



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.T DENGAN
GASTROENTRITIS DI RUANG PENYAKIT DALAM
LANTAI 13 GEDUNG D KAMAR 1305
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

DEA ADITYA PARAMITA

2011086

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.T DENGAN
GASTROENTRITIS DI RUANG PENYAKIT DALAM
LANTAI 13 GEDUNG DKAMAR 1305
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

DEA ADITYA PARAMITA

2011086

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

Jakarta, 2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Dea Aditya Paramita

NIM : 2011086

Tanda Tangan : 

Tanggal : 21 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.T dengan Gastroenteritis
Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Gedung D
Kamar 1305 RSUD Koja Jakarta Utara**

Pembimbing



(Enni Juliani M.Kep)

Penguji I



(Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep)

Penguji II



(Ns. Hotmarina Purba, S.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, S.B.S.M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis-penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny.T dengan *Gastroentritis* di Ruang Penyakit dalam Lantai 4 Gedung D Kamar 1305 RSUD Koja Jakarta”. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua STIKes RS Husada
2. Enni Juliani, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
3. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku penguji I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Hotmarina, S.Kep selaku penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalin pendidikan serta memberikan saya motivasi
6. Dr.Ida Bagus Nyoman Banjar , MKM selaku Direktur Umum RSUD Koja Jakarta Utara

7. Kepala ruangan penyakit dalam dan para perawat yang telah memberikan bimbingan selama praktik di ruangan penyakit dalam.
8. Ny.T dan keluarga atas bantuan dan kerja samanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan.
9. Orang Tua dan keluarga penulis yang telah memberikan bantuan material dan moral serta kasih sayang yang tidak pernah berhenti-henti nya penulis dapatkan sehingga penulis bisa berada di posisi saat ini, semoga selalu berada dalam lindungan ALLAH SWT.
10. Ilham Saputra terima kasih selama ini telah menemani dari bangku SMA hingga saat ini, menjadi tempat pertukaran pikiran selama tiga tahun dan semangat yang diberikan sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. SahabatRahasia Negara Andini, Yulia, Faisal, Subagyo, Joan, dan Roven, terima kasih selama ini telah menjadi tempat bertukar pikiran danmenjalin suka duka bersama serta terima kasih atas bantuan , dorongan dan dukungannya dalam tiga tahun terakhir ini sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
12. Teman-teman seperjuangan di tim Keperawatan Medikal Bedah dan kelompok 1 ruangan penyakit dalam Alsefia, Ayu , Caroline, dan Dewi yang telah saling membantu selama masa dinas.
13. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terutama kelas C terima kasih atas kebersamaan dan bantuannya.

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta,

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Definisi.....	7
B. Etiologi.....	8
C. Patofisiologi.....	9
D. Manifestasi Klinik.....	11
E. Pemeriksaan penunjang.....	13
F. Penatalaksanaan.....	14
G. Pengkajian keperawatan.....	17
H. Diagnosa Keperawatan.....	19
I. Intervensi Keperawatan.....	21
J. Implementasi Keperawatan.....	28
K. Evaluasi Keperawatan.....	29
BAB III TINJAUAN KASUS.....	32
A. Pengkajian.....	32
B. Diagnosa Keperawatan.....	47
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi.....	47
BAB IV PEMBAHASAN.....	61
A. Pengkajian.....	61

B. Diagnosa Keperawatan.....	62
C. Perencanaan Perawatan.....	64
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	66
E. Evaluasi Keperawatan.....	69
BAB V PENUTUP.....	72
A. Kesimpulan.....	72
B. Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA.....	76

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pathway.....	80
Lampiran 2 Analisa Obat.....	81
Lampiran 3 Lembaran Konsul.....	88

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gastroenteritis merupakan suatu situasi yang dikatakan tidak normal pada seseorang yang mengalami buang air besar dimana hal itu ditandai dengan buang air besar yang sering terjadi dan dengan konsistensi encer atau cair dan merasakan mual serta muntah. Pada negara berkembang dapat dijumpai pada anak- anak dan dewasa yang mengalami penyakit ini. Beberapa pengertian diare dapat di artikan sebagai frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali dalam sehari dengan konsistensi feses encer atau cair, berlendir, dan terkadang dapat disertai darah yang disebabkan oleh berbagai infeksi pada lambung dan usus (Andra & Yessie, 2015).

Gastroenteritis (GEA) yang ditandai dengan demam, sakit kepala, mual dan muntah yang terjadi kurang lebih 2 sampai 5 hari. Komplikasi yang terjadi pada gastroenteritis yaitu terjadinya peningkatan pada asam lambung yang mengakibatkan mual dan muntah terjadi, selain itu bakteri yang masuk melalui makanan dan dicerna oleh lambung akan berdampak fatal yang mengakibatkan penderita mengalami nafsu makan menurun, mual dan muntah sehingga menyebabkan gangguan defisit nutrisi atau ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Bachrudin & Najib, 2016).

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang dengan angka kejadian diare masih tinggi hal ini dilihat dari angka morbiditas dan mortalitasnya. Pada tahun 2017 terjadi KLB di 24 kecamatan dengan jumlah kasus 5.756 orang, dengan kematian 100 orang, sedangkan tahun 2018 terjadi kejadian luar biasa (KLB) GEA di 33 kecamatan dengan jumlah penderita 4.204 dengan kematian 73 orang. Tahun 2016 jumlah penderita GEA yang dilayani di sarana kesehatan Indonesia sebanyak 3.176.079 orang dan terjadi peningkatan pada tahun 2017 menjadi 4.274.790 orang (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Prevalensi GEA berdasarkan diagnosis nakes menurut provinsi 2015-2022, Bali menempati urutan kedua setelah Papua Barat dengan prevalensi 6,5%. Jumlah penemuan penderita diare tahun 2020 diperkirakan sebanyak 56.424 orang. tahun 2022 menurut Profil Kesehatan Indonesia angka kematian *case fatality rate* (CFR) diare mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2020 yaitu menjadi 6,86%, namun pada tahun 2021 menunjukkan bahwa CFR saat KLB >4% (Badan Pusat Statistika, 2022).

Hasil riset kesehatan dasar prevalensi diare menurut provinsi 2013-2018, Bali menempati urutan kedua setelah Papua Barat dengan prevalensi 6,5%. Diare terjadi pada kelompok usia 15-24 tahun (6,93%), 25-34 tahun (5,46%), usia 35-44 tahun (5,27%), usia 45-54 tahun (4,38%), usia 55-64 tahun (5,31%), usia 65-74 tahun (5,32%), serta usia ≥ 75 tahun (5,85%). Prevalensi penderita diare pada laki-laki (5,35%) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (6,13%). Dari data tersebut, dapat disimpulkan bahwa prevalensi penderita diare pada usia <24 tahun lebih rentan terkena penyakit

diare (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan rekam medis RSUD Koja didapatkan penderita gastroenteritis yang dirawat periode Mei 2022 sampai dengan Mei 2023 sebanyak 593 pasien.

Gastroenteritis dapat menyebabkan permasalahan yang terjadi pada tubuh seperti ketidakseimbangan elektrolit, muntah berlebihan dan diare yang sering terjadi dapat menyebabkan hilangnya bikarbonat melalui tinja dan cenderung sering terjadi asidosis metabolik. Hipovolemia disebabkan karena kehilangan cairan pada kedua kondisi tersebut. Penyakit gastroenteritis saat ini masih menjadi masalah kesehatan, akibat gastroenteritis besarnya masalah tersebut terlihat dari tingginya angka kesakitan dan kematian. (Diyono, 2016; LeMone et al., 2016).

Perawat mempunyai peran yang sangat penting bagi penderita gastroenteritis dengan memberikan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, serta melihat klien secara menyeluruh. Peran perawat untuk mengatasi gastroenteritis yaitu dengan cara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Promotif adalah dengan cara meningkatkan status kesehatan yang diberikan melalui pendidikan kesehatan tentang penyakit Gastroenteritis dengan cara penanggulannya. Preventif dengan menekankan pentingnya memelihara lingkungan yang sehat dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah makan. Kuratif yaitu pemantauan pencegahan yang cepat dan tepat terhadap intake dan output cairan serta pemantauan tanda-tanda vital agar diketahui segera keadaan umum pasien Rehabilitatif dengan cara menganjurkan pasien untuk istirahat selama proses pemulihan (Budiono, 2016; Ruhardi et al., 2021).

