidah yang terkuat berasal dari permukaan tengah bagian dalam yang menyebar sampai *radiks lingua*.

e) Faring (tekak)

Merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (*esofagus*), di dalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit.

b. Esofagus

Panjang esofagus sekitar 25 cm dan menjalar melalui dada dekat dengan kolumna vertebralis, di belakang trakea dan jantung. Esofagus melengkung ke depan, menembus diafragma dan menghubungkan lambung. Jalan masuk esofagus ke dalam lambung adalah kardia.

c. Gaster (Lambung)

Merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama didaerah epigaster. Lambung terdiri dari bagian 13 atas fundus uteri berhubungan dengan esofagus melalui orifisium pilorik, terletak dibawah diafragma di depan pankreas dan limpa, menempel di sebelah kiri fundus uteri.

d. Intestinum minor (usus halus)

Adalah bagian dari sistem pencernaan makanan yang berpangkal pada pylorus dan berakhir pada sekum, panjang + 6 meter. Lapisan usus halus terdiri dari:

- 1) Lapisan mukosa (sebelah dalam), lapisan otot melingkar (*m. sirkuler*)
- 2) Otot memanjang (*m. Longitudinal*) dan lapisan serosa (sebelah luar).

Pergerakan usus halus ada 2, yaitu

- 1) Kontraksi pencampur (segmentasi)
Kontraksi ini dirangsang oleh peregangan usus halus yaitu desakan kimus
- 2) Kontraksi Pendorong
Kimus didorong melalui usus halus oleh gelombang peristaltik. Aktifitas peristaltik usus halus sebagian disebabkan oleh masuknya kimus ke dalam duodenum, tetapi juga oleh yang dinamakan gastroenterik yang ditimbulkan oleh peregangan lambung terutama dihanurkan melalui *pleksus mientertus* dari lambung turun sepanjang dinding usus halus. Perbatasan usus halus dan kolon terdapat *katup ileosekalis* yang berfungsi mencegah aliran feses ke dalam usus halus. Derajat kontraksi *sfincter iliosekal* terutama diatur oleh refleks yang berasal dari sekum. Refleksi dari sekum ke sfincter iliosekal ini diperantari oleh pleksus mienterikus. Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat diserap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang

melumasi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan pecahan makanan yang dicerna). Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula, dan lemak. Iritasi yang sangat kuat pada mukosa usus, seperti terjadi pada beberapa infeksi dapat menimbulkan apa yang dinamakan "peristaltic rush" merupakan peristaltik sangat kuat yang berjalan jauh pada usus halus dalam beberapa menit.

Intestinum minor terdiri dari:

1) Duodenum (usus 12 jari)

Panjang + 25 cm, berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri. Pada lengkungan ini terdapat pankreas. Dan bagian kanan duodenum ini terdapat selaput lendir yang membuktikan di sebut papila vateri. Pada papila veteri ini bermuara saluran empedu (*duktus koledokus*) dan saluran pankreas (*duktus pankreatikus*).

2) Yeyenum dan ileum

Memunyai panjang sekitar + 6 meter. Dua perlima bagian atas adalah yeyenum dengan panjang \pm 2-3 meter dan ileum dengan panjang \pm 4-5 meter. Lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan peritoneum yang berbentuk kipas dikenal sebagai mesenterium. Akar mesenterium memungkinkan keluar dan masuknya cabang-cabang arteri dan vena mesentrika superior, pembuluh limfe dan saraf ke ruang antara 2 lapisan peritoneum yang membentuk mesenterium. Sambungan antara yeyenum

dan ileum tidak mempunyai batas yang tegas. Ujung bawah ileum berhubungan dengan seikum dengan seikum dengan perantara lubang yang bernama orifisium ileoseikalis, orifisium ini di perkuat dengan sfingter ileoseikalis dan pada bagian ini terdapat katup valvula seikalis atau valvula baukuni. Mukosa usus halus. Permukaan epitel yang sangat luas melalui lipatan mukosa dan 14 mikrovili memudahkan pencernaan dan absorpsi. Lipatan ini dibentuk oleh mukosa dan submukosa yang dapat memperbesar permukaan usus. Pada penampangan melintang vili di lapi oleh epitel dan kripta yang menghasilkan bermacam-macam hormone jaringan dan enzim yang memegang peranan aktif dalam pencernaan.

e. Intestinum Mayor (Usus besar)

Panjang \pm 1,5 meter lebarnya 5-6 cm. Lapisan-lapisan usus besar dari dalam keluar : selaput lendir, lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang, dan jaringan ikat. Lapisan usus besar terdiri dari:

1) Seikum

Di bawah seikum terdapat *appendiks vermiformis* yang berbentuk seperti cacing sehingga di sebut juga umbai cacing, panjang 6 cm.

2) Kolon asendens

Panjang 13 cm terletak di bawah abdomen sebelah kanan membujur ke atas dari ileum ke bawah hati. Di bawah hati membengkok ke kiri, lengkungan ini di sebut Fleksura hepatica, di lanjutkan sebagai kolon transversum.

3) Appendiks (usus buntu)

Bagian dari usus besar yang muncul seperti corong dari akhir seikum.

4) Kolon transversum

Panjang ± 38 cm, membujur dari kolon ascendens sampai ke kolon descendens berada di bawah abdomen, sebelah kanan terdapat fleksura hepatica dan sebelah kiri terdapat fleksura linealis.

5) Kolon descendens

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

6) Kolon sigmoid

Merupakan lanjutan dari kolon descendens terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri, bentuk menyerupai huruf S. Ujung bawahnya bersambung dengan rectum. Fungsi kolon: Mengabsorpsi air dan elektrolit serta kimus dan menyimpan feses sampai dapat dikeluarkan. Pergerakan kolon ada 2 macam:

- a) Pergerakan pencampur (*Haustras*) yaitu kontraksi gabungan otot polos dan longitudinal namun bagian luar usus besar yang tidak terangsang menonjol keluar menjadi seperti kantong.
- b) Pergerakan pendorong "*Mass Movement*", yaitu kontraksi usus besar yang mendorong feses ke arah anus.

f. Rektum dan Anus

Terletak di bawah kolon sigmoid yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus, terletak dalam rongga pelvis di depan os *sakrum*

dan *os koksigis*. Anus adalah bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rectum dengan dunia luar (udara luar). Terletak di antara pelvis, dindingnya di perkuat oleh 3 sfingter:

- 1) Sfingter Ani Internus
- 2) Sfingter Levator Ani
- 3) Sfingter Ani Eksternus

Di sini dimulailah proses devekasi akibat adanya mass movement.

Mekanisme:

- 1) Kontraksi kolon desenden
- 2) Kontraksi reflek rectum
- 3) Kontraksi reflek signoid
- 4) Relaksasi sfingter ani

5. Klasifikasi gastroenteritis

Diare diklasifikasikan menjadi beberapa jenis menurut karakteristiknya seperti berdasarkan waktu (akut dan kronis) dan karakteristik fekesnya (cair, berlemak, radang, dll). Durasi diare adalah hal penting karena bentuk akut biasanya dikarenakan beberapa agen infeksi, keracunan, atau alergi makanan. Meskipun begitu diare akut bisa juga menjadi gejala dari penyakit organik atau fungsional kronis. Diare cair merupakan gejala dari beberapa kelainan dalam penyerapan air ulang dikarenakan ketidakseimbangan antara sekresi dan absorpsi elektrolit (diare sekretorik) atau tercernanya substansi yang usus tidak dapat menyerapnya kembali (diare osmotik).

Diare dengan lemak yang banyak mungkin dikarenakan rendahnya absorpsi lipid di usus yang dikarenakan buruknya pencernaan, dan diare radang jika ada mucus dan pus. Perbedaan antara diare sekretori dan osmotik ditegakkan melalui klinis dengan cara mengeliminasi beberapa penyebab diare osmotik yang umumnya sedikit. Diare osmotik dikarenakan pencernaan garam (magnesium sulfat atau fosfat) atau polisakarida (mannitol, sorbitol) yang tidak siap untuk dicerna, atau untuk defek beberapa enzim di mukosa usus (contohnya kurangnya laktase). Diare osmotik berhenti saat pasien puasa, atau saat substansi yang tidak siap diserap tidak lagi dicerna. Diare sekretori, berlanjut meskipun pasien telah berhenti makan. Diare sekretori mungkin disebabkan oleh beberapa faktor, antara endogen atau exogen, yang menentukan ketidakseimbangan antara absorpsi dan sekresi elektrolit. Diantara penyebab diare sekretori, terdapat juga abnormalitas motilitas usus, keduanya merupakan penyakit primer dan sekunder terdapat penyakit metabolik maupun neuro-endokrin sistemik. (Rendang Indriyanti & Putra, 2020).

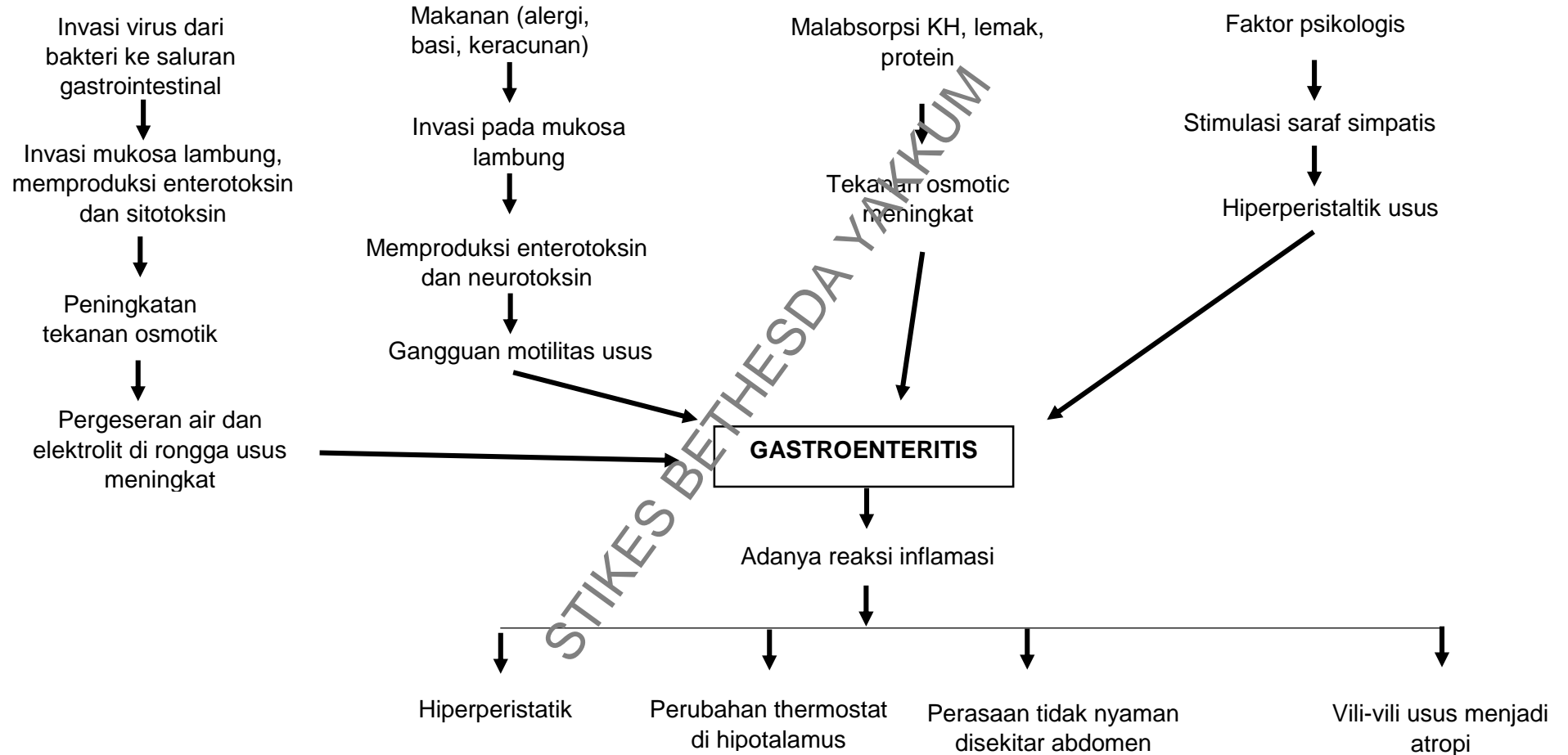
6. Patofisiologi dan patway

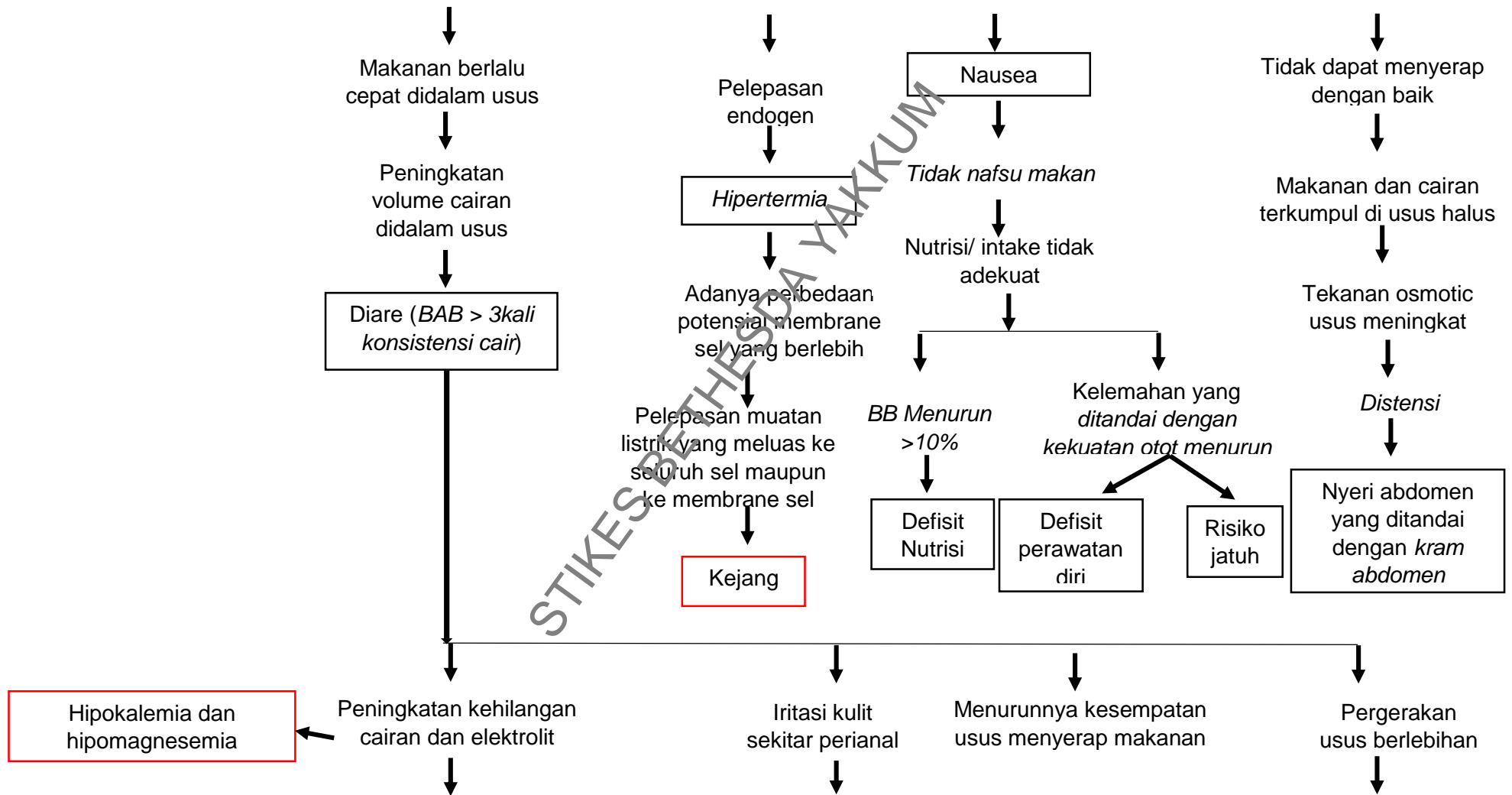
Sekitar 1500 ml perhari materi yang telah dicerna oleh usus, sebagian besar direabsorpsi oleh usus dan hanya menyisakan 200 ml feses untuk dieliminasi. Diare dengan jumlah banyak ditandai oleh peningkatan jumlah dan volume feses yang disebabkan kandungan air yang ada pada feses. Peningkatan kandungan air disebabkan oleh proses osmosis atau sekretori. Air tertarik ke dalam lumen usus oleh osmosis ketika feses