Berdasarkan pertimbangan keadaan yang diuraikan di atas, maka penulis sebagai salah satu tenaga kesehatan yang berperan dalam peningkatan kesehatan terutama pada pasien gastritis maka penulis tertarik untuk membahas bagaimana asuhan keperawatan dengan Gastroenteritis.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk menerapkan ilmu yang sudah di pelajari pada bangku kuliah secara langsung serta memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gastroenteritis.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan gastroenteritis
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pasien dengan gastroenteritis
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasiengastroenteritis
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan gastroenteritis
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktek
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, dan dapat mencari solusi dalam pemecahan masalah
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gastroenteritis.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus mengenai “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gastroenteritis di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Gedung D Kamar 1305 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 13-15 Maret 2023” menggunakan proses keperawatan dengan tahapan pengkajian, perumusan masalah perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penulisan

Penyusun karya tulis ilmiah ini dibuat berdasarkan deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengumpulkan data, menganalisa, mengidentifikasi dan menarik kesimpulan kemudian diajukan sebagai pembahasan. Adapun tehnik pengumpulan data dalam menyusun karya tulis ilmiah ini adalah dengan studi kasus seperti wawancara, pemeriksaan fisik, observasi selain itu juga menggunakan studi dokumentasi dengan cara mempelajari hasil pemeriksaan yang tertulis dan yang terakhir menggunakan metode studi kepustakaan yang didapatkan dengan mencari literatur keperawatan dan membaca serta mempelajari buku untuk mendapatkan keterangan dengan dasar-dasar teoritis yang berhubungan dengan gastroenteritis.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini disusun dengan urutan yaitu sebagai berikut : bab I terdiri dari pendahuluan yang menguraikan latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II terdiri dari tinjauan teoritis yang meliputi konsep dasar gastroenteritis, konsep

dasar keluarga, dan asuhan keperawatan keluarga. Bab III terdiri dari tinjauan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Bab IV terdiri dari pembahasan kesenjangan antara teori dan kasus termasuk faktor pendukung dan penghambat. Bab V terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Gastroenteritis adalah suatu keadaan dimana terdapat inflamasi pada bagian mukosa dari saluran gastrointestinal ditandai dengan diare dan muntah. Diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dari biasanya atau lebih dari tiga kali sehari dengan konsistensi feses yang lebih lembek atau cair (kandungan air pada feses lebih banyak dari biasanya yaitulebihdari200gramatau200ml/24jam)(Keogh, 2019).Gastroenteritisakutadalahdiare dengan onset mendadak dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam sehari disertai dengan muntah dan berlangsung kurang dari 14 hari (LeMone et al., 2016)

Gastroenteritis akut juga didefinisikan sebagai suatu kumpulan dari gejala infeksi saluran pencernaan yang dapat disebabkan oleh beberapa organisme seperti bakteri, virus, dan parasit. Beberapa organisme tersebut biasanya menginfeksi saluran pencernaan manusia melalui makanan dan minuman yang telah tercemar oleh organisme tersebut(*food borne disease*).(Ruhardi et al., 2021)

Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan Gastroenteritis akut (GEA) adalah inflamasi mukosa dari saluran gastrointestinal akibat infeksi organisme seperti bakteri, virus, dan parasit ditandai dengan feses yang lebih

lembek atau cair dan muntah dengan onset mendadak yang frekunsinya lebih dari 3 kali sehari dan berlangsung kurang dari 14 hari.

B. Etiologi

Etiologi utama gastroenteritis adalah virus, khususnya rotavirus, namun gastroenteritis juga dapat disebabkan oleh bakteri, parasit, penyebab non-infeksi, serta penyebab lainnya. Beberapa penyebab gastroenteritis akibat infeksi dapat dibagi menjadi virus, bakteri, dan parasit (Ignatavicius et al., 2020; Lewis et al., 2017):

1. Etiologi gastroenteritis terbanyak pada anak yaitu adalah rotavirus grup A (25-65% kasus). Setelah rotavirus, penyebab tersering gastroenteritis akut pada anak yaitu calicivirus (7-22%), dan astrovirus (2-9%). Sementara itu, etiologi gastroenteritis viral tersering pada dewasa yaitu norovirus dan rotavirus.
2. Penyebab tersering gastroenteritis bakterial adalah *Escherichia coli*, *Campylobacter species*, *Salmonella species*, *Shigella species*, dan *Yersinia enterocolitica*. Salah satu etiologi gastroenteritis bakterial melalui makanan laut yang tersering di Amerika Serikat yaitu *Vibrio parahaemolyticus*, dengan 45.000 kasus per tahun.
3. Parasit yang dapat menyebabkan gastroenteritis adalah *cryptosporidium*, *giardia*, dan *entamoeba histolytica*. Umumnya gastroenteritis yang terjadi bersifat persisten. Pada infeksi *giardia*, transmisi terjadi melalui sumber air yang terkontaminasi dan ditandai dengan diare berbau busuk disertai perut kembung.

C. Patofisiologi

Gastroenteritis akut dapat disebabkan oleh beberapa mekanisme antara lain(Hinkle & Cheever, 2017; Ignatavicius et al., 2020; Lewis et al., 2017; N. Manurung, 2018; Smeltzer & Bare, 2017) :

1. Gastroenteritis akut sekretorik, Gastroenteritis akut tipe ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi air dan elektrolit dari usus, menurunnya absorpsi. Yang khas pada Gastroenteritis akut ini yaitu secara klinis ditemukan Gastroenteritis akut dengan volume tinja yang banyak sekali. Gastroenteritis akut tipe ini akan tetap berlangsung walaupun dilakukan puasa makan/minum.
2. Gastroenteritis akut osmotik Gastroenteritis akut tipe ini disebabkan meningkatnya tekanan osmotik intralumen dari usus halus yang disebabkan oleh obat-obat/zat kimia yang hiperosmotik malabsorpsi umum dan defek dalam absorpsi mukosa usus misal pada defisiensi disakaridase, malabsorpsi glukosa/galaktosa.
3. Malabsorpsi asam empedu dan lemak. Gastroenteritis akut tipe ini didapatkan pada gangguan pembentukan/ atau produksi micelle empedu dan penyakit-penyakit saluran bilier dan hati.
4. Efek sistem pertukaran anion atau transport elektrolit aktif di enterosit. Gastroenteritis akut tipe ini disebabkan adanya hambatan mekanisme transport aktif Na^+ K^+ ATP di enterosit dan absorpsi Na^+ dan air yang abnormal.
5. Motilitas dan waktu transit usus yang abnormal. Gastroenteritis akut tipe ini

disebabkan hipermotilitas dan iregularitas motilitas usus sehingga menyebabkan absorpsi yang abnormal di usus halus. Penyebabnya antara lain: diabetes mellitus, pasca vagotomi, hipertiroid.

6. Gangguan permeabilitas usus. Gastroenteritis akut tipe ini disebabkan permeabilitas usus yang abnormal disebabkan adanya kelainan morfologi membran epitel spesifik pada usus halus.
7. Gastroenteritis akut inflamasi proses inflamasi di usus halus dan kolon menyebabkan Gastroenteritis akut pada beberapa keadaan. Akibat kehilangan sel epitel dan kerusakan tight junction, Tekanan hidrostatik dalam pembuluh darah dan limfatik menyebabkan air, elektrolit, mukus, protein dan seringkali sel darah merah dan sel darah putih menumpuk dalam lumen. Biasanya Gastroenteritis akut akibat inflamasi ini berhubungan dengan tipe Gastroenteritis akut lain seperti Gastroenteritis akut osmotik dan Gastroenteritis akut sekretorik.
8. Gastroenteritis akut infeksi Infeksi oleh bakteri merupakan penyebab tersering dari Gastroenteritis akut. Dari sudut kelainan usus, Gastroenteritis akut oleh bakteri dibagi atas non-invasif dan invasif (merusak mukosa). Bakteri non-invasif menyebabkan Gastroenteritis akut karena toksin yang disekresikan oleh bakteri tersebut.

Carapenularan Gastroenteritis akut melalui cara fekal-oral yaitu melalui makanan atau minuman yang tercemar kuman atau kontak langsung tangan penderita atau tidak langsung melalui lalat. Ada dua Faktor risiko terjadinya Gastroenteritis akut yang pertama Faktor perilaku antara lain memberikan makanan pendamping air susu ibu terlalu dini akan mempercepat bayi kontak

terhadap kuman, menggunakan botol susu terbukti meningkatkan risiko terkena penyakit Gastroenteritis akut karena sangat sulit untuk membersihkan botol susu, tidak menerapkan kebiasaan cuci tangan pakai sabun sebelum memberi makan dan setelah Buang Air Besar. Yang kedua faktor lingkungan antara lain penyimpanan makanan yang tidak higienis, ketersediaan air bersih yang tidak memadai, kebersihan lingkungan dan pribadi yang buruk (Bachrudin & Najib, 2016).

Disamping faktor risiko tersebut diatas ada beberapa faktor dari penderita yang dapat meningkatkan kecenderungan untuk Gastroenteritis akut antara lain : kurang gizi atau malnutrisi terutama anak gizi buruk, penyakit imunodefisiensi atau imunosupresi dan penderita campak, selain faktor penderita peranan orang tua dalam pencegahan dan perawatan anak dengan Gastroenteritis akut sangatlah penting. Faktor yang mempengaruhinya yaitu umur ibu, tingkat pendidikan, dan pengetahuan ibu mengenai hidup sehat dan pencegahan terhadap penyakit. Rendahnya tingkat pendidikan ibu dan kurangnya pengetahuan ibu tentang pencegahan Gastroenteritis akut dan perawatan anak dengan Gastroenteritis akut merupakan penyebab anak terlambat ditangani dan terlambat mendapatkan pertolongan sehingga mengalami dehidrasi (Black & Hawks, 2014)..

D. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala dari gastroenteritis akut biasanya bervariasi. Dari salah satu hasil penelitian yang dilakukan pada orang dewasa, mual (93%), muntah (81%) atau diare (89%), dan nyeri abdomen (76%) umumnya merupakan

gejala yang paling sering dilaporkan oleh kebanyakan pasien. Selain itu terdapat tanda-tanda dehidrasi sedang sampai berat, seperti membran mukosa yang kering, penurunan turgor kulit, atau perubahan status mental, terdapat pada <10 % pada hasil pemeriksaan. Gejala pernafasan, yang mencakup pradang tenggorokan, batuk, dan rinorea, dilaporkan sekitar 10% (Diyono, 2016).

Sedangkan gatroenteritis akut karena infeksi bakteri yang mengandung atau memproduksi toksin akan menyebabkan diare sekretorik (*watery diarrhea*) dengan gejala-gejala mual, muntah, dengan atau tanpa demam yang umumnya ringan, disertai atau tanpa nyeri/kejang perut, dengan feses lembek atau cair. Umumnya gejala diare sekretorik timbul dalam beberapa jam setelah makan atau minuman yang terkontaminasi (Andra & Yessie, 2015).

Diare sekretorik (*watery diarrhea*) yang berlangsung beberapa waktu tanpa penanggulangan medis yang adekuat dapat menyebabkan kematian karena kekurangan cairan yang mengakibatkan renjatan hipovolemik atau karena gangguan biokimia berupa asidosis metabolik yang lanjut. Karena kehilangan cairan seseorang akan merasa haus, berat badan berkurang, mata menjadi cekung, lidah kering, tulang pipi menonjol, turgor kulit menurun serta suara menjadi serak. Keluhan dan gejala ini disebabkan deplesi air yang isotonic (Black & Hawks, 2014).

Sedangkan kehilangan bikarbonat dan asam karbonat berkurang yang mengakibatkan penurunan pH darah. Penurunan ini akan merangsang pusat pernafasan sehingga frekuensi nafas lebih cepat dan lebih dalam (pernafasan

Kussmaul). Reaksi ini adalah usaha badan untuk mengeluarkan asam karbonas agar pH darah dapat kembali normal. Gangguan kardiovaskular pada tahap hipovolemik yang berat dapat berupa renjatan dengan tanda-tanda denyut nadi yang cepat, tekanan darah menurun sampai tidak terukur. Pasien mulai gelisah muka pucat ujung-ujung ekstremitas dingin dan kadang sianosis karena kehilangan kalium pada diare akut juga dapat timbul aritmia jantung (LeMone et al., 2016).

E. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi akibat gastroenteritis: dehidrasi (ringan, sedang, berat), rejan hipovolemik akibat menurunnya volume darah dan apabila, penurunan volume darah mencapai 15-25% bb maka akan, menyebabkan penurunan tekanan darah, hypokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardi, perubahan elektrokardiogram), hipoglikemia, intoleransi sekunder akibat kerusakan vilimukosa usus dan defisiensi enzim lactase, kejang, terjadi pada dehidrasi hipertonik dan malnutrisi energi protein (akibat muntah dan gastroenteritis jika lama atau kronik) (Black & Hawks, 2014).

F. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk penyakit GEA ada dua yaitu pemeriksaan darah dan pemeriksaan feses pasien, sebagai berikut (N. Manurung, 2018; Muttaqin & Sari, 2016) :

1. Darah

Padapemeriksaandarayahyangperludiperiksaadalahdaraperiferlengkap, serum elektrolit berupa Na^+ , K^+ , Cl^- , analisa gas darah apabila didapatkan tanda- tanda gangguan keseimbangan asam basa, immunoassay untuk mengetahui organisme yang menginfeksi mukosa gastrointestinal seperti toksin bakteri (*C. difficile*), antigen virus (rotavirus), antigen protozoa (*Giardia*, *E. histolytica*).

2. Feses

Pemeriksaan feses yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan feses lengkap, pada pemeriksaan ini dilakukan pemeriksaan mikroskopis untuk mengetahui peningkatan jumlah leukosit di feses pada inflammatory diarrhea, parasit, amoeba bentuk trophozoite, dan hypha pada jamur. Selain pemeriksaan feses lengkap dilakukan biakan dan resistensi feses atau colok dubur. Pemeriksaan penunjang diperlukan dalam penatalaksanaan diare akut karena infeksi, karena dengan tata cara pemeriksaan yang terarah akan sampai pada terapi definitif.

G. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diare akut karena infeksi pada orang dewasa terdiri atas: rehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan, memberikan terapi simptomatik, dan memberikan terapi definitif (Setiya & Wahid, 2016).

1. Terapi

Langkah pertama dalam menterapi diare adalah dengan rehidrasi, dimana lebih disarankan dengan rehidrasi oral. Akumulasi kehilangan

cairan (dengan penghitungan secara kasar dengan perhitungan berat badan normal pasien dan berat badan saat pasien diare) harus ditangani pertama. Selanjutnya, tangani kehilangan cairan dan cairan untuk pemeliharaan. Hal yang penting diperhatikan agar dapat memberikan rehidrasi yang cepat dan akurat, yaitu (Bachrudin & Najib, 2016; Smeltzer & Bare, 2017; Yanti & Leniwita, 2019):

a. Jenis cairan

Pada saat ini cairan Ringer Laktat merupakan cairan pilihan karena tersedia

cukup banyak dipasaran, meskipun jumlah kaliumnya lebih rendah bila dibandingkan dengan kadar Kalium cairan tinja. Apabila tidak tersedia cairan ini, boleh diberikan cairan NaCl isotonik. Sebaiknya ditambahkan satu ampul Na bikarbonat 7,5% 50 ml pada setiap satu liter infus NaCl isotonik. Asidosis akan dapat diatasi dalam 1-4 jam. Pada keadaan diare akut awal yang ringan, tersedia di pasaran cairan/bubuk oralit, yang dapat diminum sebagai usaha awal agar tidak terjadi dehidrasi dengan berbagai akibatnya. Rehidrasi oral (oralit) harus mengandung garam dan glukosa yang dikombinasikan dengan air.

b. Jumlah Cairan

Pada prinsipnya jumlah cairan yang hendak diberikan sesuai dengan jumlah cairan yang keluar dari badan. Rehidrasi cairan dapat diberikan dalam 1-2 jam untuk mencapai kondisi rehidrasi.

b. Jalur Pemberian Cairan

Rute pemberian cairan pada orang dewasa terbatas pada oral dan intravena. Untuk pemberian per oral diberikan larutan oralit yang komposisinya berkisar antara 29g glukosa, 3,5g NaCl, 2,5g Na bikarbonat dan 1,5g KCl setiap liter. Cairan per oral juga digunakan untuk memperlahankan hidrasi setelah rehidrasi inisial.

2. Penatalaksanaan Medis

Pemberian terapi simptomatik haruslah berhati-hati dan setelah benar-benar dipertimbangkan karena lebih banyak kerugian daripada keuntungannya. Hal yang harus sangat diperhatikan pada pemberian antiemetik, karena Metoklopropamid misalnya dapat memberikan kejang pada anak dan remaja akibat rangsangan ekstrapiramidal. Pada diare akut yang ringan kecuali rehidrasi peroral, bila tak ada kontraindikasi dapat dipertimbangkan pemberian Bismuth subsalisilat maupun loperamid dalam waktu singkat. Pada diare yang berat obat-obat tersebut dapat dipertimbangkan dalam waktu pemberian yang singkat dikombinasi dengan pemberian obat antimicrobial (Keogh, 2019).

Pemberian antibiotik secara empiris jarang diindikasikan pada diare akut infeksi, karena 40% kasus diare sembuh kurang dari 3 hari tanpa pemberian antibiotik. 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 pelancong dan pasien immunocompromised. Pemberian antibiotik dapat secara empiris, tetapi

antibiotic spesifik diberikan berdasarkan kultur dan resistensi kuman (Ignatavicius et al., 2020).

H. Pengkajian keperawatan

Menurut Black & Hawks (2014); Doenges et al (2019); Lewis et al (2017) pengkajian pada pasien gastroenteritis antara lain:

1. Biodata pasien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, nomor telpon, status pernikahan, agama suku, pendidikan, pekerjaan, lama bekerja, nomor rekam medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian, sumber informasi, nama keluarga dekat yang bisa dihubungi, status, alamat, pendidikan, dan pekerjaan.

2. Riwayat penyakit sekarang

Yang dikaji adalah riwayat penyakit yang dialami sekarang seperti apakah ada nyeri, nyeri skala berapa, intensitas nyerinya, penyebab terjadinya nyeri. Apakah terdapat sesak nafas, mual muntah, keringat dingin dan lemah.

3. Riwayat kesehatan masalalu

Yang dikaji adalah riwayat penyakit yang pernah di derita, riwayat operasi dengan trauma, operasi, transfuse darah, alergi dan kebiasaan spesifik klien lainnya. Selain itu, dikaji pula apakah sebelumnya pasien pernah menderita nyeri dada, darah tinggi, diabetes militus, dan hiperlipidemia. Tanyakan obat-obatan yang biasa diminum oleh pasien pada masalalu. Tanyakan alergi obat dan reaksi alergi apa yang timbul.

4. Riwayat keluarga

Kaji penyakit yang pernah dialami oleh keluarga serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, tanyakan penyebab kematiannya. Penyakit jantung iskemik pada orang tua yang timbulnya pada usia muda merupakan factor risiko utama untuk penyakit jantung pada keturunannya.

5. Status kardiovaskuer

Meliputi frekuensi dan irama jantung, tekanan darah arteri, tekanan vena central (CVP), tekanan arteri paru, bentuk gelombang pada tekanan darah invasive, curah jantung dan cardiac index, serta drainase rongga dada.

6. Status respirasi

Meliputi ukuran dan tanggal pemasangan ETT, masalah yang timbul selama intubasi, gerakan dada, suara nafas, setting ventilator (frekuensi, volume tidal, konsetrasi oksigen), kecepatan nafas, tekanan ventilator, saturasi oksigen, serta analisa gas darah.

7. Status neurologi

Meliputi tingkat kesadaran, orientasi, pemberian sedasi, ukuran reflex pupil terhadap cahaya, gerakan reflec (reflex muntah, patella, tendon), memori, nervus cranial, serta gerakan ekstremitas.