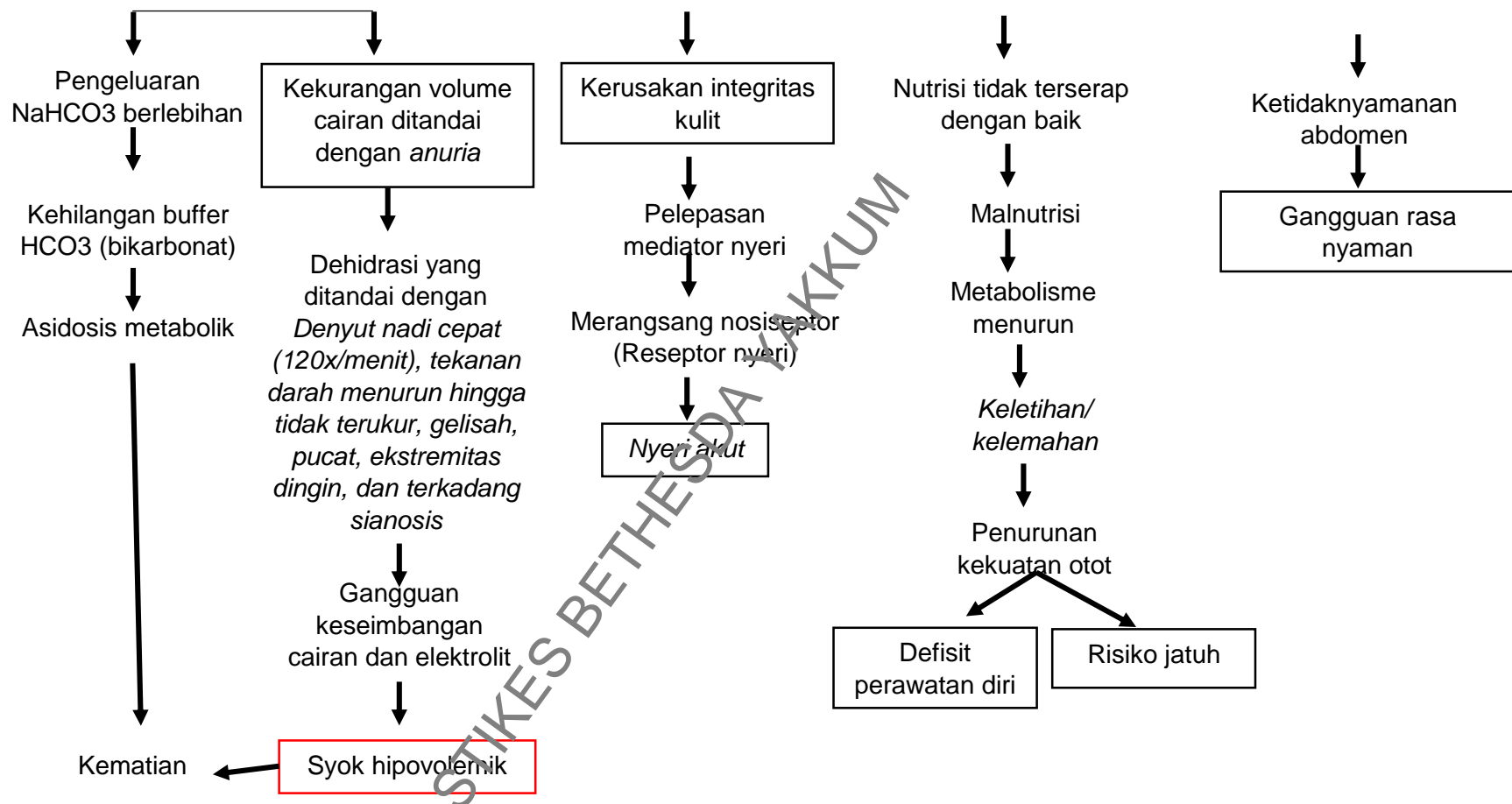
mengandung molekul aktif secara osmosis. Beberapa pelunak feses dan laktasi bekerja dengan prinsip tersebut. (LeMone, 2016)

STIKES BETHESDA YAKKUM

Skema 1
Patway Gastroenteritis







Sumber: (Haryono, 2012), (Brunner, 2018), (LeMone, 2016), (Smeltzer, 2018), (Murtaqib, 2020)

7. Tanda dan gejala

- a. Peningkatan frekuensi defekasi dan peningkatan jandungan cairan dalam feses.
- b. Kram abdomen, distensi, bunyi bergemuruh di usus/ borborigmus, anoreksia, dan rasa haus.
- c. Kontraksi anus yang spasmodic dan nyeri

Gejala lainnya bergantung pada penyebab dan tingkat keparahan seperti

- a. Feses encer, penyakit pada usus halus
- b. Feses semi padat, lunak, disebabkan gangguan pada usus besar
- c. Feses berlemak dan banyak, menunjukkan malabsorpsi usus
- d. Terdapat darah, lender, dan nanah dalam feses, menunjukkan colitis atau enteritis inflamasi
- e. Diare nocturnal, neuropati diabetic (Smeltzer, 2018)

Tanda dan gejala menurut Murtaqib (2020) yaitu

- a. Mual dan muntah
- b. Nyeri dan demam
- c. Klien merasa lidah kering, tulang pipi menonjol, dan turgor menurun.
- d. Gangguan metabolik (asidosis metabolik)
- e. Denyut nadi cepat (120x/menit), tekanan darah menurun hingga tidak terukur, gelisah, pucat, ekstremitas dingin, dan terkadang sianosis.
- f. Kekurangan kalium (aritmia jantung)
- g. Perfusi ginjal menurun (anuria)

8. Komplikasi

Gastroenteritis dapat menimbulkan dampak yang merusak. Air dan elektrolit dapat hilang melalui feses yang cair. Kondisi ini dapat menyebabkan dehidrasi terutama pada individu yang berusia sangat muda, lansia, lemah yang tidak mampu merespon rasa haus. Pada diare berat, kolaps vaskuler dan syok hipovolemik dapat terjadi. Kalium dan magnesium hilang dari tubuh, berpotensi menyebabkan hypokalemia dan hipomagnesemia. Hilangnya bikarbonat melalui feses dapat menyebabkan asidosis metabolik. (LeMone, 2016)

Tabel 1
Penilaian dehidrasi menggunakan metode Dhaka

Penilaian	Derajat A	Derajat B	Derajat C
Kondisi umum	Normal	Iritabelkurang aktif*	Letargi/koma*
Mata	Normal	Cekung	-
Mukosa	Normal	Kering	-
Haus	Normal	Haus	Tidak bisa minum*
Nadi radialis	Normal	Volume rendah*	Absen*
Turgor kulit	Normal	Berkurang*	-
Diagnosis	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi setidaknya 2 tanda*	Dehidrasi berat. Tanda dehidrasi sedang disertai setidaknya satu tanda*
Terapi	Mencegah dehidrasi	Rehidrasi dengan larutan rehidrasi oral	Rehidrasi dengan larutan intravena dan larutan rehidrasi oral
	Penilaian kembali secara periodik	Penilaian lebih rutin	Penilaian kembali lebih rutin

9. Pemeriksaan diagnostik

Hitung sel darah lengkap: kimia serum, urinalisis, pemeriksaan feses rutin, dan pemeriksaan feses untuk mengetahui adanya organisme parasite atau infeksius, toksin bakteri, darah, lemak, elektrolit, dan sel darah putih. Endoskopi atau enema barium dapat mengidentifikasi penyebab diare.

(Brunner, 2018)

10. Penatalaksanaan medik

- a. Penatalaksanaan medis primer ditujukan pada upaya mengontrol gejala, menegah komplikasi, dan menyingkirkan atau mengatasi penyakit penyebab.
- b. Medikasi tertentu seperti antibiotik, antidiare, difenoksilat.
- c. Menambah cairan oral
- d. Antimikroba
- e. Terapi IV

(Brunner, 2018)

Penatalaksanaan menurut Haryono (2012) yaitu:

a. Dietik

Pemberian makanan dan minuman pada pasien diare dengan tujuan penyembuhan, seperti makanan yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral dan makanan yang bersih.

b. Obat-obatan

- 1) Obat antidiare
- 2) Obat antiemetic
- 3) Vitamin dan mineral

4) Antispasmodik dan antikolinergik

c. Rehidrasi

Tujuan rehidrasi yaitu menangani pasien yang kekurangan cairan dan elektrolit secara cepat kemudian mengganti cairan yang hilang sampai diare berhenti dengan oralit, cairan infus yaitu ringer laktat, dekstros 5%.

11. Prognosis

Dengan penggantian cairan yang adekuat, perawatan yang mendukung, dan terapi antimicrobial jika diindikasikan, prognosis diare sangat baik. (Amin, 2015)

12. Pencegahan

- a. Memisahkan makanan yang mentah dari yang matang.
- b. Mencuci tangan sebelum makan.
- c. Menjauhi makanan yang diragukan kebersihannya dan tidak minum air keran.
- d. Menyimpan makanan di lemari es dan hindari meninggalkan makanan di bawah paparan sinar matahari atau suhu ruangan.
- e. Utamakan memakan makanan dari bahan makanan yang segar.
- f. Jagalah kebersihan kuku kamu terutama jika memiliki kuku yang panjang. (Hendrastuti, 2019).

B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien gastroenteritis menurut Haryono (2012) yaitu

a. Identitas pasien

b. Riwayat kesehatan saat ini

Feses semakin cair, muntah, bila kehilangan banyak air dan elektrolit terjadi gejala dehidrasi, berat badan menurun.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah menderita diare sebelumnya, karena alergi makanan atau lainnya.

d. Kebutuhan dasar

1) Pola eliminasi

Akan mengalami BAB lebih dari 4x sehari dan BAK sedikit atau jarang

2) Pola nutrisi

Diawali dengan mual, muntah, anoreksia, menyebabkan penurunan berat badan.

3) Pola tidur akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang menyebabkan perasaan tidak nyaman.

4) Aktivitas akan terganggu karena keadaan tubuh yang lemah

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum tampak lemah, kesadaran kompos mentis sampai coma, suhu tubuh tinggi, nadi cepat dan lemah, pernafasan agak cepat.

2) Pemeriksaan sistemik

a) Inspeksi

Mata cekung, ubun-ubun besar, selaput lender kering dan mukosa bibir juga kering, berat badan menurun, anus kemerahan.

b) Auskultasi: terdengarnya bising usus

c) Perkusi Adanya distensi abdomen

d) Palpasi: turgor kulit kurang elastis


2. Diagnosa keperawatan

Menurut Haryono (2012) diagnosis yang muncul pada pasien GEA adalah

- a. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, dibuktikan dengan defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam, feses lembek atau cair
- b. Risiko hipovolemia dengan faktor risiko kehilangan cairan secara aktif
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient ditandai dengan berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis inflamasi ditandai dengan mengeluh nyeri, meringis, gelisah, sulit tidur, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat
- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan volume cairan ditandai dengan kerusakan lapisan kulit.




3. Perencanaan keperawatan


Tabel 2
Intervensi keperawatan teori

No	Diagnosis Keperawatan & Data Penunjang	Tindakan Keperawatan		Rasional
		Tujuan & Kriteria	Tindakan	
1	<p>(D.0020) Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi dibuktikan dengan defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam, feses lembek atau cair.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>(L.04033) Eliminasi Fekal Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsistensi feses membaik 2. Frekuensi defekasi membaik 3. Peristaltik usus membaik <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>(I.03101) Manajemen diare</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare 2. Identifikasi riwayat pemberian makan 3. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 4. Monitor jumlah pengeluaran urine 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab diare meliputi inflamasi, iritasi, proses infeksi, efek obat-obatan. 2. Pemberian makanan alergi atau basi dapat menyebabkan diare 3. Penanganan utama pada pasien diare adalah cairan, tanda dan gejala pasien hipovolemia menandakan status dehidrasi pasien 4. Pengeluaran urin sebagai indicator dari dehidrasi, urine keluar sedikit atau bahkan tidak ada urin yang keluar menandakan ginjal tidak menerima cairan yang seharusnya karena terlalu banyak cairan keluar melalui feses

No	Diagnosis Keperawatan & Data Penunjang	Tindakan Keperawatan		Rasional
		Tujuan & Kriteria	Tindakan	
			5. Berikan asupan cairan oral 6. Berikan cairan intravena 7. Ambil sampel darah 8. Ambil sampel feses 9. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas	5. Cairan oral seperti oralit akan menggantikan cairan dan elektrolit yang hilang. 6. Pemberian cairan intravena dilakukan agar cairan dan elektrolit segera digantikan ketika pengeluaran cairan terlalu banyak. 7. Sampel darah menentukan tingkat kehilangan cairan dan elektrolit 8. Kultur feses untuk mengetahui apakah terdapat bakteri atau virus penyebab diare 9. Antimotilitas mengurangi gerakan usus, sehingga peristaltic menurun dan frekuensi diare berkurang

STIKES BETHESDA YAKKUM

No	Diagnosis Keperawatan & Data Penunjang	Tindakan Keperawatan		Rasional
		Tujuan & Kriteria	Tindakan	
2	<p>Tgl: 23 Mei 2022 Jam: 15:00 WIB</p> <p>(D.0034) Risiko hipovolemia dengan faktor risiko kehilangan cairan secara aktif</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl: 23 Mei 2022 Jam: 15:00 WIB</p> <p>(L.03028) Status cairan Setelah dilakuka tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Outpute urin meningkat <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl: 23 Mei 2022 Jam: 15:00 WIB</p> <p>(I.03098) Manajemen cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan outpute 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan asupan oral 5. Berikan cairan intravena RL 500ml <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl: 23 Mei 2022 Jam: 15:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda dan gejala hipovolemia yaitu frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun 2. Menginformasikan keadaan cairan pasien 3. Mengetahui kebutuhan yang harus tercapai 4. Agar cairan pada tubuh tetap terjaga, atau mengganti cairan yang telah hilang 5. Cairan intravena adalah tindakan rehidrasi dengan pasien kehilangan cairan dan elektrolit yang tinggi

No	Diagnosis Keperawatan & Data Penunjang	Tindakan Keperawatan		Rasional
		Tujuan & Kriteria	Tindakan	
3	<p>Tgl: 23 Mei 2022 Jam: 15:00 WIB</p> <p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan ditandai dengan berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl: 23 Mei 2022 Jam: 15:00 WIB</p> <p>(L.03030) Status nutrisi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. IMT membaik <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl: 23 Mei 2022 Jam: 15:00 WIB:</p> <p>(I.03119) Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien 2. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan tinggi kalori dan protein 4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl: 23 Mei 2022 Jam: 15:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alergi makanan pada pasien diare akan menambah masalah pada lambung dan usus karena terjadi reaksi alergi 2. Selain mencegah konstipasi serat juga meredakan masalah saluran cerna seperti diare. 3. Pasien diare kehilangan banyak nutrisi sehingga penatalaksanaan diperlukan pemberian kalori dan protein. 4. Jumlah kalori pada pasien diare harus sesuai untuk mengganti yang hilang melalui feses

BAB III
PENGELOLAAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Tgl Pengkajian: 23 Mei 2022 Pukul: 09:00 Oleh: Okryadi Pranajaya M.

1. Identitas

a. Klien

Nama : Tn. P
Tempat/tgl lahir (Usia) : Jombang, 02 Maret 1948 (74 tahun)
Agama : Islam
Status perkawinan : Kawin
Pendidikan : STM
Pekerjaan : Sudah tidak bekerja
Lama bekerja : -
Suku/Bangsa : Jawa
Tgl. Masuk RS : 22 Mei 2022
No. RM : 00589XXX
Ruang : Ruang 6 Kamar 4a
Diagnosis Kerja/Medis : Diare

b. Keluarga/Penanggung jawab

Nama : Ny. D
Hubungan : Anak
Umur : 34
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Guru

Alamat : Melati weningan, Sleman

2. Riwayat kesehatan

a. Kesehatan Klien

1) Keluhan utama saat dikaji

Pasien mengatakan mual sejak tadi subuh

2) Keluhan tambahan/keluhan yang lain saat dikaji

Pasien mengatakan kulit teraba hangat, suhu tubuh 37.8°C, tidak selera makan, belum ada makanan yang dimakan sejak dirawat dirumah sakit.

3) Alasan masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan pada tanggal 22 Mei 2022 malam, pasien merasa mual dan muntah sudah enam kali kurang lebih 100cc satu kali muntah sampai dilakukan pengkajian, BAB sejak tadi malam sudah lima kali dengan konsistensi cair sampai saat pengkajian

4) Riwayat penyakit sekarang

Pada tanggal 22 Mei 2022, pasien mengatakan merasa mual yang dirasakan dari siang hari disertai dengan BAB dengan konsistensi cair dan frekuensi lebih dari tiga kali, pasien tampak lemah, sehingga dibawa keluarga ke Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta, di ruang IGD pasien di lakukan pengkajian didapat, pasien mual-mual dan sudah BAB empat kali dengan konsistensi cair pasien mengatakan BAB pertama dan kedua jumlahnya banyak sedangkan BAB yang selanjutnya hanya sedikit-sedikit, pasien tidak mengeluh nyeri. Keadaan umum pasien baik kesadaran

compos mentis, tensi 178/91 mmHg, nadi 89x/menit. Pada saat di IGD pasien sudah dilakukan pemeriksaan laborat, rdiologi, dan ECG. Kemudian pada pukul 04:30 pasien di pindahkan ke ruang enam dengan alasan dilakukan perawatan. Saat di ruangan sudah diberikan aspar K, dan ondancentron.

5) Riwayat penyakit yang lain

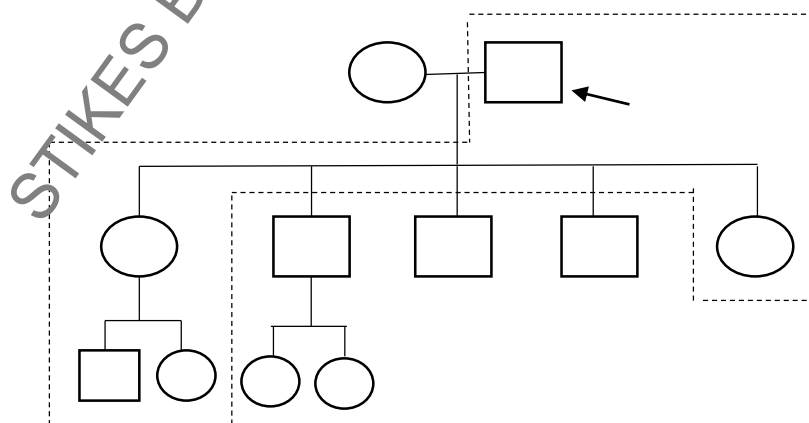
Pasien mengatakan menderita penyakit diabetes sejak 30 tahun yang lalu dan sudah dilakukan tindakan, penyakit jantung sudah 2 tahun yang lalu, dan hipertensi sudah 2 tahun yang lalu dan rutin mengkonsumsi obat anti hipertensi

6) Alergi

Pasien mengatakan alergi mengkonsumsi ikan mas

b. Kesehatan keluarga

Skema. 2
Genogram



Keterangan:

Laki-laki : □

Perempuan : ○

Klien : ↗

Meninggal : ×

Hubungan keluarga : —

Tinggal Serumah : ---

Pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes dari ayahnya, keluarga pasien yang lain tidak ada menderita penyakit yang pasien derita.

3. Pola fungsi kesehatan

a. Pola nutrisi-metabolik

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan frekuensi makan tiga kali dalam sehari, makan nasi sayur, pasien tidak ada diet, setiap porsi yang disediakan selalu habis, pasien menyukai sayur-sayuran dan kurang menyukai daging, pasien pantang mengonsumsi ikan laut, pasien juga mengonsumsi vitamin B kompleks, pasien makan di rumah nafsu makan baik. Pasien minum air mineral dalam sehari 1800 ml dan pasien juga minum diabetasol

2) Selama sakit

Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit hanya makan $\frac{1}{4}$ porsi, sampai saat dilakukan pengkajian makanan yang disediakan belum dimakan, pasien mengatakan tidak nafsu makan, karena jika pasien makan akan muntah. Pasien minum hanya satu gelas 230cc sejak masuk rumah sakit sampai saat dilakukan pengkajian. Pasien mengeluhkan perut terasa penuh, dan diare, tidak ada gangguan menelan dan tidak ada keluhan mengunyah.

Perhitungan menggunakan rumus Harris Benedict:

a) Kebutuhan kalori

$$66 + (13,7 \times BB) + (5 \times TB) - (6,8 \times Usia)$$

$$66 + (13,7 \times 71) + (5 \times 168) - (6,8 \times 74)$$

$$66 + 972,7 + 840 - 503,2$$

$$1878.7 - 503.2$$

$$1375.5 \text{ kkal}$$

b) Kebutuhan protein

Satuan jumlah protein = gram, 1 gram protein 4 kkal

10-15% dari total energy

$$15\% \times 1375.5 / 4$$

$$15\% \times 343.8$$

$$51.57 \text{ gram}$$

c) Kebutuhan lemak

20% X total kebutuhan kalori / 9

$$20\% \times 1375.5 / 9$$

$$20\% \times 152.8$$

$$30.56 \text{ gram}$$

d) Kebutuhan karbohidrat

65% X total kebutuhan kalori / 4

$$65\% \times 1375.5 / 4$$

$$65\% \times 343.8$$

$$223.47 \text{ gram}$$

b. Pola eliminasi

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit sudah mengalami masalah pada pencernaan yaitu sulit untuk BAB, pasien mengatakan frekuensi BAB empat hari satu kali, waktu BAB tidak tentu, warna BAB kuning, posisi BAB duduk, untuk mengatasi sulit

BAB pasien meminum teh setiap hari yang digunakan sebagai obat pencahar.

2) Selama sakit

Pasien mengatakan selama di rumah sakit sudah empat kali BAB berwarna kuning, dengan konsistensi cair

a) Kebutuhan cairan BB 71kg

Kebutuhan cairan orang dewasa: 30-50 cc/kgBB/hari

(30cc x 71kgBB/hari) sampai (50cc x 71kgBB/hari)

2,130 cc sampai 3,550 cc/ hari

b) *Inssensible water loss* (IWL) 10-15cc x kgBB/24 jam

= (10 x BB/24 jam) sampai (15 x BB/24 jam)

= (10 x 71kg/24jam) sampai (15 x 71kg/24 jam)

= 710 cc/24 jam sampai 1065cc/24 jam

Suhu pasien tinggi 38.3°C

$IWL = ((10\% \times 230 \text{ cc}) \times (38.3^\circ\text{C} - 36.8^\circ\text{C}) + 710) / 24\text{jam}$

$IWL = (23 \times 1.5) + 710 / 24\text{jam}$

$IWL = 31\text{cc/jam}$

c) Balance cairan

= Cairan masuk – cairan keluar

= (230 cc air mineral + 600cc cairan infus) – (Urine 240cc+
muntah 600 cc + IWL 279 cc/ 9jm)

= 830cc – 1119cc

= - 289

c. Pola aktifitas istirahat-tidur

1) Sebelum sakit

a) Keadaan aktivitas sehari-hari

Tabel 3
Aktivitas sebelum sakit

AKTIVITAS	0	1	2	3	4
Mandi	√				
Berpakaian/berdandan	√				
Eliminasi	√				
Mobilisasi di tempat tidur	√				
Pindah	√				
Ambulasi	√				
Naik tangga	√				
Memasak	√				
Belanja	√				
Merapikan rumah	√				

Keterangan:

0 =mandiri

1 = dibantu sebagian

2 = perlu bantuan orang lain

3 = perlu bantuan orang lain dan alat

4= tergantung total

b) Kebutuhan tidur

Pasien mengatakan tidur malam dari pukul 22:00 sampai pukul 05:00, pasien mengatakan jarang tidur siang, pasien mengutamakan tidur malam dan tidak ada pengantar untuk tidur. Pasien tidur menggunakan bantal, selimut, guling, tidak ada keluhan dalam hal tidur.

c) Kebutuhan istirahat

Pasien mengatakan sudah tidak bekerja sehingga sehari-hari selalu istirahat.

2) Selama sakit

a) Keadaan aktivitas sehari-hari

Tabel 4.
Aktivitas selama sakit

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan/ minum		√			
Mandi		√			
Toileting		√			
Berpakaian		√			
Mobilisasi di TT		√			
Berpindah		√			
Ambulasi/ROM		√			

Keterangan:

0 =mandiri

1 = dibantu sebagian

2 = perlu bantuan orang lain

3 = perlu bantuan orang lain dan alat

4= tergantung total

b) Kebutuhan tidur

Pasien mengatakan kebutuhan tidur terpenuhi

c) Kebutuhan istirahat

Pasien mengataka kebutuhan istirahat terpenuhi

d. Pola Kebersihan diri (Sebelum sakit)

1) Kebersihan kulit

Pasien mengatakan jika mandi selalu menggunakan sabun dan mengosok seluruh tubuh, pasien mandi dua kali sehari pagi dan sore.

2) Kebersihan rambut

Pasien mengatakan jika mandi selalu membersihkan rambut dengan menggunakan sampo.

3) Kebersihan telinga

Pasien mengatakan selalu membersihkan telinga dengan *cotton buds* setelah mandi, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran

4) Kebersihan mata

Pasien mengatakan jika mandi selalu membersihkan area pinggir mata, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

5) Kebersihan mulut

Pasien mengatakan jika mandi selalu membersihkan gigi dengan pasta gigi dan penggosok gigi.

6) Kebersihan kuku

Pasien mengatakan tidak suka jika kuku panjang, sehingga jika panjang sedikit kuku langsung di potong, pasien tidak pernah menggunakan cat kuku.

e. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

1) Pemahaman tentang arti sehat

Pasien memahami tentang arti sehat

2) Perlindungan kesehatan

Pasien sudah melakukan vaksin covid 19, dan selalu minum vitamin

3) Pengetahuan tentang pemeriksaan diri sendiri

Pasien rutin untuk periksa ke tenaga kesehatan

4) Riwayat medis

Pasien mengatakan riwayat diabetes, penyakit jantung, dan darah tinggi

5) Perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan

Pasien selalu konsu kesehatan dan rutin menjalankan pengobatan

6) Gaya hidup yang berhubungan dengan kesehatan

Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi alkohol, rokok, NAPZA, dan tidak minum kopi.

f. Pola reproduksi-seksualitas

1) Pemahaman tentang fungsi seksualitas dan reproduksi

Pasien mengatakan sudah pisah rumah bersama istrinya sejak dua tahun yang lalu sehingga tidak pernah lagi berhubungan badan, pasien mengatakan tidak ada gangguan ereksi.

2) Perkembangan karakteristik seks sekunder

Pasien mengatakan tidak ada gangguan ereksi

g. Pola kognitif-persepsi/sensori

1) Keadaan mental

Pasien sadar, pasien selalu bertanya apa masalah yang dialami oleh nya karena pasien baru pertama kali menderita sakit seperti ini

2) Tingkat ansietas

Tingkat ansietas pasien ringan karena sudah biasa masuk rumah sakit dan pasien juga selalu ditemani oleh keluarga.

3) Tingkat pendidikan

Pasien lulsan STM

4) Kemampuan pengambil keputusan

Pasien selalu berdiskusi dengan anak-anaknya jika ingin mengambil keputusan

5) Berbicara/komunikasi

Pasien nyambung saat diajak komunikasi

6) Pendengaran

Pendengaan pasien baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran

7) Pengelihatan

Penglihatan pasien baik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan

8) Penciuman

Pasien dapat mencium bau kopi dan minyak kayu putih

9) Perabaan

Pasien masih merasakan jika di sentuh

10) Pengecapan

Pasien dapat menyebutkan rasa kopi dan gula

11) Persepsi ketidaknyamanan

Pasien mengatakan lemah

12) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi ketidaknyamanan

Pasien berbaring saja

h. Pola konsep diri-persepsi diri

1) Pola Konsep Diri

a) Gambaran diri

Pasien menyadari sakit yang dialami saat ini mengganggu aktivitas sehari-hari.

b) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat memenuhi kebutuhannya.

c) Harga diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya sangat berharga

d) Peran diri:

Pasien mengatakan dirinya dirumah sebagai ayah dan kakek

e) Identitas diri

Pasien adalah ayah dari 5 orang anak dan 4 orang cucu

2) Identitas personal

Pasien adalah ayah dari 5 orang anak dan 4 orang cucu

3) Keadaan fisik

Keadaan fisik baik tidak ada cacat

4) Riwayat berhubungan dengan masalah fisik dan atau psikologis

Pasien mengatakan tidak ada masalah yang berhubungan dengan fisik dan psikologis

i. Pola mekanisme koping

1) Pengambilan keputusan

Pasien mengatakan pengambilan keputusan dalam keluarga diambil bersama-sama

2) Hal-hal yang dilakukan jika mempunyai masalah

Pasien mengatakan jika ada masalah pasien berdoa

j. Pola peran – hubungan

Pasien mengatakan berhubungan baik dengan tetangga dan saat dirumah sakit juga berhubungan baik dengan tenaga kesehatan

k. Pola nilai dan keyakinan

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan rajin untuk berdoa kepada Tuhan

2) Selama sakit

Pasien mengatakan rajin untuk berdoa kepada Tuhan dan memohon untuk kesembuhannya

3) Pendampingan selama sakit

Pasien hanya berdoa sendiri

4. Pemeriksaan fisik

a. Pengukuran TB: 168cm

b. Pengukuran BB: 71kg

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{(\text{Tinggi Badan})^2} = \frac{71 \text{ Kg}}{(1,68)^2} = 25 = \text{BB lebih}$$

c. Pengukuran tanda-tanda vital

1) Tekanan darah: 160/100 mmHg, diukur di tangan kiri/ arteri brachialis sinistra, posisi pasien berbaring, menggunakan manset dewasa

2) Nadi: 84x/menit, regular, diukur di arteri radialis dekstra, kualitas teraba kuat

3) Suhu: 38,3°C, diukur di aksila

4) Respirasi: 18x/menit, regular, tipe pernapasan dada

5) Nyeri: pasien tidak mengeluh nyeri

d. Tingkat kesadaran

1) Kualitatif: kesadaran compos mentis

2) Kuantitatif: GCS: E4, V:5 M:6

e. Keadaan umum

Pasien sakit sedang karena masih mengeluh mual dan merasa lemah, kesadaran compos mentis, terpasang infus ditangan kanan.

f. Pemeriksaan fisik/ *Head to toe*

1) Intergumen

Warna kulit sawo mateng, kulit elastis, turgor kulit baik, tidak ada lesi.