8. Status fungsi ginjal

Meliputi haluaran urine, warna urine, osmolalitas urine, distensi kandung kemih, serta kebutuhan cairan.

9. Status gastrointestinal

Meliputi bising usus, frekuensi bising usus, palpasi abdomen, nyeri pada saat palpasi, mual, muntah, frekuensi BAB, konsistensi dan warna feses.

10. Status musculoskeletal

Meliputi kondisi kulit, gerakan ekstermitas, lokasi luka, kekuatan dan tonus otot.

11. Nyeri

Meliputi lokasi, onset, paliatif, kualitas, medikasi, serta efek nyeri terhadap aktivitas.

12. Pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan laboratorium dan diagnostic lainnya dapat berupa pemeriksaan kadar elektrolit, kalium, klorida, jenis urine, analisis gas darah, dan lain-lain).

I. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Berapa diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita gastritis dari beberapa sumber antara lain (Gulo, 2019; Hinkle & Cheever, 2017; Yanti & Leniwita, 2019):

1. Diare berhubungan dengan Penyebab fisiologis, Penyebab psikologis, Penyebab Situasional
2. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) dan Agen pencidra fisik (mis. Abses, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).
3. Neusea berhubungan dengan Gangguan biokimiawi Gangguan pada esofagus, Distensi lambung, Iritasi lambung, Gangguan pankreas, Peregangan kapsul limpa, Tumor terlokalisasi, Peningkatan tekanan intraabdominal, Peningkatan tekanan intrakranial, Peningkatan tekanan intraorbital, Mabuk perjalanan, Kehamilan, Aroma tidak sedap, Rasa makanan/minuman yang tidak enak, Stimulus penglihatan tidak menyenangkan, Faktor psikologis, Efek agen farmakologis, Efek toksin
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), dan Faktor psikologis (mis. stres, keenganan untuk makan).
5. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Keterbatasan kognitif, Gangguan fungsi kognitif, Kekeliruan mengikuti anjuran, Kurang terpapar informasi, Kurang minat dalam belajar, Kurang mampu mengingat, Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

6. Ansietas Berhubungan Dengan Krisis situasional, Kebutuhan tidak terpenuhi, Krisis maturasional, Ancaman terhadap konsep diri, Ancaman terhadap kematian, Kekhawatiran mengalami kegagalan, Disfungsi sistem keluarga, Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), Penyalahgunaan zat, Terpapar bahaya lingkungan dan Kurang terpapar informasi
7. Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit dibuktikan dengan Ketidakseimbangan cairan, Kelebihan volume cairan, Gangguan mekanisme regulasi, Efek samping prosedur, Diare, Muntah, Disfungsi ginjal, Disfungsi regulasi endokrin

J. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Diare berhubungan dengan Penyebab fisiologis, Penyebab psikologis, Penyebab Situasional.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka eliminasi fekal membaik

Kriteria hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat, Keluhan defekasi lama dan sulit menurun, Mengejan saat defekasi menurun, Konsistensi feses membaik, Frekuensi BAB membaik, Peristaltik usus membaik.

intervensi manajemen diare berdasarkan SIKI, antara lain:

a. Observasi

- 1) Identifikasi penyebab diare (mis: inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, obat-obatan)
- 2) Identifikasi riwayat pemberian makanan
- 3) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses
- 4) Monitor tanda dan gejala hipovolemia (mis: takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa kulit kering, CRT melambat, BB menurun)
- 5) Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perineal
- 6) Monitor jumlah dan pengeluaran diare

b. Terapeutik

- 1) Berikan asupan cairan oral (mis: larutan garam gula, oralit, Pedialyte, renalyte)
- 2) Pasang jalur intravena
- 3) Berikan cairan intravena (mis: ringer asetat, ringer laktat)
- 4) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit

c. Edukasi

- 1) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
- 2) Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis: loperamide)

2. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) dan Agen pencidra fisik (mis. Abses, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka nyeri akut dapat teratasi

Kriteria hasil: Menunjukkan tingkat nyeri menurun, tanda – tanda vital membaik, pasien tidak meringis kesakitan

Intervensi:

- a. Observasi
 - 1) Observasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi
 - 2) Identifikasi skala nyeri
 - 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - 4) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- b. Terapeutik
 - 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - 2) Fasilitasi istirahat dan tidur
- c. Edukasi
 - 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - 2) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 - 3) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- d. Kolaborasi
 - 1) Kolaborasi pemberian analgetik

3. Neusea berhubungan dengan Gangguan biokimiawi Gangguan pada esofagus, Distensi lambung, Iritasi lambung, Gangguan pankreas, Peregangan kapsul limpa, Tumor terlokalisasi, Peningkatan tekanan intraabdominal, Peningkatan tekanan intrakranial, Peningkatan tekanan intraorbital, Mabuk perjalanan, Kehamilan, Aroma tidak sedap, Rasa makanan/minuman yang tidak enak, Stimulus penglihatan tidak menyenangkan, Faktor psikologis, Efek agen farmakologis, Efek toksin
- Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik

Kriteria hasil: Porsi makan yang dihabiskan meningkat, Berat badan membaik, Indeks massa tubuh (IMT) membaik.

Intervensi manajemen nutrisi berdasarkan SIKI, antara lain:

a. Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- 5) Monitor asupan makanan
- 6) Monitor berat badan
- 7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

b. Terapeutik

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- 2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 3) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

- 4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 5) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- c. Edukasi
 - 1) Ajarkan diet yang diprogramkan
- d. Kolaborasi
 - 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik)
 - 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
- 4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi, dan Faktor psikologis.

Tujuan: resiko defisit nutrisi tidak terjadi setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Kriteria hasil: nafsu makan membaik, frekuensi makan membaik, porsi makanan yang dihabiskan meningkat, nyeri abdomen menurun.

Intervensi:

- a. Observasi
 - 1) Identifikasi status nutrisi
 - 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
 - 3) Identifikasi makanan yang disukai
 - 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
 - 5) Monitor asupan makanan

- 6) Monitor berat badan
 - 7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
 - b. Terapeutik
 - 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
 - 2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
 - 3) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - 4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 - 5) Berikan suplemen makanan, jika perlu
 - c. Edukasi
 - 1) Ajarkan diet yang diprogramkan
 - d. Kolaborasi
 - 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik)
 - 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
5. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Keterbatasan kognitif, Gangguan fungsi kognitif, Kekeliruan mengikuti anjuran, Kurang terpapar informasi, Kurang minat dalam belajar, Kurang mampu mengingat, Ketidaktahuan menemukan sumber informasi
- Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka status tingkat pengetahuan meningkat
- Kriteria hasil: Perilaku sesuai anjuran meningkat, Verbalisasi minat dalam belajar meningkat, Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, Kemampuan menggambarkan pengalaman

sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat, Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi edukasi kesehatan berdasarkan SIKI, antara lain:

a. Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

b. Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

c. Edukasi

- 1) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 2) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

6. Ansietas Berhubungan Dengan Krisis situasional, Kebutuhan tidak terpenuhi, Krisis maturasional, Ancaman terhadap konsep diri, Ancaman terhadap kematian, Kekhawatiran mengalami kegagalan, Disfungsi sistem keluarga, Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), Penyalahgunaan zat, Terpapar bahaya lingkungan dan Kurang terpapar informasi.

Tujuan: ansietas dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: Tingkat ansietas menurun, ditandai dengan Verbalisasi

kebingungan menurun; Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi

menurun; Perilaku gelisah menurun; Perilaku tegang menurun: Frekuensi nadi dan Tekanan darah dalam batas normal

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)
- 2) Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)

b. Terapeutik

- 1) Ciptakan suasanaterapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 3) Dengarkan dengan penuh perhatian

c. Edukasi

- 1) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 2) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 3) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 4) Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan
- 5) Latih teknik relaksasi

K. Implementasi Keperawatan

Setelah dilakukan intevensi keperawatan, tahap selanjutnya yang dilakukan adalah implementasi yaitu tindakan atau aplikasi yang dilakukan sesuai rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda di sesuaikan dengan kondisi

saat itu dan kebutuhan yang dirasakan oleh pasien, implementasi keperawatan memerlukan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut harus dilakukan (Debora, 2017).

Menurut (Deoegus, 2018) tindakan keperawatan dalam pelaksanaannya dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan, terdiri dari:

1. Independen

Tindakan keperawatan yang dilakukan mandiri oleh perawat tanpa berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, dilakukan dengan keputusan sendiri dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia.

2. Dependen

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau perawat kepala kepada pelaksana berdasarkan pelimpahan tugas atau instruksi.

3. Interdependen

Tindakan keperawatan yang dilakukan dengan kolaborasi dengan tim kesehatan lain, bukan hanya perawat dan dokter saja, tetapi dengan seluruh tenaga kesehatan yang ada.

L. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan rencana intervensi dan implementasinya, evaluasi sebagai sesuatu yang

direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Tujuan evaluasi keperawatan adalah untuk melihat kemampuan klien untuk mencapai tujuan, hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan. Ada beberapa jenis evaluasi yang dalam evaluasi keperawatan (Budiono, 2016) :

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan pada setiap akhir pembahasan suatu pokok bahasan / topik, dan dimaksudkan untuk mengetahui sejauh manakah suatu proses pembelajaran telah berjalan sebagaimana yang direncanakan. Dengan kata lain evaluasi formatif dilaksanakan untuk mengetahui seberapa jauh tujuan yang telah ditetapkan telah tercapai. Dari hasil evaluasi ini akan diperoleh gambaran siapa saja yang telah berhasil dan siapa yang dianggap belum berhasil untuk selanjutnya diambil tindakan-tindakan yang tepat.