2) Kepala

Bentuk kepala bulat, kulit kepala bersih, tidak ada luka, tidak ada ketombe, tidak ada nyeri tekan, rambut berwarna putih dan pertumbuhan tidak merata.

3) Mata

Simetris kiri dan kanan, tidak ada kemerahan, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil anisokor, reflek cahaya positif, tidak menggunakan kaca mata.

4) Telinga

Telinga simetris, tidak ada kotoran telinga, tidak ada benjolan disekitar telinga, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak menggunakan alat bantu dengar.

5) Hidung

Simetris, tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung, kemampuan mencium baik

6) Mulut dan tenggorokan

Pasien mampu berbicara dengan baik, mukosa bibir lembab, bibir berwarna kemerahan, warna lidah merah muda, palatum berwarna merah muda, terdapat uvula, gigi utuh dan tidak berlubang, tidak ada bau napas, tonsil To, tidak menggunakan kawat gigi.

7) Leher

Bentuk simetris, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

8) Tengukuk

Tidak terdapat kaku kuduk

9) Dada

a) Inspeksi

Bentuk simetris, pengembangan paru saat bernapas kanan dan kiri sama, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, tidak ada retraksi dada, irama pernapasan konstan.

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat massa, ekspansi paru kiri dan kanan sama, getaran taktik fremitus kiri dan kanan sama

c) Perkusi

Batas atas kiri jantung ICS II parasternal sinistra, Batas kanan ICS IV garis parasternal dekstra, batas kiri bawah jantung linea media clavicularis ICS ke 5 midclavicula sinistra. Tidak ada pembesaran jantung.

d) Auskultasi

Suara vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan. Bunyi jantung S1 S2 tunggal

10) Payudara

a) Inspeksi

Bentuk normal, bersih, areola mammae coklat, tidak ada benjolan

b) Palpasi

Tidak ada massa/tumor.

11) Punggung

Bentuk simetris, tidak ada kelainan bentuk tulang seperti kifosis, lordosis ataupun skoliosis

12) Abdomen (IAPP)

a) Inspeksi

Perut datar, warna kulit sawo matang, tidak ada luka, umbilicus tidak menonjol.

b) Auskultasi

Bising usus 37x/menit

c) Perkusi

Suara timpani, tidak ditemukan acites

d) Palpasi

Tidak teraba massa, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba pembesaran hepar dan lien, turgor kulit elastis.

13) Anus dan rektum

Tidak dilakukan pemeriksaan

14) Genetalia

Tidak dilakukan pemeriksaan

15) Ekstremitas

a) Atas

Anggota gerak lengkap, tidak ada kelainan pada jari-jari tangan, tidak terdapat lesi, tidak ada clubbing finger, kekuatan

otot kiri dan kanan empat, tidak terdapat edema, CRT kurang dari dua detik, terpasang infus di lengan kanan

b) Bawah

Anggota gerak lengkap, kekuatan otot kiri dan kanan empat, bentuk kaki simetris tidak berbentuk O atau X, tidak terdapat varises dan edema

c) Range of Motion

Pasien menggunakan ROM aktif yaitu menggunakan tenaganya sendiri untuk melakukan mobilitas

d) Perubahan bentuk tulang

Tidak ada perubahan bentuk tulang

e) Perabaan akral

Akral teraba hangat

f) Kekuatan otot

4	4
4	4

16) Refleks neurologis

a) Reflek fisiologis

Biceps (+), triceps (+), patella (+)

b) Reflek patologis

1) Kaku kuduk (-) dilakukan dengan cara tangan pemeriksa ditempatkan dibawah dagu dan kepala pasien yang sedang posisi tidur berbaring, tangan yang lain diletakan dada pasien kemudian kepala pasien dipleksikan kedepan

sampau dagu menyentuh dada, pada pasien tidak ada tahanan sehingga kaku kuduk (-).

- 2) Babinski (-) dilakukan dengan cara menggoreskan telapak kaki mulai dari tumit sampai pangkal jari, pada pasien tidak terjadi dorsofleksi sehingga Babinski (-)
- 3) Chadok (-) dilakukan dengan cara menggoreskan bagian lateral malleolus dengan alat agak lancip tetapi tidak tajam.
- 4) Openheim (-) dilakukan dengan cara mengurut kuat otot tibialis anterior kearah distal.

Tabel 5
Pengkajian Risiko Pasien Jatuh Skala Morse

No.	Faktor Risiko	Kriteria	Skor	Skor
1.	Riwayat jatuh	Tidak pernah jatuh	0	0
		Remah jatuh dalam 3 bulan terakhir	25	
2.	Diagnosa	Hanya satu diagnosa	0	
		Terdapat lebih dari satu diagnosa	15	15
3.	Bantuan berjalan	Berjalan tanpa bantuan, tirah baring / imobilisasi, di kursi roda dengan bantuan perawat	0	0
		Berjalan menggunakan kruk / alat lain	15	
		Berjalan memegang furniture untuk topangan	30	
4.	Menggunakan infus	Tidak diinfus	0	
		Dipasang infus	20	20
5.	Cara berjalan/ berpindah	Normal, tirah baring / tidak bergerak	0	0
		Lemah (kondisi pasien lemah)	10	10
		Terganggu	20	
6.	Status mental	Mengetahui kemampuan diri	0	0
		Lupa keterbatasan	15	
Total Skor				45

5) Keterangan:

6) Skor 0 – 24: Tidak berisiko

7) Skor 25 – 45: Risiko rendah

8) Skor ≥ 45 : Risiko tinggi

5. Diagnostik test

Tanggal 23 Mei 2022

a) Radiologi

Kesan

1) Peningkatan bronchovaskuler pulmo

b) Laboratorium

Tabel 6
Hasil laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
1	Hemoglobin	12.9	g/dl	13,2-17,3
2	Hematokrit	36.0	gr/dl	40-50
3	Leukosit	17,02	Ribu/mm	4.5-11,5
4	Eosinophil	0,4	%	2-4
5	Basophil	0,2	%	0-1
6	Netrofil segmen	88.1	%	50-70
7	Limfosit	7,4	%	18-42
8	Monosit	3,9	%	2-8
9	Eritrosit	4,80	Juta/mk	4.20-5.40
10	MCV/ER	80,4	fL	80.0-94.0
11	MCH/HER	28.8	fL	26.0-32.0
12	MCHC/KHER	35,8	g/dL	32.0-36.0
13	Antigen Sae Cov 2	Negatif		Negatif
14	Trombosit	249	Ribu/mmk	150-450
15	Gukosa sesaat POCT	127.0	Mg/dL	70-140
16	Ureum	57.4	Mg/dL	17.0-54.0
17	Creatinine	2.99	Mg/dL	0.73-1.18
18	Natrium	143.4	Mmol/L	136-146
19	Kalium	2.78	Mmol/L	.5-5.1

6. Program pengobatan dan analisa obat

a) Obat parenteral

Tabel 7
Program pengobatan

No	Nama obat	Dosis	Waktu	Rute
1	Pantoprazole	1amp	1x1	IV
2	Ceftriaxone	2gr	2x1	IV
3	Ondancentron	4mg	2x1	IV

b) Obat non parenteral

Tabel 8
Program pengobatan

No	Nama obat	Dosis	Waktu	Rute
1	Sucralfate	5 ml	3x1	Oral
2	Aspar K	300 mg	2x1	Oral
3	Domperidone	10mg	3x1	Oral
4	Arcapec	50 mg	3x2	Oral
5	Nocid	500mg	3x1	Oral
6	Nitrokaf retard	2.5 mg	1x1	Oral
7	Trimetadizin	35 mg	1x1	Oral
8	Amlodipin	5mg	1x1	Oral
9	As. Folat	1mg	1x1	Oral
10	Q ten	1 kaplet	1x1	Oral
11	Vit B Comp		1x1	Oral
12	Acarbase	100mg	3x2	Oral

Tabel 9
Analisa obat

No	Nama Obat	Indikasi	Kontra Indikasi	Efek Samping	Implikasi Keperawatan
1	Pantoprazole	Keluhan akibat peningkatan asam lambung	Disfungsi hati dan ginjal	Mual, muntah	Observasi keadaan pasien
2	Ceftriaxone	Mengatasi infeksi intraabdomen	Hipersensitivitas obat sefalosporin	Diare	Monitor BAB
3	Ondancentron	Meredakan mual dan muntah	Hipersensitivitas	Nyeri dada, bradikardi	Observasi nadi pasien

No	Nama Obat	Indikasi	Kontra Indikasi	Efek Samping	Implikasi Keperawatan
4	Sucralfate	Tukak lambung dan usus	Hipersensitivitas	Vertigo, sembelit	Monitor BAB
5	Aspar K	Suplemen	Pasien dengan penyakit addison	Nafsu makan menurun	Observasi keadaan pasien
6	Domperidone	Mual dan muntah	Tumorhipovisis, gangguan elektrolit yang signifikan	Reaksi hipersensitivitas	Observasi keadaan pasien
7	Arcapec	Diare non spesifik	Pasien konstipasi	Pemakanan berlebihan menyebabkan konstipasi	Observasi eliminasi fekal pasien
8	Nocid	Pemenuhan protein	Hiperkalsemia	Hiperkalsemia	Observasi keadaan pasien
9	Nitrokaf retard	Angina pektoris	Glukoma, syok kardiogenik	Sakit kepala, hipotensi, takikardi	Observasi TTV pasien
10	Trimetadizin	Terapi jangka panjang angina pektoris	Hipersensitifitas, menyusui	Mual, muntah	Observasi mual dan muntah pasien
11	Amlodipin	Hipertensi	Hipersensitif	Sakit perut, pusing, mengantuk	Observasi keadaan pasien
12	As. Folat	Defisiensi asam folat	Anemia defisiensi besi	Mual	Observasi mual pasien
13	Q ten	Kesehatan jantung	Wanita hamil dan menyusui	-	-
14	Vit B Comp	Memenuhi kebutuhan vitamin B	Hipersensitifitas	-	-
15	Acarbose	DM	Hipersensitif	Diare, nyeri abdomen	Observasi BAB pasien

7. Program tindakan

- a. Observasi keadaan umum dan khusus
- b. Sesuaikan pemberian nutrisi sesuai diit

8. *Discharge planing*

- a. Kebutuhan informasi tentang penyakit GEA
- b. Kebutuhan informasi saat perawatan dirumah
- c. Kebutuhan informasi tentang diit dan hygiene
- d. Kebutuhan informasi tentang makanan yang baik untuk di konsumsi

Tabel 10
Analisa Data

No	Pengelompokan Data	Masalah	Penyebab
1	Ds: - Pasien mengeluh mual - Pasien mengatakan merasa ingin muntah - Pasien tidak nafsu untuk makan Do: - Makanan yang disiapkan tidak dimakan.	Nausea	Iritasi lambung
2	Ds: - Pasien mengatakan kulit nya terasa hangat Do: - Suhu tubuh 38.3°C	Hipertermia	Proses penyakit (infeksi)
3	Ds - Pasien mengatakan sudah enam kali BAB Do - Dalam 24 jam pasien sudah BAB 6 kali - Feses cair - Persistaltik 34x/menit - Bising usus hiperaktif	Diare	Iritasi gastrointestinal

No	Pengelompokan Data	Masalah	Penyebab
4	Ds: - Pasien mengatakan minum hanya 230cc - Pasien mengatakan dalam 24 jam sudah 6 kali Muntah Do: - Pasien tampak lemah	Risiko hipovolemia	Kehilangan cairan seara aktif
5	Ds: - Pasien mengatakan kebutuhan dibantu aktifitas mandi, makan dan berpakaian dibantu oleh keluarga. Do: - Pasien tampak lemah	Defisit perawatan diri	Kelemahan
6	Ds: - Pasien dan keluarga bertanya tentang masalah yang dialami pasien - Pasien mengatakan baru pertama kali menderita sakit seperti ini Do: - Pasien selalu bertanya kepada perawat	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi
7	Ds: - Pasien mengatakan mengatakan tubuhnya terasa lemah Do: - Pasien tampak lemah kekuatan ekstremitas 4 - Skala morse 45	Risiko jatuh	Kekuatan otot menurun

B. Diagnosis Keperawatan




Tabel 11
Daftar Diagnosis Keperawatan


Tanggal	Diagnosis Keperawatan
23 Mei 2022	Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal ditandai dengan Ds - Pasien mengatakan sudah enam kali BAB Do - Dalam 24 jam pasien sudah BAB 6 kali - Feses cair - Persistaltik 34x/menit - Bising usus hiperaktif
23 Mei 2022	Hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme ditandai dengan Ds: - Pasien mengatakan kulitnya terasa hangat Do: - Suhu tubuh 38.3°C
23 Mei 2022	Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan Ds: - Pasien mengeluh mual - Pasien mengatakan merasa ingin muntah - Pasien tidak nafsu untuk makan Do: - Makanan yang disiapkan tidak dimakan
23 Mei 2022	Risiko hipovolemia dengan faktor risiko kehilangan cairan secara aktif
23 Mei 2022	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan Ds: - Pasien mengatakan kebutuhan dibantu aktifitas mandi, makan dan berpakaian dibantu oleh keluarga. Do: - Pasien tampak lemah
23 Mei 2022	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan Ds: - Pasien dan keluarga bertanya tentang masalah yang dialami pasien Do: - Pasien selalu bertanya kepada perawat
23 Mei 2022	Risiko jatuh dengan faktor risiko kekuatan otot menurun


C. Intervensi Keperawatan






Tabel 12
Intervensi keperawatan kasus





NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>D.0020 Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal ditandai dengan</p> <p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah enam kali BAB <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dalam 24 jam pasien sudah BAB 6 kali - Feses cair - Persistaltik 34x/menit - Bising usus hiperaktif 	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>L.04033. Eliminasi Fekal Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol Pengeluaran Feses meningkat. 2. Konsistensi Feses membaik 3. Frekuensi BAB membaik 4. Peristaltik usus membaik 	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>I. 03101. Manajemen Diare</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor jumlah, warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja setiap shift 2. Berikan asupan cairan oral, larutan garam gula. 3. Berikan cairan intravena RL 500cc 20tpm. 4. Anjurkan makan sedikit tapi sering. 	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan diare mengalami BAB dengan frekuensi lebih dari tiga kali dengan konsistensi cair, dimonitor agar mengetahui apakah pasien masih mengalami diare. 2. Asupan oral cairan dan larutan gula garam dapat mengganti cairan dan elektrolit yang keluar melalui feses yang cair. 3. Indikasi cairan RL adalah mengganti cairan dan elektrolit yang hilang, pemberian langsung melalui vena sebagai penanganan yang cepat. 4. Pasien diare sebagian besar mengalami mual sehingga



NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	 Okryadi Pranajaya M.		5. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, dan pedas. 6. Berikan obat arcapec 50mg 3x2, ceftriaxone 2gr 2x1,  Okryadi Pranajaya M.	tidak nafsu untuk makan, dan dianjurkan tetap makan sedikit tapi sering. 5. Kandungan pada senyawa capsaicin pada makanan pedas dapat mengiritasi usus dan memperparah diare, makanan bergas dapat memberikan sensasi kembung sehingga dapat memperburuk diarea. 6. Arcapec bekerja dengan mengikat asam, racun, serta bakteri yang menempel pada dinding usus, ceftriaxone bekerja dengan cara membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi.  Okryadi Pranajaya M.





NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
2	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>D.0130 Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit: Infeksi dibuktikan dengan</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kulit nya terasa hangat <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh 38.3°C <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>L.14134 Termoregulasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh rentan normal: 36,5°C-37.5°C 2. Intake cairan membaik <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh minimal dua kali 2. Monitor intake dan Output Cairan setiap shift sekali 3. Longgarkan atau lepasakan pakaian 4. Berikan cairan oral 5. Anjurkan tirah baring 	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu pasien minimal dua kali saat jadwal pemeriksaan TTV dan saat setelah memberi terapi 2. Pasien dengan hipertermi akan mengalami haluaran cairan yang meningkat, dihitung dengan IWL pada kenaikan suhu dan dihitung balance cairan pasien. 3. Pakaian yang ketat akan membuat semakin panas dan tidak nyaman sehingga diperlukan pakaian yang tipis agar tubuh terasa nyaman 4. Pemberian cairan elektrolit dibutuhkan, terutama saat haluaran urine banyak maka cairan yang dibutuhkan akan semakin banyak. 5. Istirahat yang cukup dapat membantu pemulihan dengan meningkatkan sistem kekebalan dan menyediakan energi bagi tubuh.

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			6. Berikan Paracetamol 500 mg <small>Okryadi Pranajaya M.</small>	6. Paracetamol bekerja dengan menghambat produksi prostaglandin suatu zat pemicu demam, prostaglandin berkurang pada otak akan menormalkan kembali.  <small>Okryadi Pranajaya M.</small>
3	Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB D.0076 Nausea berhubungan dengan distensi lambung ditandai dengan Ds: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh mual - Pasien mengatakan merasa ingin muntah - Pasien tidak nafsu untuk makan Do:	Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB L.08065. Tingkat Nausea Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun 3. Nafsu makan meningkat <small>Okryadi Pranajaya M.</small>	Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB L.03117. Manajemen Mual 1. Monitor Mual dan muntah: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan setiap setiap shift 2. Monitor asupan nutrisi dan kalori setiap shift 3. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual dengan cara konsumsi makanan yang mudah dicerna, makanan bergas, hindari makanan dengan bau menyengat	Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB 1. Mengetahui berapa cairan yang keluar saat muntah 2. Pada pasien diare nutrisi dan kalori digunakan untuk mengganti yang hilang melalui feses 3. Makanan yang mudah dicerna agar tidak lama tertahan dalam pencernaan, menghindari rasa penuh pada abdomen, dan menghindari bau yang memicu mual.

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>- Makanan yang disiapkan tidak dimakan</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>		<p>4. Anjurkan makanan tingkat karbohidrat dan rendah lemak</p> <p>5. Berikan obat Ondancentron 4mg 2x1, domperidone 1mg 3x1</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>4. Pasien diare akan kehilangan karbohidrat dan energi saat diare sehingga karbohidrat sangat penting untuk penanganan</p> <p>5. Ondancentrone memblokir efek serotonin, domperidone menghambat reseptor dopamine.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>
4	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>(D.0034) Risiko hipovolemia dengan faktor risiko kehilangan cairan secara aktif</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>(L.03028) Status cairan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Output urine meningkat 2. Membran mukosa membaik <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>(I.03116) Manajemen hipovolemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan outpute 3. Hitung kebutuhan cairan 	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda dan gejala hipovolemia yaitu frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun 2. Intake dan output pasien diare sangat penting untuk menentukan rehidrasi yang sesuai 3. Mengetahui kebutuhan yang harus tercapai

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			4. Berikan asupan oral 5. Berikan cairan intravena RL 500ml  Okryadi Pranajaya M.	4. Asupan oral seperti oralit dapat menggantikan cairan dan elektrolit yang hilang 5. Memenuhi kebutuhan cairan dengan cepat  Okryadi Pranajaya M.
5	Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan Ds: - Pasien mengatakan kebutuhan dibantu aktifitas mandi, makan dan berpakaian dibantu oleh keluarga. Do: - Pasien tampak lemah  Okryadi Pranajaya M.	Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB Perawatan diri (L.11103) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 2. Kemampuan makan dan minum meningkat 3. Kemampuan toileting meningkat  Okryadi Pranajaya M.	Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB Dukungan perawatan diri (I.1148) 1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri seperti alat mandi, pakaian dll 2. Sediakan lingkungan yang terapeutik 3. Bantu pasien mandi dan membersihkan diri 4. Bantu pasien menggunakan pakaian dan rapikan pasien 5. Bantu pasien memenuhi kebutuhan toileting	Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB 1. Agar dapat diketahui kebutuhan alat bantu kebersihan diri seperti alat mandi, pakaian pasien 2. Membantu menjaga lingkungan pasien agar tetap tenang, dan pasien merasa nyaman 3. Membantu menjaga kebersihan tubuh pasien 4. Membantu menjaga kerapian pasien 5. Membantu pemenuhan kebutuhan toileting pasien

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			 Okryadi Pranajaya M.	 Okryadi Pranajaya M.
6	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>(D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga bertanya tentang masalah yang dialami pasien <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien selalu bertanya kepada perawat  Okryadi Pranajaya M.	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam tingkat pengetahuan pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun b. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat  Okryadi Pranajaya M.	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima pasien 2. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 3. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan  Okryadi Pranajaya M.	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dan keluarga lebih nyaman untuk menerima informasi 2. Sebagai media penyuluhan 3. Menyesuaikan dengan jadwal pasien agar lebih siap menerima informasi 4. Agar pasien lebih paham tentang informasi yang diebrikan 5. Agar pasien mengetahui penyakitnya  Okryadi Pranajaya M.

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
7	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>(D.0143) Risiko jatuh dengan faktor risiko kekuatan otot menurun</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>(L.14138) Tingkat jatuh. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x5jam diharapkan risiko jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Pasien tidak jatuh b. Skala resiko jatuh menurun dari skor 60 menjadi skor 25 – 45 (Normal skor 0-24, tidak berisiko jatuh)</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <p>(SIKI. I.14540) Pencegahan jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift 2. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 3. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 4. Pasang handrail tempat tidur 5. Tempatkan pasien berisiko jatuh dekat dengan pantauan perawatan dari ners station 6. Ajarkan keluarga memanggil bantuan jika membutuhkan bantuan untuk pasien <p> Okryadi Pranajaya M.</p>	<p>Tgl 23/5/2022 Jam: 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui sejauhmana risiko jatuh pasien setiap hari dan mencegah komplikasi 2. Memantau skor morse dapat menjadi acuan untuk meningkatkan pencegahan jatuh dan jatuh berulang. 3. Supaya pasien aman dan risiko jatuh dapat di kontrol 4. Menjaga keamanan pasien dan mencegah pasien jatuh dari tempat tidur 5. Pemantauan pasien jatuh dengan jarak dekat dapat menjadi prioritas tindakan dengan cepat dan mencegah jatuh lebih cepat teratasi. 6. Memudahkan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan lanjutan <p> Okryadi Pranajaya M.</p>

Tanggal pengkajian: selasa, 24 Mei 2022 pukul 06:30 WIB

Keadaan umum: pasien tampak bugar, dan tampak lebih bersemangat dari yang kemarin

Ds:

- Pasien mengatakan masih ada BAB cair 2x
- Pasien mengatakan masih ada sedikit mual tapi sudah jarang
- Pasien mengatakan tubuh tidak terasa panas lagi sejak siang kemarin
- Pasien mengatakan BAK sudah 2 kali tapi rasanya keluar sedikit, karena pasien sudah menggunakan pampers
- Pasien dan keluarga bertanya tentang masalah yang pasien alami

Do:

- Pasien tampak bugar
- Suhu tubuh 36.2°C
- Tidak terdapat tanda-tanda dehidrasi
- Pasien minum hanya ½ gelas 115cc

Masalah keperawatan: tidak ditemukan masalah keperawatan baru, terdapat pengurangan masalah keperawatan yaitu Hipertermia.





D. Catatan Perkembangan







Nama : Tn. P







Ruangan : VI








Diagnosis Medis : Diare








Tabel 13
Catatan perkembangan hari pertama







No DX	Diagnosis keperawatan	Hari/tanggal	Perkembangan (SOAPIE)	Tanda tangan
1	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit: Infeksi dibuktikan dengan Ds: - Pasien mengatakan kulit nya teraba hangat Do: - Suhu tubuh 38.3°C	Selasa / 24 Mei 2022 06:30 WIB	S: - Pasien mengatakan kulit tidak agi teraba hangat O: Suhu 36.2°C A: - Masalah hipertermi teratasi P: - Intervensi dihentikan	 Okryadi Pranajaya M.
2	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal Ds - Pasien mengatakan sudah enam kali BAB Do - Dalam 24 jam pasien sudah BAB 6 kali - Feses cair - Persistaltik 34x/menit - Bising usus hiperaktif	Selasa / 24 Mei 2022 06:30 WIB 06:30 WIB 06:30 WIB 11:00 WIB	S: - Pasien mengatakan BAB cair dua kali O: - Peristaltik usus 34x/menit A: Masalah diare belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi penyebab diare Ds: Pasien mengatakan akibat diare mungkin karena obat dan pelunak tinja yang di konsumsi Do: - 2. Mengidentifikasi riwayat pemberian makan	 Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.

				Ds: Pasien mengatakan terakhir sebelum sakit makan tahu dan tempe	 Okryadi Pranajaya M.
		11:30 WIB	3.	Memonitor jumlah, warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja setiap tujuh jam sekali	 Okryadi Pranajaya M.
		11:30 WIB		Ds: Pasien mengatakan BAB cair dua kali, peristaltic 32x/menit	 Okryadi Pranajaya M.
		11:30 WIB	4.	Menganjurkan untuk pasien meminum air gula dan garam	
		11:30 WIB	5.	Memberikan cairan intravena RL 500cc 20tpm	 Okryadi Pranajaya M.
		08:00 WIB		Ds:- Do: Pasien terpasang RL dengan 20tpm	
		14:00 WIB	6.	Menganjurkan makan sedikit tapi sering	 Okryadi Pranajaya M.
				Ds: pasien mengatakan makan sudah bisa habis 1 porsi	
			7.	Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, dan pedas.	 Okryadi Pranajaya M.
				Ds: Do: Pasien memahami anjuran perawat	
			8.	Memberikan obat arcapec 100mg, ceftriaxone 2gr	
				Ds: Pasien mengatakan tidak ada keuhan setelah mengkonsumsi obat	
			E:		
			S:	- Pasien mengatakan BAB cair dua kali	
			O:	- Peristaltik usus 34x/menit	
			A:	Masalah diare belum teratasi	
			P:	Intervensi dilanjutkan	

3	<p>Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh mual - Pasien mengatakan merasa ingin muntah - Pasien tidak nafsu untuk makan <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makanan yang disiapkan tidak dimakan 	<p>Selasa / 24 Mei 2022</p> <p>06:30 WIB</p> <p>11:00 WIB</p> <p>11:00 WIB</p> <p>11:00 WIB</p> <p>08:00 WIB</p> <p>14:00 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit mual <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menghabiskan 1 porsi makan <p>A: Masalah nausea belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>I</p> <p>1. Memonitor Mual: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan setiap shift sekali</p> <p>Ds: Pasien mengatakan mual sudah berkurang tidak seperti kemarin, mual dirasakan saat pagi hari</p> <p>Do: -</p> <p>2. Memonitor asupan nutrisi dan kalori setiap shift sekali</p> <p>Ds: Pasien mengatakan sudah mampu menghabiskan satu porsi makan</p> <p>Do: satu porsi habis</p> <p>3. Mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual</p> <p>Ds: pasien menatkan masih sedikit mual</p> <p>4. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</p> <p>Ds: Pasien makan bubur</p> <p>Do:</p> <p>5. Memberikan obat Ondancetron 4mg, domperidone 1mg</p> <p>E</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit mual <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menghabiskan 1 porsi makan 	<p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>
---	---	---	--	---

			A: Masalah nausea belum teratasi P: Intervensi dihentikan	
4	Risiko hipovolemia dengan faktor risiko kehilangan cairan secara aktif	Selasa / 24 Mei 2022	S: - Pasien mengatakan BAK 2 kali di pampers	 Okryadi Pranajaya M.
		06:30 WIB	O: - Pampers tidak tampak penuh - Membran mukosa pasien kering	 Okryadi Pranajaya M.
		11:00 WIB	A: Masalah risiko hipovolemia belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
		11:00 WIB	I 1. Melakukan pemeriksaan tanda dan gejala hipovolemia	 Okryadi Pranajaya M.
		08:00 WIB	Ds: Do: Mukosa bibir masih kering	 Okryadi Pranajaya M.
		11:00 WIB	2. Memonitor intake dan output Ds: Do: CM 600cc CK 100 CC	 Okryadi Pranajaya M.
		11:30 WIB	3. Menghitung kebutuhan cairan Ds: Do: 2.130cc-3.550/hari	 Okryadi Pranajaya M.
		14:00 WIB	4. Memberikan asupan oral Ds: Do: pasien minum air mineral 100 cc dan the 100cc	 Okryadi Pranajaya M.
			5. Menganjurkan memperbanyak asupan oral Ds: pasien mengatakan akan banyak minum	
			6. Memberikan cairan intravena RL 500ml	
			E S: - Pasien mengatakan BAK 2 kali di pampers	
			O: - Pampers tidak tampak penuh - Membran mukosa pasien kering	

			A: Masalah risiko hipovolemia belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan Ds: - Pasien mengatakan kebutuhan dibantu aktifitas mandi, makan dan berpakaian dibantu oleh keluarga. Do: - Pasien tampak lemah	Selasa / 24 Mei 2022 06:30 WIB 06:30 WIB 14:10 WIB 06:30 WIB 06:30 WIB 14:00 WIB	S - Pasien mengatakan berpakaian, mandi, dan toileting masih dibantu oeh keluarga O - berpakaian, mandi, dan toileting masih dibantu oeh keluarga A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I 1. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri seperti alat mandi, pakaian dll Ds: Pasien mengatakan membutuhkan air dalam baskom 2. Menyediakan lingkungan yang terapeutik Do: gorden dan pintu tertutup 3. Membantu mempersiapkan alat mandi pasien Do: Menyiapkan air daam waskon dan waslap 4. Mebantu merapikan pasien Do: Pasien tampak rapi 5. Membantu pasien memenuhi kebutuhan toileting dengan memasang pampers E S - Pasien mengatakan berpakaian, mandi, dan toileting masih dibantu oeh keluarga O - berpakaian, mandi, dan toileting masih dibantu oeh keluarga	 Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.