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan pada setiap akhir satu satuan waktu yang didalamnya tercakup lebih dari satu pokok bahasan, dan dimaksudkan untuk mengetahui sejauhmana peserta didik telah dapat berpindah dari suatu unit ke unit berikutnya. Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data- data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis menguraikan asuhan keperawatan pada pasien Ny.T dengan Gastroenteritis di ruang penyakit dalam lantai 13 gedung D kamar 1305 RSUD Koja Jakarta Utara, mulai dari tanggal 13 Maret 2023 sampai 15 Maret 2023. Asuhan Keperawatan dilakukan sesuai dengan tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan masalah, masalah keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Maret 2023, data yang diperoleh penulis melalui observasi langsung dan wawancara pasien, pemeriksaan fisik dan dari catatan medis pasien.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny.T berusia 25 tahun, jenis kelamin perempuan, status perkawinan belum menikah, agama Islam, suku bangsa Sunda, pendidikan SMA, bekerja sebagai karyawan swasta, alamat Jalan Papanggo II C No.9 Jakarta Utara, sumber biaya BPJS, sumber informasi dari pasien dan rekam medis.

2. Resume

Pasien Ny.T dibawa ke IGD RSUD Koja pada tanggal 13 Maret 2023 pukul 02.23 WIB. dengan keluhan sakit di uluhati, perutnya sakit

seperti ditusuk-tusuk, dan perut terasa panas, mual, muntah 4x, bab cair kepalanya pusing.

Tanda-tanda vital TD: 134/87mmHg, N: 84x/menit, RR: 20x/menit, suhu 36OC. Keadaan umum lemah, GCS: E: 4 M: 6 V: 5, akral hangat, konjungtiva anemis, CRT <2 detik, Bising usus 32x/menit, terpasang infuse assering 50cc/12 jam 20 tetes/menit. Pasien sudah dilakukan pemeriksaan laboratorium darah rutin dengan hasil Hemoglobin *10.4 g/dL, Hematokrit *31.2%, Jumlah Trombosit *420 $10^3/\mu\text{L}$, MCV *61 fL, MCH *21 pg, RDW-CV *14.6 intake 1500ml output 1700ml, balance cairan -200 ml

Masalah Keperawatan yang ditemui yaitu diare, nyeri akut, deficit nutrisi, nausea, resiko ketidakseimbangan elektrolit. Diberikantindakan keperawatandengan mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi balance cairan, pemberian cairan assering 500cc/12 jam 20 tetes/menit. Pasien diberikan kolaborasi obat Omeprazole 5ml injeksi (iv), Ondansentron 8ml (2x4ml) injeks i(iv), PCT tablet 3 x 500 mg oral, Metonidazole 3 x 50 (drip), Ceftriaxone 1 x 29g, Suculfal syrup 3 x 1 oral. Hasil evaluasi keperawatan Ny.T, pasien mengatakan perutnya masih sakit, mualnya berkurang,sudah tidak bab cair, frekuensi muntahnya berkurang.

3. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengeluh nyeri uluhati, skaitnya terasa seperti ditusuk-tusuk disertai dengan mual dan muntah, bab cair.

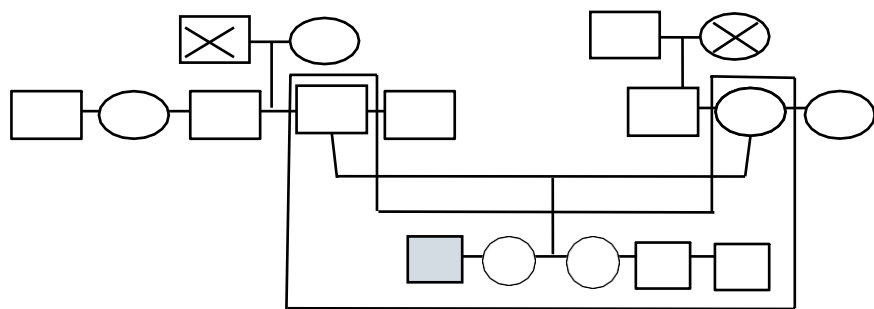
b. Riwayat Kesehatan Masalalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit maag.

c. Riwayat Pemakaian Obat

Pasien mengatakan ketika merasakan nyeri pada perutnya biasanya mengkonsumsi promaag atau milanta.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan:

- ✕ : Sudah Meninggal
- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Berhubungan
- : Pasien
- : Serumah

e. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga yang menjadi faktor resiko.

Pasien mengatakan ibunya memiliki riwayat penyakit maag

f. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah ibunya, pola komunikasi dua arah, pembuat keputusan adalah ayahnya, pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan, pasien mengatakan sejak sakit menjadi beban untuk keluarganya, masalah yang

mempengaruhi pasien adalah kesehatannya saat ini karena tidak bisa bekerja, mekanisme koping yang dilakukan oleh pasien ketika stress yaitu tidur. Pasien mengatakan saat ini yang dipikirkan oleh pasien adalah kesehatannya dan pasien berharap ingin cepat sembuh, pasien juga mengatakan bahwa selama sakit pasien tidak dapat bekerja dan beraktivitas. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatannya, Pasien mengatakan aktivitas keagamaannya yaitu sholat dan berdoa, kondisi lingkungan rumah pasien baik, pasien tinggal di gang yang bersih juga pencahayaan yang cukup.

g. Pola Kebiasaan

1.) Pola Nutrisi

Sebelum sakit pasien makan 1 kali sehari nafsu makannya tidak baik, makanan yang dihabiskan satu porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai dan juga tidak ada makanan yang membuat pasien alergi, tidak ada pantangan makanan dan makanan diet, tidak ada penggunaan obat sebelum makan. Sesudah sakit frekuensi makan pasien 3 kali sehari, nafsu makan pasien tidak baik, pasien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan, tidak ada makanan yang tidak disukai pasien serta tidak ada alergi, makanan pantangan pasien yaitu pedas, pasien mengonsumsi makanan diet yaitu makanan halus, penggunaan obat sebelum makan yaitu Sucralfatesyrup.

2.) Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien buang air kecil enam kali sehari, warna kuning, pasien tidak memiliki keluhan saat buang air kecil serta tidak menggunakan alat bantu, pasien buang air besar dua kali sehari waktunya tidak tentu, warna feses kuning konsistensi lunak, tidak ada keluhan saat buang air besar dan tidak menggunakan laxative. Sesudah sakit frekuensi buang air kecil pasien tiga kali sehari, warna kuning, pasien tidak memiliki keluhan saat buang air kecil dan tidak menggunakan alat bantu, frekuensi buang air besar pasien tiga kali dengan konsistensi cair serta warna feses kuning, dan tidak menggunakan laksatif.

3.) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit pasien mandi dua kali sehari pada pagi dan sore, pasien menggosok gigi tiga kali sehari pada pagi, sore, dan malam sebelum tidur, pasien mencuci rambutnya tujuh kali seminggu. Setelah sakit pasien mandi satu kali sehari pada sore hari serta menggosok gigi satu kali pada sore hari, pasien tidak mencuci rambutnya selama berada di rumah sakit.

4.) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit pasien tidak tidur siang dan tidur malam 5 jam, kebiasaan sebelum tidur pasien yaitu main handphone. Setelah sakit pasien tidur siang 2 jam dan tidur malam 4 jam. Pasien mengeluh sering terbangun karena rasa nyeri pada abdomen yang dirasakan pasien. Kebiasaan pasien sebelum tidur saat di rumah sakit yaitu mengobrol dengan ibunya.

5.) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit pasien biasanya bekerja dari pagi sampai sore, pasien olahraga jogging saat libur hari minggu. Setelah sakit pasien tidak melakukan aktivitas apa-apa karena setiap melakukan aktivitas pasien selalu mengeluh nyeri pada perutnya.

6.) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit dan setelah sakit pasien tidak memiliki kebiasaan merokok dan meminum minuman keras ataupun napza.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Pemeriksaan fisik umum didapatkan berat badan pasien mengalami penurunan dari sebelum sakit 51 kg dan setelah sakit menjadi 45 kg, dengan tinggi badan 159 cm, tekanan darah didapatkan 134/87 mmHg, nadi 84x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu tubuh 36°C, keadaan umum pasien tampak sakit sedang dan tidak ditemukan pembesaran pada kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Hasil pemeriksaan system penglihatan didapatkan hasil pemeriksaan kedua mata pasien simetris dengan kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva ananemis, kornea mata normal, sclera mata pasien aniterik, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot mata pasien, fungsi penglihatan pasien baik, tidak ditemuka tanda-tanda

radang pada mata pasien, pasien tidak memakai kacamata dan lensa kontak, reaksi terhadap cahaya baik.

c. Sistem Pendengaran

Hasil pemeriksaan sistem pendengaran pada pasien didapatkan hasil pemeriksaan daun telinga pasien tampak normal, tidak ditemukan adanya serumen, kondisi telinga bagian tengah pasien normal, tidak ditemukan adanya cairan dari telinga pasien, pasien tidak merasakan penuh pada telinganya, tidak ditemukan tinnitus, fungsi pendengaran pasien normal, tidak ada gangguan keseimbangan pada telinga pasien, serta pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem Wicara

Hasil pemeriksaan sistem wicara didapatkan sistem wicara pada pasien normal artinya tidak memiliki masalah atau gangguan pada sistem wicara.

e. Sistem Pernapasan

Hasil Pemeriksaan sistem pernapasan ditemukan jalan nafas pasien bersih, tidak ada sumbatan, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas frekuensi nafasnya 20 kali per menit iramanya teratur pernapasan pasien spontan kedalamannya dalam, pada pemeriksaan palpasi dada tidak ditemukan adanya benjolan dan juga perkusi dada terdengar bunyi Sonor, suara nafas vesikuler, pasien tidak mengalami nyeri saat bernapas serta tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskular

1.) Sirkulasi Peripher

Hasil pemeriksaan sistem kardiovaskular didapatkan nadi pasien 84 x/menit, iramanya teratur, denyut nadi terabakuat, tekanan darah 134/87 mmHg, tidak ditemukan adanya distensi vena jugularis, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit tampak kemerahan, hasil pemeriksaan CRT kurang dari 2 detik tidak ditemukan adanya edema.

2.) Sirkulasi Jantung

Hasil pemeriksaan sirkulasi jantung didapatkan kecepatan denyut apical pasien 84x/menit, Irama teratur dan tidak terdengar adanya kelainan bunyi jantung, pasien tidak merasakan adanya nyeri pada dadanya.

g. Sistem Hematologi

Hasil pemeriksaan hematologi pasien tampak pucat, tidak ditemukan adanya perdarahan pada pasien

h. Sistem Syaraf Pusat

Hasil pemeriksaan sistem persyarafan pasien ada keluhan sakit kepala yang dirasakan seperti berputar, tingkat kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS 15, hasil pemeriksaan juga didapatkan bahwa pasien tidak memiliki tanda-tanda adanya peningkatan TIK, tidak ada gangguan pada sistem persyarafan pasien, hasil pemeriksaan refleksnya yaitu pada reflek fisiologis reflek patela, reflek biseps dan triseps yaitu positif dan reflek patologisnya kaku kuduk negatif, pemeriksaan brudzinski I, II, III, dan IV negatif, pemeriksaan reflek babinski negatif. Refleks

hoffman tromer, refleks cordon, refleks gordon negatif, pada pemeriksaan refleks openheim negatif.

i. Sistem Pencernaan

Hasil pemeriksaan sistem pencernaan gigi pasien tanpa karies, tidak ditemukan adanya penggunaan gigi palsu, tidak tampak stomatitis serta lidah tampak bersih, saliva normal, pasien ada muntah 4 kali isinya makanan warnanya sesuai makanan yang pasien makan frekuensinya 4 kali, terdapat nyeri pada perut pasien skala nyerinya enam karakteristik seperti ditusuk-tusuk, nyeri setempat dibagian uluhati, bising usus pasien 32 kali per menit, pasien mengalami diare frekuensinya 5 kali, warna feses pasien kuning dan konsistensi fesesnya cair. Tidak ditemukan konstipasi pada pasien, hepar tidak teraba, pada pemeriksaan abdomen pasien kembung.

j. Sistem Endokrin

Hasil pemeriksaan sistem endokrin pada pasien tidak ditemukan adanya perbesaran pada kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton serta tidak ditemukan adanya luka gangrene, pasien tidak memiliki riwayat diabetes militus.

k. Sistem Urogenital

Hasil pemeriksaan sistem urologi pasien didapatkan Balance cairan pasien intake 1500ml output 1700ml, balance cairan -200 ml Tidak ditemukan adanya perubahan pada pola kemih pasien, buang air kecil pasien berwarna kuning tidak ada distensi atau ketegangan

kandung kemih serta tidak didapatkan keluhan sakit pada pinggang pasien.

l. Sistem Integumen

Hasil pemeriksaan sistem integumen pada pasien didapatkan turgor kulit pasien dengan temperatur 36 derajat Celcius, warna kulit kemerahan, keadaan kulit pasien baik, tidak tampak adanya luka dan tidak memiliki kelainan pada kulit pasien, kondisi kulit pada sekitar pemasangan infus tampak baik tidak ada pelebitis. Keadaan rambut pasien tampak baik dan bersih.

m. Sistem Muskuloskeletal

Hasil pemeriksaan sistem muskuloskeletal didapatkan pasien tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan, tidak ditemukan sakit pada tulang ataupun sendi serta tidak terdapat fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang sendi dan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

5. Data Tambahan

Pasien hanya mengetahui bahwa ia sakit lambung karena pasien memiliki riwayat penyakit maag namun pasien belum mengetahui penyakit gastroenteritis yang dideritanya dan efek samping jika tidak cepat mendapatkan penanganan.

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 13 Maret 2023 pukul 10.40 WIB adalah:

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	10.4	g/dL	13.5-18.0
Leukosit	10.14	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.50
Hematokrit	31.2	%	42.0-52.0
Trombosit	420	$10^3/\mu\text{L}$	163-337
Eritrosit	5.08	Juta/ μL	182-369
MCV	61	fL	78-100
MCH	21	Pg	27-31
MCHC	33	g/dL	32-36
RDW-CV	14.6	%	11.5-14.0
Basofil	0.5	%	0.1-1.2
Eosinofil	1.4	%	0.7-5.8
Neutrofil	65.4	%	34.0-71.1
Limfosit	26.5	%	19.3-51.7
Monosit	6.2	%	4.7-12.5

7. Penatalaksanaan

Terapi injeksi: Infus Assering 500cc/12jam 20 tetes/menit, Metonidazole drip 3x50ml diberikan pukul 08.00 wib, 16.00 WIB dan 24.00 WIB, Obat injeksi: Omeprazole 3x5mldiberikan pukul 08.00 wib, 12.00 WIB dan 17.00 WIB, Ondansentron 8ml (2x4ml)diberikan pukul

12.00 WIB dan 24.00 WIB, Ceftriaxone 1 x 290mg diberikan pukul 07.00 WIB.

Terapi oral: Paracetamol tablet 3x500mg diberikan pukul 08.00 wib, 16.00 WIB Dan 24.00 WIB, Sucralfate syrup 3x1d diberikan pukul 08.00 WIB 12.00 WIB Dan 17.00 WIB, loperamide 1x2mg diberikan pukul 08.00 WIB.

8. Data Fokus

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri di uluhati, pasien mengatakan mual, pasien mengatakan sudah muntah 4 kali, pasien mengatakan buang air besar cair sudah 5 kali, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan berat badannya turun dari 51 kilogram ke 45 kilogram, pasien mengatakan setiap hari makan hanya satu kali, pasien mengatakan pusingnya berputar, pasien mengatakan nyerinya seperti ditusuk-tusuk diperutnya, pasien mengatakan flatus tidak ada, pasien mengatakan perutnya kembung, pasien mengatakan terasa lemas, pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan, pasien mengatakan muntahnya isi dari makanan yang pasien makan.

Data Objektif: TTV: TD: 134/87 mmHg, N: 84x/menit, S: 36 derajat celcius, SPO2: 99%, frekuensi nafas: 20x/menit. Pasien terlihat pucat, membran mukosa pasien kering, pasien sudah BAB 5 kali dalam 24 jam, konsistensi cair, pasien tampak mual, pasien muntah sudah 4 kali, pasien tampak meringis, konjungtiva anemik, feses cair, berat badan pasien turun 10% dari 51 kilogram ke 45 kilogram, Hemoglobin 10.4g/dL, Leukosit $10.14 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hematokrit 31.2 % , Trombosit

42010³/μL penyebab nyeri metabolisme usus, kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa pada abdomen, skala nyeri 6 serta nyeri dirasakan mendadak.

9. Analisa Data

No	Tanda dan Gejala	Masalah	Etiologi
1	Data Subjektif : a. pasien mengatakan bab 5 kali b. pasien mengatakan BAB cair Data Objektif : a. pasien sudah BAB 5kali dalam 24 jam b. konsistensi cair c. intake 1500ml output 1700mlbalance cairan -200ml d. konjungtivaanane mis	Diare	Inflamasi Gastrointestinal
2	Data Subjektif : a. pasien mengatakan nyeri pada uluhatinya	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis

	b. pasien mengatakan nyerinya seperti ditusuk-tusuk c. penyebabnyeri metabolisme usus, kualitas nyeri seperti ditusuk- tusuk, nyeri terasa pada abdomen, serta nyeri dirasakan mendadak. Data Objektif : a. Pasien tampak meringis b. Pasien tampak menghindar ketika akan diperiksa bagian abdomen c. Pasien tampak Gelisah d. Nadi 84 X/Menit e. Pasien tampak sulit tidur		
--	--	--	--

3	Data Subjektif: a. pasien mengatakan mual b. pasien mengatakan muntah 4x c. pasien mengatakan muntahnya isi dari makanan yang pasien makan Data Objektif: a. pasien tampak mual, b. pasien muntah sudah 4 kali	Nausea	Iritasi Lambung
4	Data Subjektif: a. pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan b. pasien mengatakan tidak nafsu makan c. pasien mengatakan makan satu kali sehari Data Objektif:	Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan Mencerna Makanan

	a. berat badan sebelum sakit 51 kilogram berat badan saat ini 45 kilogram b. perubahan berat badan selama 1 bulan		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data, diagnose keperawatan yang muncul disusun prioritas sebagai berikut:

1. Diare berhubungan dengan Inflamasi Gastrointestinal
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis
3. Nausea berhubungan dengan Iritasi Lambung
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

1. Diare berhubungan dengan Inflamasi Gastrointestinal

Data Subjektif : pasien mengatakan BAB 5 kali, pasien mengatakan BAB cair

Data Objektif : pasien sudah BAB 5 kali dalam 24 jam, konsistensi cair intake 1500ml output 1700ml balance cairan -200ml

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diare menurun.