			A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
6	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga bertanya tentang masalah yang dialami pasien <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien selalu bertanya kepada perawat 	<p>Selasa / 24 Mei 2022</p> <p>06:30 WIB</p> <p>06:30 WIB</p> <p>08:00 WIB</p> <p>06:30 WIB</p> <p>14:00 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga selalu bertanya tentang penyakit yang dialaminya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga bertanya ke perawat <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah defisit pengetahuan belum teratasi <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima pasien Ds: Pasien dan keluarga siap menerima informasi yang diberikan 2. Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan Do: Materi yang disampaikan sesuai dengan buku yang di baca sebelumnya 3. Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Do: 11:00 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya 5. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan <p>E</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mengerti tentang penyakitnya - Pasien masih bertanya tentang penanganan jika sudah pulang kerumah <p>O:</p>	<p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menjelaskan kembali tentang diare - Pasien masih bertanya tentang penanganan jika sudah pulang <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah defisit pengetahuan belum tertasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
7	Risiko jatuh dengan faktor risiko kekuatan otot menurun	<p>Selasa / 24 Mei 2022</p> <p>06:30 WIB</p> <p>06:30 WIB</p> <p>08:00 WIB</p> <p>06:30 WIB</p> <p>06:30 WIB</p> <p>14:00 WIB</p>	<p>S:</p> <p>O: Skala morse >60</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah risiko jatuh belum teratasi <p>P:</p> <p>Intervensi dillanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift Do: Pasien lemah 2. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse Do: >60 3. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci Do: Roda tempat tidur selalu terkunci 4. Memasang handrail tempat tidur Do: Selalu terpasang 5. Ajarkan keluarga memanggil bantuan jika membutuhkan bantuan untuk pasien <p>E</p> <p>S:</p> <p>O: Skala morse >60</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah risiko jatuh belum teratasi <p>P:</p> <p>Intervensi dillanjutkan</p>	

Tanggal pengkajian: selasa, 25 Mei 2022 pukul 06:30 WIB

Keadaan umum: pasien tampak bugar, dan tampak bersemangat

Ds:


- Pasien mengatakan tadi malam ada BAB satu kali dan BAB sudah tidak lagi cair
- Pasien mengatakan masih ada sedikit mual tapi sudah jarang
- Pasien mengatakan BAK sudah empat kali







Do:








- Pasien tampak bugar
- Tidak terdapat tanda-tanda dehidrasi
- Pasien minum sudah empat gelas 800cc
- Pasien sudah ada nafsu makan habis satu porsi
- Peristaltik 14 kali/menit







Masalah keperawatan: tidak ditemukan masalah keperawatan baru, terdapat pengurangan masalah keperawatan yaitu diare








Tabel 14
Catatan perkembangan hari kedua


No DX	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Perkembangan (SOAPIE)	Tanda tangan
1	Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal Ds - Pasien mengatakan sudah enam kali BAB Do - Dalam 24 jam pasien sudah BAB 6 kali	Rabu / 25 Mei 2022 06:30 WIB	S: - Pasien mengatakan tadi malam BAB satu kali dengan konsistensi tidak lagi cair O: - Peristaltik usus 14x/menit A: Masalah diare teratasi P: Intervensi dihentikan	 Okryadi Pranajaya M.

No DX	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Perkembangan (SOAPIE)	Tanda tangan
	<ul style="list-style-type: none"> - Feses cair - Persistaltik 34x/menit - Bising usus hiperaktif 			
2	<p>Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh mual - Pasien mengatakan merasa ingin muntah - Pasien tidak nafsu untuk makan <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makanan yang disiapkan tidak dimakan 	<p>Rabu / 25 Mei 2022</p> <p>06:30 WIB</p> <p>11:00 WIB</p> <p>11:00 WIB</p> <p>11:00 WIB</p> <p>08:00 WIB</p> <p>12:00 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit mual <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menghabiskan 1 porsi makan <p>A: Masalah nausea belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor Mual: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan setiap shift sekali Ds: Pasien mengatakan mual sudah berkurang tidak seperti kemarin, mual dirasakan saat pagi hari Do: - 2. Memonitor asupan nutrisi dan kalori setiap shift sekali Ds: Pasien mengatakan sudah mampu menghabiskan satu porsi makan Do: satu porsi habis 3. Mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual 4. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak Ds: Do: Pasien makan bubur 5. Memberikan obat Ondancentron 4mg, domperidone 1mg <p>E</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak ada rasa 	<p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p> <p> Okryadi Pranajaya M.</p>

No DX	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Perkembangan (SOAPIE)	Tanda tangan
			mual dan tidak ada perasaan ingin muntah lagi O: - Pasien mampu menghabiskan satu porsi makan dan menghabiskan beberapa roti A: Masalah nausea teratasi P: Intervensi dihentikan	
3	Risiko hipovolemia dengan faktor risiko kehilangan cairan secara aktif	Rabu / 25 Mei 2022 06:30 WIB 11:00 WIB 11:00 WIB 08:00 WIB 11:00 WIB 11:30 WIB 14:00 WIB	S: - Pasien mengatakan BAK dua kali di pampers O: - Pampers tidak tampak penuh - Membran mukosa pasien kering A: Masalah risiko hipovolemia belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I 1. Melakukan pemeriksaan tanda dan gejala hipovolemia Ds: Do: Mukosa bibir lembab 2. Memonitor intake dan outpute Ds: Do: CM 800cc CK 400 CC 3. Menghitung kebutuhan cairan Ds: Do: 2130- 3550cc/hari 4. Memberikan asupan oral Ds: Do: pasien minum air mineral 450cc 5. Menganjurkan memperbanyak asupan oral Ds:- Do: pasien minum air mineral 450cc dan sudah makan satu porsi makan	 Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.

No DX	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Perkembangan (SOAPIE)	Tanda tangan
			6. Memberikan cairan intravena RL 500ml E S: - Pasien mengatakan BAK 2 kali di pampers O: - Pampers tidak tampak penuh - Membran mukosa pasien sudah lembab A: Masalah risiko hipovolemia belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan Ds: - Pasien mengatakan kebutuhan dibantu aktifitas mandi, makan dan berpakaian dibantu oleh keluarga. Do: - Pasien tampak lemah	Rabu / 25 Mei 2022 06:30 WIB 06:30 WIB 12:00 WIB	S - Pasien mengatakan berpakaian, mandi, dan toileting masih dibantu oeh keluarga O - Berpakaian, mandi, dan toileting masih dibantu oeh keluarga A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I 1. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri seperti alat mandi, pakaian dll Ds: Pasien mengatakan sudah mampu untuk ke kamar mandi E S - Pasien mengatakan sudah bisa ke toilet dan melakukan aktivitas mandiri O - Kekuatan otot 5 - Pasien tampak sudah bisa berdiri dan berjalan A:	 Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.

No DX	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Perkembangan (SOAPIE)	Tanda tangan
			Masalah defisit perawatan diri teratasi P: Intervensi dihentikan	
5	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan Ds: - Pasien dan keluarga bertanya tentang masalah yang dialami pasien Do: - Pasien selalu bertanya kepada perawat	Rabu / 25 Mei 2022 06:30 WIB 06:30 WIB 08:00 WIB 06:30 WIB 09:00 WIB 12:00 WIB	S: - Pasien masih bertanya tentang penanganan jika sudah pulang kerumah karena pada hari ini pasien bisa pulang O: - Pasien masih bertanya tentang penanganan jika sudah pulang A: - Masalah defisit pengetahuan belum tertasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima pasien Ds: Pasien mengatakan siap untuk menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan Do: Leaflet dan demonstrasi 3. Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Do: dilakukan pada pukul 10:00 WIB 4. Memberikan penyuluhan kesehatan tentang cara membuat larutan gula garam E S: - Pasien mengatakan sudah mengerti tentang perawatan jika terjadi diare kembali O:	 Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.  Okryadi Pranajaya M.

No DX	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Perkembangan (SOAPIE)	Tanda tangan
			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menjelaskan kembali cara membuat larutan gula garam A: <ul style="list-style-type: none"> - Masalah defisit pengetahuan tertasi P: <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan 	
6	Risiko jatuh dengan faktor risiko kekuatan otot menurun	Rabu / 25 Mei 2022 06:30 WIB	S: O: Kekuatan otot pasien 5 A: <ul style="list-style-type: none"> - Masalah risiko jatuh teratasi P: Intervensi dihentikan Masalah risiko jatuh belum teratasi P: Intervensi dillanjutkan	 Okryadi Pranajaya M.

STIKES BETHESDA YAKKUM

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas studi kasus Asuhan Keperawatan pada Tn. P dengan Gastroenteritis Akut di Ruang VI Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. Prinsip pada pembahasan ini menggambarkan adakah kesenjangan antara teori dan kasus dari proses keperawatan yang telah dilakukan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan, catatan perkembangan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan dimana semua data dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini, pengkajian dilakukan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual. Penulis melakukan pengkajian menggunakan metode observasi, wawancara dengan pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi melalui rekam medis pasien.

Hasil pengkajian kesehatan yang ditemukan pada Tn. P datang ke rumah sakit dengan keluhan mual-mual dan sudah BAB empat kali dengan konsistensi cair, pasien tampak lemah, pasien tidak mengeluh nyeri. Saat di ruang rawat dilakukan pengkajian kembali di temukan peristaltik usus pasien 37x/menit, mukosa bibir kering, suhu tubuh 38.3°C.

Berdasarkan Murtaqib (2020) tanda dan gejala pada pasien yang menderita diare yaitu mual dan muntah, nyeri abdomen, demam, denyut nadi cepat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, dan kelemahan. Mansyoer Arief (2000) dalam Haryono (2012) juga menambahkan bahwa pasien dengan diare

juga mengalami nafsu makan yang berkurang, berat badan menurun, feses cair dapat bercampur darah atau lender, BAB lebih dari tiga kali.

Keluhan pada Tn. P yang sesuai dengan teori yaitu pasien mual dan muntah, mual dan muntah merupakan respon tubuh untuk mengeluarkan materi berbahaya dari dalam tubuh. Terdapat suhu 38.3°C yang disebabkan oleh virus penyebab diare hal ini sejalan dengan teori (Wijoyo, 2013) mengatakan bahwa diare karena infeksi bakteri invasif akan mengalami demam tinggi. Terjadi kelemahan pada pasien yang disebabkan oleh keluarnya cairan dari muntah dan BAB dan tidak nafsu makan yang dialami pasien sehingga energy tidak terpenuhi hal ini di dukung oleh Amir (2015) mengatakan bahwa kelemahan merupakan tanda dan gejala pada pasien diare dengan dehidrasi ringan atau tanpa dehidrasi. Didapat nafsu makan pasien berkurang yang disebabkan oleh rasa tidak nyaman yang dirasakan seperti rasa mual. Feses cair pada pasien diare menurut LeMone (2016) disebabkan oleh kandungan air dalam feses meningkat yang disebabkan oleh malabsorpsi.

Pengkajian yang didapat pada teori dan kasus juga terdapat beberapa kesenjangan seperti pada kasus tidak ditemukan nyeri abdomen pasien hanya mengeluhkan rasa tidak nyaman di bagian perut. Pada kasus juga tidak ditemukan denyut nadi cepat, tekanan darah menurun, dan turgor kulit menurut PPNI (2016) tanda-tanda tersebut adalah terjadinya hipovolemia, hipovolemia didefinisikan sebagai penurunan volume cairan intravascular, interstitial, dan/atau intraseluler, menurut Murtaqib (2020) hipovolemi terjadi pada pasien diare dengan dehidrasi berat.

Pemeriksaan kultur feses tidak dilakukan pada Tn. P menurut penulis pemeriksaan tidak dilakukan karena pasien mengalami diare tanpa dehidrasi

hal ini sejalan dengan Rendang Indriyani & Putra (2020) mengatakan sebagian besar pasien dengan kasus diare tanpa dehidrasi atau dehidrasi ringan tidak memerlukan pemeriksaan penunjang lebih lanjut karena dengan penanganan minimal sudah bisa diatasi. Pasien dilakukan pemeriksaan darah untuk mengetahui elektrolit dalam darah, elektrolit berperan penting dalam fungsi sel, proses osmosis dan sel saraf pernyataan ini sejalan dengan teori dari Wija et al (2018) dalam Safari & Riyanti (2021) mengatakan bahwa natrium, kalium dan klorida diperiksa karena merupakan elektrolit yang bermakna hal ini disebabkan elektrolit tersebut ikut keluar saat diare dan berperan penting dalam fungsi sel, proses osmosis dan sel saraf. Berbagai jenis gangguan elektrolit yang terjadi, seperti abnormalitas kadar natrium (Na), kalium (K), magnesium (Mg), klorida (Cl) dan kalsium (Ca) dalam serum, berhubungan dengan peningkatan laju mortalitas pasien dengan diare. Nilai natrium yang didapat pada pasien 143.4 mEq/L hasil tersebut menandakan bahwa pasien tidak kekurangan cairan hal ini dibuktikan dengan teori dari Hurst (2016) mengatakan bahwa natrium merupakan komponen terbanyak dari elektrolit lain nya didalam cairan, sehingga jika natrium berada dalam nilai normal dapat diartikan bahwa tidak terjadi kekurangan cairan didalam tubuh.

Tekanan darah pada pasien tidak normal, dari hasil pengkajian pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, dan ginjal, pasien mengatakan bahwa riwayat penyakit yang diderita pasien adalah penyakit keturunan, pasien mengatakan bahwa ayah nya dahulu pernah menderita penyakit diabetes mellitus, dan hipertensi.

B. Diagnosis Keperawatan

Tahapan kedua dalam proses keperawatan yaitu merumuskan diagnosis keperawatan, yang disesuaikan dengan masalah yang muncul dalam pengkajian baik masalah aktual atau resiko. Rumusan diagnosis disusun sesuai teori yakni tiga komponen untuk diagnosis aktual meliputi data (tanda dan gejala), etiologi, dan masalah, sedangkan diagnosis resiko terdiri dari dua meliputi masalah dan etiologi.

Menurut Haryono (2012) diagnosis yang muncul pada pasien GEA adalah

1. Diare
2. Risiko ketidak seimbangan cairan
3. Nyeri akut
4. Defisit nutrisi berhubungan dengan mual muntah
5. Defisit volume cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebih
6. Gangguan integritas kulit

Sedangkan diagnosis yang didapat pada Tn. P adalah

1. Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal ditandai dengan

Ds: Pasien mengatakan sudah enam kali BAB

Do

- Dalam 24 jam pasien sudah BAB 6 kali
- Feses cair
- Persistaltik 34x/menit
- Bising usus hiperaktif

2. Hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme ditandai dengan

Ds: Pasien mengatakan kulit nya teraba hangat

Do: Suhu tubuh 38.3°C

3. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan

Ds:

- Pasien mengeluh mual
- Pasien mengatakan merasa ingin muntah
- Pasien tidak nafsu untuk makan

Do: Makanan yang disiapkan tidak dimakan

4. Risiko hipovolemia dengan faktor risiko muntah

5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

Ds: Pasien mengatakan kebutuhan dibantu aktifitas mandi, makan dan berpakaian dibantu oleh keluarga.

Do: Pasien tampak lemah

6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan

Ds: Pasien dan keluarga bertanya tentang masalah yang dialami pasien

Do: Pasien selalu bertanya kepada perawat

7. Risiko jatuh dengan faktor risiko kekuatan otot menurun

Diagnosis yang penulis angkat menjadi prioritas ada diare, diare merupakan terjadinya BAB lebih dari tiga kali dengan konsistensi cair sehingga elektrolit yang ada didalam tubuh keluar melalui feses yang cair, sehingga kehilangan cairan dan elektrolit harus segera ditangani pada pasien diare, pernyataan tersebut sejalan dengan Saputra (2013) dalam Aslinda (2017) yang mengatakan Salah satu kebutuhan dasar manusia yang paling prioritas adalah

kebutuhan fisiologi seperti cairan. Cairan dan elektrolit sangat diperlukan dalam rangka menjaga kondisi tubuh tetap sehat. Salah satu akibat yang ditimbulkan dari penyakit Diare adalah gangguan volume cairan dan elektrolit. Gangguan volume cairan dan elektrolit merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia fisiologis yang harus dipenuhi. Apabila penderita telah banyak mengalami kehilangan cairan dan elektrolit, maka terjadilah gejala dehidras. Dari penjelasan tersebut masalah keperawatan diare, risiko hipovolemisudah sesuai untuk diangkat.