Kriteria Hasil: Konsistensi feses padat, Frekuensi BAB 2 kali perhari.

Rencana Tindakan:

- a. Identifikasi penyebab diare
- b. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses,
- c. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal,
- d. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap,
- e. Berikan asupan cairan intravena Infus Assering 500cc/12jam 20 tetes/menit
- f. Berikan metonidazole drip 3x50ml diberikan pukul 08.00 wib, 16.00 WIB dan 24.00 WIB, ceftriaxone 1x29g diberikan pukul 07.00 WIB, loperamide 1x2mg diberikan pukul 08.00 WIB.

Pelaksanaan:

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 07.00 WIB mengidentifikasi penyebab diare: inflamasi lambung, pukul 07.00 WIB berikan ceftriaxone 1x29g, Pukul 07.15 WIB Memonitoring warna: warna feses pasien kuning, Pukul 07.25 WIB volume, frekuensi, dan konsistensi feses: pasien BAB 5x dalam 24 jam, konsistensi cair, jumlah $\pm$ 700cc. Pukul 07.35 WIB Memonitoring iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal: tidak ditemukan adanya iritasi dan inflamasi pada daerah perineal. Pukul 07.40 WIB Memberikan asupan cairan oral: pasien diberikan minum sebanyak 700ml, Pukul 07.50 WIB memberikan cairan intravena; pemberian asering 500ml, pukul 08.00 WIB berikan metonidazole drip 1x50ml, pukul 08.02 menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap: pasien tampak mulai

makan dengan perlahan, pukul 16.00 WIB berikan metonidazole drip 1x50ml, pukul 24.00 WIB berikan metonidazole drip 1x50ml.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 07.00 WIB mengidentifikasi penyebab diare: inflamasi lambung, pukul 07.00 WIB berikan ceftriaxone 1x29g, Pukul 07.15 WIB memonitoring warna: warna fases pasien kuning, Pukul 07.25 WIB volume, frekuensi, dan konsistensi feses: pasien BAB 5x dalam 24 jam, konsistensi cair, jumlah $\pm$ 700cc. Pukul 07.35 WIB memonitoring iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal: tidak ditemukan adanya iritasi dan inflamasi pada daerah perineal. Pukul 07.40 WIB Memberikan asupan cairan oral: pasien diberikan minum sebanyak 700ml, Pukul 07.50 WIB memberikan cairan intravena; pemberian asering 500ml, pukul 08.00 WIB berikan metonidazole drip 1x50ml, pukul 08.02 menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap: pasien tampak mulai makan dengan perlahan, pukul 16.00 WIB berikan metonidazole drip 1x50ml, pukul 24.00 WIB berikan metonidazole drip 1x50ml.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 07.00 WIB mengidentifikasi penyebab diare: inflamasi lambung, pukul 07.00 WIB berikan ceftriaxone 1x29g, Pukul 07.15 WIB Memonitoring warna: warna fases pasien kuning, Pukul 07.25 WIB volume, frekuensi, dan konsistensi feses: pasien BAB 5x dalam 24 jam, konsistensi cair, jumlah $\pm$ 700cc. Pukul 07.35 WIB Memonitoring iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal: tidak ditemukan adanya iritasi dan inflamasi pada daerah perineal. Pukul 07.40 WIB Memberikan asupan

cairan oral: pasien diberikan minum sebanyak 700ml, Pukul 07.50 WIB memberikan cairan intravena; pemberian asering 500ml, pukul 08.00 WIB berikan metonidazole drip 1x50ml, pukul 08.02 menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap: pasien tampak mulai makan dengan perlahan, pukul 16.00 WIB berikan metonidazole drip 1x50ml, pukul 24.00 WIB berikan metonidazole drip 1x50ml.

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan mulas sudah mulai berkurang

Objektif: pasien BAB 2x dalam 24 jam, konsistensi cair, jumlah $\pm 700\text{cc}$

Analisa: tujuan belum teratasi

Perencanaan: tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai point a, b, c, d, e, f dan g

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Data Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada uluhatinya, pasien mengatakan nyerinya seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dirasakan mendadak

Data Objektif: Pasien tampak meringis, Pasien tampak menghindari ketika akan diperiksa bagian abdomen, pasien tampak gelisah, frekuensi nadi 84 x/menit, pasien tampak sulit tidur, penyebab nyeri metabolisme usus, kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa pada abdomen, skala nyeri 6 serta nyeri dirasakan mendadak.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka nyeri akut menurun.

Kriteria Hasil: skala nyeri menurun dengan skala $<5/10$ atau hilang dengan skala nyeri 0/10, tanda-tanda vital dalam batas normal TD:120/80; RR:20x/menit; suhu:36,5°C; frekwensi nadi: 80x/menit, pasien dapat melakukan teknik relaksasi.

Rencana Tindakan:

- a. Identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi nyeri, penyebab nyeri metabolisme usus, kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa pada abdomen, serta nyeri dirasakan mendadak.
- b. identifikasi skala nyeri, skala nyeri 6
- c. identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup,
- d. monitor efek samping penggunaan analgetik,
- e. berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri,
- f. jelaskan startegi meredakan nyeri,
- g. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri,
- h. berikan Obat oral Paracetamol tablet 3x500mg diberikan pukul 08.00 wib, 16.00 WIB dan 24.00 WIB.

Pelaksanaan:

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB berikan obat oral Paracetamol tablet 1x500mg. Pukul 08.05 WIB mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi nyeri: nyeri daerah perut bawah, terasa melilit, nyeri muncul tiba-tiba. Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi skala nyeri: skala nyeri 6. Pukul 08.25 WIB memonitor efek samping penggunaan analgetik: pasien tidak menunjukkan efek samping penggunaan analgetik. Pukul 08.35 WIB memberikan teknik

relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri: pasien tampak bisa melakukan teknik nafas dalam. Pukul 08.45 WIB menjelaskan strategi meredakan nyeri: pasien bisa melakukan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul, Pukul 08.55 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri: pasien mengatakan nyerinya sdh mulai berkurang skala nyeri 4, Pukul 09.00 WIB menganjurkan penggunaan analgetik secara tepat: pasien diberikan omeprazol, Pukul 16.00 WIB berikan obat oral Paracetamol tablet 1x500mg, Pukul 24.00 WIB berikan obat oral Paracetamol tablet 1x500mg.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB berikan obat oral Paracetamol tablet 1x500mg. Pukul 08.05 WIB mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi nyeri: nyeri daerah perut bawah, terasa melilit, nyeri muncul tiba-tiba. Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi skala nyeri: skala nyeri 6. Pukul 08.25 WIB memonitor efek samping penggunaan analgetik: pasien tidak menunjukkan efek samping penggunaan analgetik. Pukul 08.35 WIB memberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri: pasien tampak bisa melakukan teknik nafas dalam. Pukul 08.45 WIB menjelaskan strategi meredakan nyeri: pasien bisa melakukan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul, Pukul 08.55 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri: pasien mengatakan nyerinya sdh mulai berkurang skala nyeri 4, Pukul 09.00 WIB menganjurkan penggunaan analgetik secara tepat: pasien diberikan omeprazol, Pukul 16.00 WIB berikan obat oral

Paracetamol tablet 1x500mg, Pukul 24.00 WIB berikan obat oral

Paracetamol tablet 1x500mg.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB berikan obat oral Paracetamol tablet 1x500mg. Pukul 08.05 WIB mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi nyeri: nyeri daerah perut bawah, terasa melilit, nyeri muncul tiba-tiba. Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi skala nyeri: skala nyeri 6. Pukul 08.25 WIB memonitor efek samping penggunaan analgetik: pasien tidak menunjukkan efek samping penggunaan analgetik. Pukul 08.35 WIB memberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri: pasien tampak bisa melakukan teknik nafas dalam. Pukul 08.45 WIB menjelaskan strategi meredakan nyeri: pasien bisa melakukan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul, Pukul 08.55 WIB menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri: pasien mengatakan nyerinya sdh mulai berkurang skala nyeri 4, Pukul 09.00 WIB menganjurkan penggunaan analgetik secara tepat: pasien diberikan omperazol, Pukul 16.00 WIB berikan obat oral Paracetamol tablet 1x500mg, Pukul 24.00 WIB berikan obat oral Paracetamol tablet 1x500mg.

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyerinya sdh mulai berkurang skala nyeri 4

Objektif: nyeri daerah perut bawah, terasa melilit, nyeri muncul tiba-tiba

Analisa: tujuan teratasi sebagian

Perencanaan: tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai point a, b, c, d, e, f, g dan h

3. Nausea berhubungan dengan Iritasi Lambung

Data Subjektif: pasien mengatakan mual, pasien mengatakan muntah 4x, pasien mengatakan muntahnya isi dari makanan yang pasien makan.

Data Objektif: pasien tampak mual, pasien muntah sudah 4 kali.

Tujuan: : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka nausea menurun.

Kriteria Hasil: pasien tidak mengatakan ingin muntah, pasien tidak tampak muntah

Rencana Tindakan:

- a. identifikasi karakteristik muntah,
- b. periksa volume muntah,
- c. identifikasi makanan yang disukai dan tidak disukai,
- d. identifikasi penyebab muntah,
- e. memberikan dukungan fisik saat muntah
- f. ajarkan teknik relaksasi nafas untuk mengelola muntah,
- g. berikan kolaborasi obat Omeprazole 3x5ml diberikan pukul 08.00 WIB, 12.00 WIB dan 17.00 WIB, Ondansentron 8ml 2x4ml diberikan pukul 12.00 WIB dan 24.00 WIB, Sucralfate syrup 3x50cc diberikan pukul 08.00 WIB, 12.00 WIB dan 17.00 WIB.