Diagnosis nausea diangkat karena pasien mengatakan mual dan muntah, pada kasus nausea juga menyebabkan kelemahan. mual dan muntah merupakan respon dalam tubuh terhadap inflamasi, pada diare dengan infeksi akan terjadi mual dan muntah serta suhu tubuh meningkat hal ini juga terdapat dalam jurnal Amin (2015) yang mengatakan bahwa jika pasien diare disebabkan oleh infeksi ditandai dengan mual dan muntah sebagai respon tubuh dan peningkatan suhu tubuh karena terjadi inflamasi akibat infeksi. Dari penjelasan tersebut masalah keperawatan nausea, kelemahan, defisit perawatan diri, dan risiko jatuh sudah sesuai untuk di angkat.

Diagnosis pada teori mengatakan terdapat nyeri pada abdomen hal ini dikarenakan diare yang diderita pasien adalah gastroenteritis akut dimana nyeri bisa saja tidak ditemukan.

C. Intervensi keperawatan

Rencana tindakan keperawatan disusun dengan tujuan menentukan tindakan keperawatan yang berpusat pada pasien sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan, sehingga tujuan yang diinginkan tercapai dan terpenuhi. Rencana

tindakan keperawatan dilakukan meliputi observasi, terapeutik tindakan mandiri perawat, edukasi pasien dan keluarga memenuhi kebutuhan secara mandiri, dan kolaborasi dengan tim kesehatan lain sebagai upaya pemenuhan kebutuhan yang komprehensif. Rencana keperawatan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018, adapun rencana tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. P antara lain:

WHO dalam Rendang Indriyani & Putra (2020) merekomendasikan lima tatalaksana utama pada pasien dengan gastroenteritis akut yaitu rehidrasi, suplemen zinc, nutrisi, antibiotic, dan edukasi. Dengan perencanaan keperawatan yang dirumuskan dengan baik masalah gastroenteritis akan memiliki prognosis yang baik.

Rencana tindakan yangutamakan yaitu rehidrasi, menurut Haryono (2012) tujuan rehidrasi untuk mengkoreksi kekurangan cairan dan elektrolit secara cepat kemudian mengganti cairan yang hilang sampai diare berhenti dengan cara memberikan cairan oralit dan cairan infus ringer laktat, dektros 5%. Pada kasus rencana keperawatan yang dirumuskan untuk rehidrasi adalah dengan memberikan cairan larutan gula garam, Yunadi & Engkartini (2020) mengatakan pemberian larutan gula garam sebanyak mungkin setelah diare dapat mencegah dehidrasi dan membantu pembentukan energi. Didalam larutan gula garam terdapat dua unsur yang memiliki manfaat untuk mengatasi diare yaitu garam mampu meningkatkan pengangkutan dan meninggikan daya absorpsi gula melalui membran sel sedangkan gula yang terdapat pada garam dapur (NaCl) juga berkhasiat meningkatkan penyerapan air pada dinding usus secara kuat, sehingga proses dehidrasi dalam tubuh dapat tertangani. Pada kasus Tn. P juga untuk rencana keperawatan diberikan cairan infus ringer

laktat, menurut buku Hopskin (2014) indikasi ringer laktat yaitu mengganti cairan akibat muntah, menangani dehidrasi, mengembalikan keseimbangan cairan normal, ringer laktat cocok digunakan pada pasien karena Tn. P mual dan muntah.

Suplement digunakan untuk mengurangii durasi diare, menurunkan risiko keparahan penyakit, dan mengurangii episode diare. Penggunaan mikronutrien untuk penatalaksanaan diare akut didasarkan pada efek yang diharapkan terjadi pada fungsi imun, struktur, dan fungsi saluran cerna utamanya dalam proses perbaikan epitel sel saluran cerna. (Rendang Indriyani & Putra, 2020). Pada kasus tidak diberikan zinc karena pasien diberikan anti diare yang juga dapat mengurangi masalah pada diare.

Rencana keperawatan pada pasien untuk pemenuhan nutrisi yaitu berikan suplemen, anjurkan pasien makan sedikit tapi sering. Menurut Rendang Indriyani & Putra (2020) Pemberian makanan diberikan guna mencegah penurunan berat badan dan digunakan untuk menggantikan nutrisi yang hilang. Apabila terdapat perbaikan nafsu makan, dapat dikatakan bahwa sedang dalam fase kesembuhan. Pasien tidak perlu untuk puasa, makanan dapat diberikan sedikit demi sedikit namun jumlah pemerian lebih sering (>6 kali/hari) dan rendah serat.

Rencana keperawatan pada pasien Tn. P untuk antibiotik diberikan ceftriaxone 2gr, antibiotic pada diare diberikan jika penyebab diare adalah virus atau bakteri. Menurut Amin (2015) Antibiotik diindikasikan pada pasien dengan gejala dan tanda diare infeksi, seperti demam, feses berdarah, leukosit pada feses, mengurangi ekskresi dan kontaminasi lingkungan, persisten atau

penyelamatan jiwa pada diare infeksi, diare pada pe lancong, dan pasien *immunocompromised*.

Rencana keperawatan pada Tn. P untuk edukasi adalah cara penanganan pasien diare dirumah, hal ini dilakukan karena kondisi pasien semakin membaik dan jika semakin membaik lagi akan disegerakan untuk pulang, edukasi yang diberikan adalah cara membuat larutan gula garam di rumah dan penjelasan mengenai masalah diare.

Intervensi keperawatan yang dirumuskan pada pasien juga ada yang tidak terdapat pada teori, seperti intervensi untuk diagnosis defisit perawatan diri dan risiko jatuh. Penulis merumuskan rencana keperawatan tersebut untuk memenuhi kebutuhan primer dan menjaga pasien agar tidak semakin sakit.

D. Implementasi

Berdasarkan teori implementasi terdiri dari tindakan mandiri, kolaborasi dan rujukan rumah sakit lain. Pada kasus dilakukan implementasi mandiri dan kolaborasi, sedangkan rujukan rumah sakit lain tidak dilakukan karena fasilitas pelayanan medis di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta sangat memadai. Adapun tindakan yang telah dilakukan pada Tn. P, antara lain:

1. Tindakan keperawatan untuk diagnosa diare berhubungan dengan infamasi gastrointestinal yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah dibuat yaitu mengidentifikasi penyebab diare, mengidentifikasi riwayat pemberian makan, memonitor jumlah, warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, menganjurkan mengkonsumsi larutan gula garam, memberikan cairan RL, menganjurkan makan sedikit tapi sering, memberikan obat arcapec 100mg dan

ceftriaxone 2gr. Tindakan keperawatan yang dilakukan mengacu pada intervensi keperawatan yang di rumuskan menggunakan SIKI (2018).

2. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa nausea berhubungan dengan iritasi lambung adalah Memonitor Mual: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan setiap setiap satu kali shift, memonitor asupan nutrisi dan kalori setiap satu kali shift, mengurangi atau menghilangkan keadaan penyebab mual, menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, memberikan obat ondancetron dan domperidone. Menurut Haryono (2012) pemberian dietik pada pasien dengan gastroenteritis yaitu memberikan makanan karbohidrat atau yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral dan makanan yang bersih. Tindakan keperawatan juga sesuai dengan Murtaqib (2020) mengatakan mencegah makanan yang mengandung lemak.
3. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa risiko hipovolemia adalah melakukan pemeriksaan tanda dan gejala hipovolemia, memonitor intake dan output, menghitung kebutuhan cairan, memberikan asupan oral, memberikan cairan intravena RL. Menurut buku Hopskin (2014) indikasi ringer laktat yaitu mengganti cairan akibat muntah, menangani dehidrasi, mengembalikan keseimbangan cairan normal.
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnose risiko ketidakseimbangan elektrolit adalah mengidentifikasi kemungkinan ketidakseimbangan elektrolit, memonitor kadar ellektrolit serum, memonitor mual muntah dan diare. Safari & Riyanti (2021) mengatakan bahwa natrium, kalium dan klorida diperiksa karena merupakan elektrolit yang bermakna hal ini disebabkan elektrolit tersebut ikut keluar saat diare

dan berperan penting dalam fungsi sel, proses osmosis dan sel saraf. Berbagai jenis gangguan elektrolit yang terjadi, seperti abnormalitas kadar natrium (Na), kalium (K), magnesium (Mg), klorida (Cl) dan kalsium (Ca) dalam serum, berhubungan dengan peningkatan laju mortalitas pasien dengan diare.

5. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa defisit perawatan diri adalah mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri seperti alat mandi, menyediakan lingkungan yang terapeutik, membantu merapikan pasien, membantu pasien memenuhi kebutuhan toileting. Tindakan keperawatan yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah dibuat menggunakan SIKI 2018.
6. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa defisit pengetahuan adalah mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media, menjadwalkan sesuai kesepakatan. Tindakan yang dilakukan sudah mengacu pada lima tatalaksana gastroenteritis yang di sampaikan oleh WHO dalam Rendang Indriyani & Putra (2020), merekomendasikan lima tatalaksana utama pada pasien dengan gastroenteritis akut yaitu rehidrasi, nutrisi, antibiotic, dan edukasi. Dengan perencanaan keperawatan yang dirumuskan dengan baik, masalah gastroenteritis akan memiliki prognosis yang baik.
7. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa risiko jatuh adalah mengidentifikasi risiko jatuh, menghitung risiko jatuh, memastikan roda tempat tidur terkunci, memasang handrail, ajarkan keluarga memanggil bantuan jika membutuhkan bantuan. Tindakan keperawatan yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah dibuat menggunakan SIKI

2018. Tindakan ini bertujuan untuk menjaga keselamatan pasien dan lingkungan serta mengamati risiko jatuh yang terjadi pada pasien. hal ini sejalan dengan penelitian , menyatakan bahwa pelaksanaan assesmen resiko jatuh terus dipantau dan diulang selama perawatan 24jam yang membedakan adalah indikasi atau kriteria pasien yang dilakukan assesmen ulang. (Ginting, 2020)

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan pasien pada hari kedua ada beberapa intervensi yang sudah tidak dilakukan, hal ini karena peningkatan kesehatan pada pasien sehingga pasien sudah terpenihi kebutuhannya dan dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan akhir proses keperawatan dimana melakukan pemantauan setelah dilakukan tindakan keperawatan, menilai apakah masalah yang ditemukan sudah teratasi atau belum. Hari pertama dan kedua menggunakan pola Subjektif, Objektif, Analisis, Planning, Implementasi, dan Evaluasi (SOAPIE).

Hasil evaluasi yang diharapkan menurut LeMone (2016) adalah perbaikan pada masalah yang terjadi seperti kontinensia usus seperti peristaltic membaik, keseimbangan elektrolit dan asam basa dalam batas normal, keseimbangan cairan yang ditandai dengan tidak adanya tanda-tanda dehidrasi dan input output yang baik, respon terhadap medikasi, keparahan gejala menurun atau menghilang.

Pada kasus Tn. P hasil evaluasi pada hari pertama dari tujuh daignosis yang diangkat belum ada diagnosis yang teratasi sehingga intervensi dari tujuh

diagnose tersebut masih dijalankan. Pada hari kedua evaluasi pasien menunjukkan peningkatan derajat kesehatan pada pengkajian fokus yang dilakukan pada tanggal 25 Mei 2022 pukul 06:30 WIB didapat tidak ada tanda dan gejala diare dan tujuan dari tindakan keperawatan pada diare sudah terpebuhi sehingga diare pada Tn. P sudah teratasi, Risiko ketidakseimbangan elektrolit pada pasien juga sudah teratasi dan pasien juga sudah tidak ada agi risiko jatuh karena pasien tidak lemah lagi. Pada pukul 12:00 WIB dilakukan evaluasi kembali didapat dari tujuh diagnosa awal enam sudah teratasi dan risiko hipovolemi masih belum teratasi. Dengan penatalaksanaan diare yang baik, diare memiliki prognosis yang baik. Mortalitas pada anak dengan diare yang terbanyak disebabkan oleh karena dehidrasii berat dan malnutrisii sekunder. Prognosis buruk apabila terjadi malnutrisi dan malabsorpsi. Neonatus dan infant adalah kelompok umur yang lebih besar memiliki risiko sindrom dehidrasi, malnutrisi, dan malabsorpsi. Meskipun mortality rate diare rendah, anak dengan diare dapat mengali perburukan oleh karena komplikas. (Rencang Indriyanti & Putra, 2020). Dengan penggantian cairan yang adekuat, perawatan yang mendukung, dan terapi antimikrobal jika diindikasikan, prognosis diare infeksius sangat baik dengan morbiditas dan mortalitas minimal. Seperti kebanyakan penyakit, morbiditas dan mortalitas terutama pada anak-anak dan pada lanjut usia. (Amin, 2015)

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada Tn. P dengan gastroenteritis akut, mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 23 sampai dengan 25 Mei 2022.

A. Kesimpulan

1. Keluarga dan pasien sudah mengerti dan memahami tentang penyakit dan cara penanganannya.
2. Pengkajian asuhan keperawatan pada Tn. P dengan gastroenteritis dapat dilakukan dengan baik, secara keseluruhan data yang ditemukan pada pasien sejalan dengan teori yang ada.
3. Pada diagnosis keperawatan pada Tn. P yang didapat adalah:
 - a. Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal
 - b. Hipertermia berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme
 - c. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung
 - d. Risiko hipovolemia dengan faktor risiko muntah
 - e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
 - f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
 - g. Risiko jatuh dengan faktor risiko kekuatan otot menurun
4. Pada perencanaan keperawatan pada Tn. P dengan gastroenteritis akut semua yang dirumuskan dapat diterapkan pada tinjauan kasus

5. Pada implementasi asuhan keperawatan pada Tn. P dengan Gastroenteritis akut dilakukan sesuai dengan perencanaan yang sudah dibuat.
6. Evaluasi pada Tn.P dengan gastroenteritis akut secara keseluruhan sangat baik dari delapan diagnose pertama yang diangkat tujuh diantaranya sudah teratasi, ada satu diagnose yang masih belum teratasi namun bukan diagnosa utama.

B. Saran

1. Bagi Keluarga pasien

Diharapkan dengan penulis memberikan pendidikan kesehatan tentang penanganan dan masalah tentang gastroenteritis akut keluarga dapat memahami dan diterapkan pada penderita gastroenteritis dengan tujuan progres penyembuhan dan pemulihan dapat optimal.

2. Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar bisa mempelajari, memahami dan mencari informasi sebanyaknya tentang gastroenteritis akut, agar dapat bermanfaat untuk membandingkan teori dan kasus yang didapatkan dilapangan apakah ada kesenjangan atau tidak saat pelaksanaan dan penerapan tindakan yang dilakukan dengan cara mengikuti pelatihan atau seminar.

3. Bagi Rumah Sakit Bethesda

Diharapkan perawat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan yang berlandaskan sikap kasih terhadap pasien, memberikan pelayanan yang komprehensif dan mengandalkan Tuhan dalam segala sesuatunya.

Perawat dapat mengikuti workshop atau pelatihan untuk meningkatkan skill dan knowledge terutama dalam penanganan pasien gastroenteritis akut dan perawat selalu melaksanakan protokol kesehatan dengan baik tetap dipertahankan dan ditingkatkan agar dapat mencegah adanya penularan infeksi dan terkhusus pada masa pandemi covid-19 guna melindungi diri sendiri, pasien, keluarga pasien serta keluarga tercinta yang menunggu dirumah.

4. STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta.

Diharapkan buku atau teori terkait gastroenteritis akut atau asuhan keperawatan pada pasien gastroenteritis akut difasilitasi dengan sumber yang terbaru dan jurnal terkait karena pada E-Book Stikes masih sedikit buku online yang bisa di akses.

STIKES BETHESDAYAKKUM

DAFTAR PUSTAKA

- Adha, N., Izza, F. N., Riyantiasis, E., Pasaribu, A. Z., & Amalia, R. (2021). Pengaruh Kebiasaan Mencuci Tangan Terhadap Kasus Diare Pada Siswa Sekolah Dasar: A Systematic Review. *Jurnal Kesehatan Tanbusai*, 2(2), 112–119. file:///C:/Users/ACER/Downloads/1842-Article Text-5012-1-10-20210701.pdf
- Amin, L. Z. (2015). Tatalaksana Diare Akut. *Cdk-230*, 42(7), 504–508.
- Arlis Saputra, W., Ketut Mariadi, I., & Somayana, G. (2021). Karakteristik penyakit gastroenteritis akut pada pasien di rsip sanglah Denpasar tahun 2018. *Jurnal Medika Udayana*, 10(4), 91–97.
- Aslinda. (2017). Penerapan Askep Pada Pasien An . I Dengan Gastroenteritis Akut Dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan Dan Elektrolit. *Health, Journal Of Elektrolit, Cairan*, 1(2), 107–112.
- Barrarah Bariid. (2014). *Intisari Medikal Bedah*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hapipah, Zaenal Arifin, I. (2019). Jurnal Abdimas Sainatika. *Jurnal Abdimas Sainatika*, 1(1), 1–8.
- Haryono, R. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan*. Gosyen Publishing.
- Murtaqib, K. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi I. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi I. Jakarta: DPP PPNI

- PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi I. Jakarta: DPP PPNI
- Priscilla LeMone, Gerene Bauldoff, K. M. B. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Integumen Gangguan Endokrin Gangguan Gastrointestinal*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rendang Indriyani, D. P., & Putra, I. G. N. S. (2020). Penanganan terkini diare pada anak: tinjauan pustaka. *Intisari Sains Medis*, 11(2), 928. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i2.848>
- Safari, W. F., & Riyanti, A. (2021). Analisis kadar elektrolit (natrium, kalium, klorida) darah pada pasien diare di rumah sakit. *Kesehatan Tambusai*, 2(DESEMBER), 105–110.
- Smeltzer, S. C. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart* (12th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Yunadi, F. D., & Engkartini, E. (2020). Peningkatan Pengetahuan Tentang Pencegahan dan Penanganan Diare Dengan Larutan Oralit Pada Kader Kesehatan Di Desa Slarang. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Al-Irsyad (JPMA)*, 2(1), 63–71. <https://doi.org/10.36760/jpma.v2i1.81>

LAMPIRAN

STIKES BETHESDA YAKKUM

SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

Tema : Diare
Sub Tema : Cara membuat larutan gula garam
Sasaran : Pasien Tn. P dan keluarga
Tempat : Ruang VI kamar 4a
Pukul : 08:30- selesai
HariTanggal : Rabu, 25 Mei 2022
Peaksana : Okryadi Pranajaya Mayo

I. Tujuan umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan pasien dan keluarga mengerti tentang diare dan cara menanganinya.

II. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 30 menit pada Tn. P dan keluarga di Ruang 6 kamar 4a diharapkan:

- A. Mampu memahami pengertian diare
- B. Mampu memahami komplikasi diare
- C. Mampu memahami pengertian larutan gula garam
- D. Mampu memahami fungsi larutan gula garam
- E. Mampu memahami cara membuat larutan gula garam

Lampiran 1

III. Pokok Materi

- A. Pengertian Diare
- B. Komplikasi Diare
- C. Pengertian Larutan Gula Garam
- D. Fungsi Larutan Gula Garam
- E. Cara Membuat Larutan Gula Garam

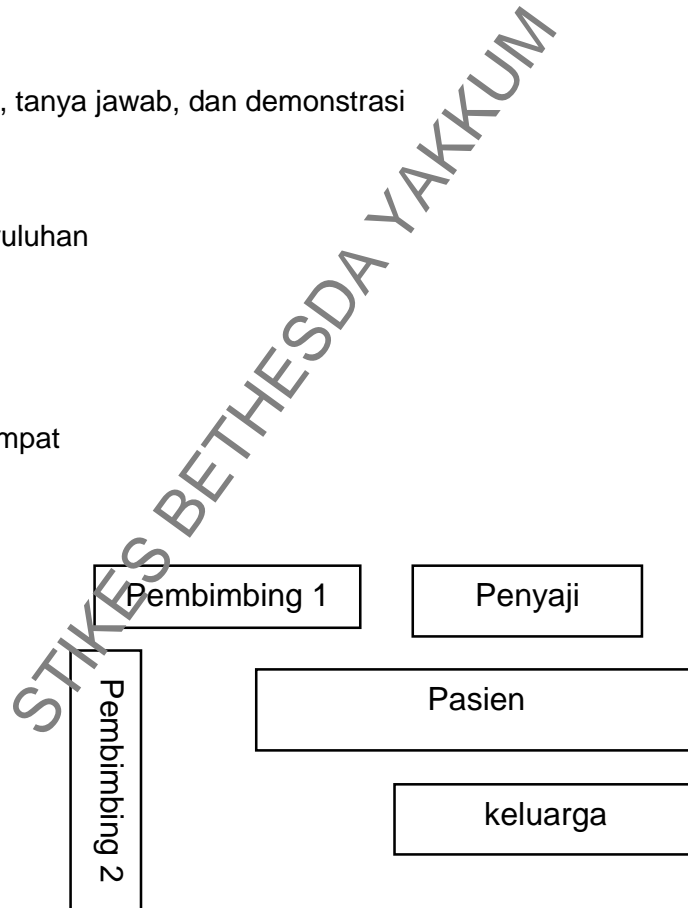
IV. Metode

Ceramah, tanya jawab, dan demonstrasi

V. Alat penyuluhan

Leaflet

VI. Seting tempat



VII. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahapan waktu	Kegiatan pembelajaran	Kegiatan peserta
1.	Pembukaan (3 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Kontrak waktu 30 menit 4. Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan 5. Apersepsi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Menyetujui 4. Mendengarkan dan memperhatikan 5. Menjawab
2.	Kegiatan Inti (22 menit)	<p>Melakukan penyajian materi menyampaikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat menyampaikan materi <i>diare</i>, komplikasi, larutan gula garam, manfaat larutan gula garam 2. Demonstrasi cara membuat larutan gula garam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta bertanya 2. Perawat menjawab pertanyaan 3. Mendengarkan dan memperhatikan 4. Peserta bertanya
3.	Penutup (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya 2. Menjawab pertanyaan pasien dan keluarga 3. Perawat mengajukan 3 pertanyaan tentang materi <i>diare</i> 4. Kesimpulan dari pendidikan kesehatan 5. Mengucapkan terimakasih dan salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga bertanya 2. Perawat menjawab pertanyaan dari pasien dan keluarga 3. Pasien dan keluarga menjawab 4. Mendengarkan dan memperhatikan 5. Mengucapkan salam

MATERI

A. Pengertian Diare

Diare adalah peningkatan volume, frekuensi dan cairan pada feses. Diare diakibatkan karena pembuangan isi usus yang cepat melalui usus kecil kemudian terjadi defisit volume cairan. Penyebab umum adalah infeksi, sindrom malabsorpsi, medikasi, alergi, dan penyakit sistemik. (Black and Hawks, 2014)

B. Komplikasi Diare

Diare dapat menimbulkan dampak yang merusak. Air dan elektrolit dapat hilang melalui feses yang cair. Kondisi ini dapat menyebabkan dehidrasi terutama pada individu yang berusia sangat muda, lansia, lemah yang tidak mampu merespon rasa haus. Pada diare berat, kolaps vaskuler dan syok hipovolemik dapat terjadi. Kalium dan magnesium hilang dari tubuh, berpotensi menyebabkan hypokalemia dan hipomagnesemia. Hilangnya bikarbonat melalui feses dapat menyebabkan asidosis metabolik. (LeMone, 2016)

C. Pengertian larutan gula garam

Oralit atau larutan gula garam adalah cairan elektrolit yang berfungsi untuk menggantikan kehilangan cairan dalam tubuh serta mencegah terjadinya dehidrasi. Terutama untuk pengobatan diare akut. Sangat penting terutama bagi pasien bayi dan usia lanjut. (Yunadi, F. D., & Engkartini, E. ,2020)

D. Cara kerja larutan gula garam

Larutan gula garam diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terbuang saat diare. Campuran larutan gula garam dapat diserap dengan baik oleh usus penderita diare, Didalam larutan gula garam terdapat dua unsur yang memiliki manfaat untuk mengatasi diare yaitu garam mampu meningkatkan pengangkutan dan meninggikan daya absorpsi gula melalui membran sel sedangkan gula yang terdapat pada garam dapur (NaCl) juga berkhasiat meningkatkan penyerapan air pada dinding usus secara kuat, sehingga proses dehidrasi dalam tubuh dapat tertangani (Yunadi, F. D., & Engkartini, E. ,2020)

E. Cara membuat larutan gula garam

1. Alat dan bahan

- a. Gula pasir sebanyak 1 sendok teh munjung
- b. Garam dapur $\frac{1}{4}$ sendok teh
- c. Air masak atau air teh sebanyak 1 gelas
- d. Gelas belimbing atau yang ukuran sama dan sendok teh

2. Cara membuat

- a. Cuci tangan terlebih dahulu
- b. Tuangkan air masak ke dalam gelas
- c. Masukkan gula pasir dan garam sesuai takaran
- d. Aduk sampai larut semua
- e. Jika sudah larut sudah bisa di minum



(Yunadi, F. D., & Engkartini, E. ,2020)

DAFTAR PUSTAKA

Yunadi, F. D., & Engkartini, E. (2020). Peningkatan Pengetahuan Tentang Pencegahan dan Penanganan Diare Dengan Larutan Oralit Pada Kader Kesehatan Di Desa Slarang. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Al-Irsyad (JPMA)*, 2(1), 63–71. <https://doi.org/10.36760/jpma.v2i1.81>

STIKES BETHESDA YAKKUM

<p>Apa yang terjadi jika diare tidak diatasi?</p> <p>Dehidrasi dapat membuat jantung tidak mampu mengairkan darah yang cukup ke seluruh tubuh</p>  	<p>Apa itu Diare?</p> <p>Diare adalah ketika buang air besar lebih dari tiga kali dalam sehari dengan tekstur cair. Diare diakibatkan karena pembuangan isi usus yang cepat melalui usus kecil kemudian terjadi kekurangan cairan di dalam tubuh.</p> 	 <p>MEMBUAT LARUTAN GULA GARAM UNTUK PENANGANAN DIARRE</p> <p>OLEH: OKRYADI PRANAJAYA MARYO 2104026</p> <p>PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS STIKES BETHESDA YAKKUM YOGYAKARTA 2022</p>
---	--	--

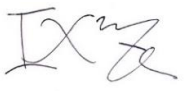


<p>Bagaimana cara membuat larutan gula garam?</p> <p>Alat dan bahan</p> <ol style="list-style-type: none"> Gula pasir sebanyak 1 sendok teh Garam dapur 1/4 sendok teh Air masak atau air teh sebanyak 1 gelas Gelas belimbing atau yang ukurannya sama dan sendok teh <p>Cara membuat</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuci tangan terlebih dahulu Tuangkan air masak ke dalam gelas Masukan gula pasir dan garam sesuai takaran Aduk sampai larut Jika sudah larut bisa diminum 	<p>Bagaimana cara kerja larutan gula dan garam?</p> <p>Campuran larutan gula garam dapat diserap dengan baik oleh usus. Garam mampu meningkatkan pengangkutan dan meninggikan daya absorpsi gula melalui membran sel sedangkan gula juga berkhasiat meningkatkan penyerapan air pada dinding usus secara kuat</p> 	<p>Apa itu larutan gula garam?</p> <p>Oralit atau larutan gula garam adalah cairan elektrolit yang berfungsi untuk menggantikan kehilangan cairan dalam tubuh serta mencegah terjadinya dehidrasi.</p> 
---	--	---

**STIKES BETHESDA YAKKUM
YOGYAKARTA**

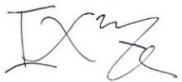
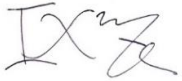
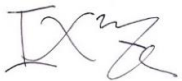


**LEMBAR BIMBINGAN PENULISAN
LAPORAN UJI KOMPREHENSIF
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES BETHESDA YAKKUM YOGYAKARTA
2022**

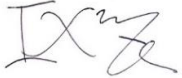
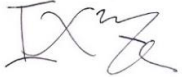
NAMA MAHASISWA	:	OKRYADI PRANAJAYA MARYO
NIM	:	2104026
JUDUL LAPORAN KOMPREHENSIF	:	ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. P DENGAN GASTROENTERITIS AKUT (GEA) DI RUANG VI RUMAH SAKIT BETHESDA YOGYAKARTA 23 – 25 MEI 2022
DOSEN PEMBIMBING	:	IGNASIA YUNITA SARI, S.KEP., NS., M.KEP

NO	TANGGAL KONSULTASI	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	20 Mei 2022	Melakukan Pre Conference bersama pembimbing akademik	Mempersiapkan ujian dengan baik seperti alat-alat untuk ujian dan, disiplin waktu	 Ibu Ignasia
2	21 Mei 2022	Melakukan Pre Conference dengan kepala ruang VI	Mempersiapkan ujian dengan baik, berkomunikasi baik dengan perawat ruangan	Pak Muji
3	23 Mei 2022	Pembagian kasus kelolaan	Membaca materi tentang pengkajian pada kasus kelolaan	 Ibu Ignasia
4	23 Mei 2022	Kesepakatan pengumpulan laporan	Mengumpulkan laporan pendahuluan sampai NCP paling lambat 24 Mei 2022 pukul 07:00	

Lampiran 3

NO	TANGGAL KONSULTASI	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
				Ibu Ignasia
5	24 Mei 2022	Melakukan pengkajian fokus	Lakukan pengkajian fokus dengan baik untuk mengetahui perkembangan pasien	Pak Muji
6	24 Mei 2022	NCP pada kasus	Lakukan apa yang kamu tulis dan tulis apa yang kamu lakukan	Pak Muji
7	24 Mei 2022	Melakukan ujian tindakan (memberi obat oral dan injeksi)	Melengkapi laporan	 Ibu Ignasia
8	25 Mei 2022	Melakukan pengkajian fokus	Melengkapi laporan	 Ibu Ignasia
9	2 Juni 2022	Laporan yang sudah lengkap dikumpulkan melalui email pembimbing akademik dan pembimbing klinik	Mempersiapkan diri dan mempersiapkan PPT	Pak Muji
10	6 Juni 2022	Melaksanakan ujian tahap dua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menambahkan <i>discharge planning</i> pada teori 2. Evaluasi menggunakan SOAPIE 3. Gunakan teori KMB 4. Gunakan rasional secara ilmiah 5. Tambahkan terkait ujian kompre pada BAB I 6. Cantumkan sumber pada Patway 	

Lampiran 3

NO	TANGGAL KONSUTASI	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
			7. Pasien dewasa tidak mendapatkan Zinc	Ibu Ignasia
11	11 Juni 2022	NCP dan Lampiran	1. Pada NCP teori tanggal dan jam dihapus saja 2. Tambahkan lampiran	 Ibu Ignasia
		ACC laporan kompre	3.	 Ibu Ignasia

STIKES BETHESDA YAKKUM