Pelaksanaan:

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB berikan obat omeprazole 1x5ml, pukul 08.00 WIB, berikan Sucralfatesyrup 1x50cc , Pukul 09.15 WIB mengidentifikasi karakteristik muntah: pasien tampak muntah berisi makanan dan cairan. Pukul 09.20 WIB memeriksa volume muntah: kurang lebih 200cc, Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai dan tidak disukai : pasien tidak memiliki makanan yang disukai atau tidak disukai. Pukul 09.40 WIB mengidentifikasi penyebab muntah: setiap selesai makan pasien biasanya muntah. Pukul 09.50 WIB memberikan dukungan fisik saat muntah: memegang bahu serta memberikan sentuhan lembut dipunggung ketika pasien muntah. Pukul 10.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengelola muntah: pasien tampak bisa melakukan relaksasi nafas dalam, pukul 12.00 WIB berikan obat omeprazole 3x5ml, pukul 12.00 WIB berikan obat ondansentron 1x4ml, pukul 12.00 WIB Sucralfate syrup 1x50cc , pukul 17.00 WIB Sucralfate syrup 1x50cc , pukul 17.00 WIB berikan obat omeprazole 1x5ml, pukul 24.00 WIB berikan obat ondansentron 1x4ml.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB berikan obat omeprazole 3x5ml, pukul 08.00 WIB, berikan Sucralfate syrup 1x50cc, Pukul 09.15 WIB mengidentifikasi karakteristik muntah: pasien tampak muntah berisi makanan dan cairan. Pukul 09.20 WIB memeriksa volume muntah: kurang lebih 200cc, Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai dan tidak disukai : pasien tidak memiliki makanan yang disukai atau tidak disukai. Pukul 09.40 WIB mengidentifikasi penyebab muntah: setiap selesai makan

pasien biasanya muntah. Pukul 09.50 WIB memberikan dukungan fisik saat muntah: memegang bahu serta memberikan sentuhan lembut dipunggung ketika pasien muntah. Pukul 10.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengelola muntah: pasien tampak bisa melakukan relaksasi nafas dalam, pukul 12.00 WIB berikan obat omeprazole 1x5ml, pukul 12.00 WIB berikan obat ondansentron 1x4ml, pukul 12.00 WIB Sucralfate syrup 1x50cc , pukul 17.00 WIB Sucralfate syrup 1x50cc , pukul 17.00 WIB berikan obat omeprazole 1x5ml, pukul 24.00 WIB berikan obat ondansentron 1x4ml.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB berikan obat omeprazole 1x5ml, pukul 08.00 WIB, berikan Sucralfate syrup 1x50cc , Pukul 09.15 WIB mengidentifikasi karakteristik muntah: pasien tampak muntah berisi makanan dan cairan. Pukul 09.20 WIB memeriksa volume muntah: kurang lebih 200cc, Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai dan tidak disukai : pasien tidak memiliki makanan yang disukai atau tidak disukai. Pukul 09.40 WIB mengidentifikasi penyebab muntah: setiap selesai makan pasien biasanya muntah. Pukul 09.50 WIB memberikan dukungan fisik saat muntah: memegang bahu serta memberikan sentuhan lembut dipunggung ketika pasien muntah. Pukul 10.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengelola muntah: pasien tampak bisa melakukan relaksasi nafas dalam, pukul 12.00 WIB berikan obat omeprazole 1x5ml, pukul 12.00 WIB berikan obat ondansentron 1x4ml, pukul 12.00 WIB Sucralfate syrup 1x50cc , pukul 17.00 WIB Sucralfate

syrup 1x50cc, pukul 17.00 WIB berikan obat omeprazole 1x5ml, pukul 24.00 WIB berikan obat ondansentron 1x4ml.

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan merasa mual dan muntah setelah selesai makan

Objektif: pasien tampak muntah berisi makanan dan cairan, volume muntah kurang lebih 200cc

Analisa: tujuan belum teratasi

Perencanaan: tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai point a, b, c, d, e, f, dan g

4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan Mencerna

Makanan

Data Subjektif: pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan setiap hari makan hanya satu kali

Data Objektif: berat badan sebelum sakit 51 kilogram, berat badan saat ini 45 kilogram

Tujuan: : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka defisit nutrisi membaik.

Kriteria Hasil: pasien tampak menghabiskan satu porsi makan, Berat badan meningkat > 45 kg, Indeks massa tubuh (IMT) dalam keadaan normal 18-22

Rencana Tindakan:

- a. identifikasi status nutrisi,
- b. identifikasi alergi makanan,
- c. identifikasi makanan yang disukai,
- d. identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien,
- e. monitor asupan makanan,
- f. monitor berat badan,
- g. berikan makanan tinggi serat,
- h. berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein,

Pelaksanaan:

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 10.15 WIB mengidentifikasi status nutrisi: status nutrisi pasien kurang. Pukul 10.25 WIB mengidentifikasi alergi makanan: pasien tidak memiliki alergi makanan, Pukul 10.35 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai: pasien tidak memiliki makanan yang disukai atau tidak disukai. Pukul 10.45 WIB memonitor asupan makanan: setiap selesai makan pasien biasanya muntah. Pukul 10.55 WIB memonitor berat badan: berat badan pasien 45kg. Pukul 11.00 WIB memberikan makanan tinggi serat: pasien tampak diberikan diet tinggi serat. Pukul 11.15 WIB memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein: pasien tampak diberikan diet tinggi protein.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 12.00 WIB memberikan omeprazole 5m. Pukul 12.05 WIB mengidentifikasi status nutrisi: status nutrisi pasien kurang. Pukul 12.10 WIB mengidentifikasi alergi makanan: pasien tidak memiliki alergi

makanan, Pukul 12.15 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai: pasien tidak memiliki makanan yang disukai atau tidak disukai. Pukul 12.35 WIB memonitor asupan makanan: setiap selesai makan pasien biasanya muntah. Pukul 12.40 WIB memonitor berat badan: berat badan pasien 45kg. Pukul 12.45 WIB memberikan makanan tinggi serat: pasien tampak diberikan diet tinggi serat. Pukul 12.55 WIB memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein: pasien tampak diberikan diet tinggi protein.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 10.10 WIB mengidentifikasi status nutrisi: status nutrisi pasien kurang. Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi alergi makanan: pasien tidak memiliki alergi makanan, Pukul 10.25 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai: pasien tidak memiliki makanan yang disukai atau tidak disukai. Pukul 10.35 WIB memonitor asupan makanan: setiap selesai makan pasien biasanya muntah. Pukul 10.55 WIB memonitor berat badan: berat badan pasien 45kg. Pukul 11.00 WIB memberikan makanan tinggi serat: pasien tampak diberikan diet tinggi serat. Pukul 11.30 WIB memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein: pasien tampak diberikan diet tinggi protein.

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan merasa mual dan muntah setelah selesai makan

Objektif: berat badan pasien 45kg. pasien tampak diberikan diet tinggi serat. pasien tampak diberikan diet tinggi protein

Analisa: tujuan belum teratasi

Perencanaan: tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai point a, b, c, d, e, f, g, h dan i

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan pasien nyata pada saat memberikan “Asuhan Keperawatan pada Ny.T dengan Gastroenteritis di ruang penyakit dalam dalam lantai 13 gedung D kamar 1305 RSUD Koja Jakarta Utara” dari tanggal 13 Maret sampai 15 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Data yang dikumpulkan oleh penulis dikumpulkan melalui data primer dan data sekunder. Dalam data primer didapatkan melalui pengkajian fisik, observasi, wawancara yang dilakukan kepada pasien dan juga keluarga pasien. Dalam pengkajian data primer tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan kasus yang penulis bahas. Di dalam data sekunder penulis memperoleh data dari rekam medis RSUD Koja dan juga tim tenaga medis yang ikut menangani masalah pasien. Dalam pengkajian ini penulis tidak melihat adanya kesenjangan antara teori dengan kasus yang penulis bahas.

Berdasarkan Lewis et al (2017) tanda dan gejala dari gastroenteritis akut biasanya bervariasi. dari salah satu hasil penelitian yang dilakukan pada orang dewasa, mual (93%), muntah (81%) atau diare (89%), dan nyeri

abdomen (76%) umumnya merupakan gejala yang paling sering dilaporkan oleh kebanyakan pasien. Selain itu terdapat tanda-tanda dehidrasi sedang sampai berat, seperti membran mukosa yang kering, penurunan turgor kulit, atau perubahan status mental, terdapat pada <10 % pada hasil pemeriksaan. Gejala pernafasan yang mencakup radang tenggorokan, batuk, dan rinorea, dilaporkan sekitar 10%. Namun pada pasien hanya ditemukan data nyeri abdomen, diare dan juga mual sedangkan data muntah tidak ditemukan pada pasien.

Faktor pendukung yang penulis alami saat pengkajian yaitu, pasien kooperatif saat menjawab pertanyaan saat dikaji, penulis dapat memantau langsung fisik dan keadaan pasien.

Faktor penghambat yang penulis alami jika penulis tidak dapat mengkaji pasien dikarenakan pasien sedang beristirahat atau tidur, ataupun saat merasakan nyerinya sedang kambuh. Solusinya penulis dapat melakukan pengkajian terhadap ibu pasien terkait kondisi perkembangan pasien. Penulis tidak akan mengganggu waktu istirahat pasien dan akan melakukan pengkajian kembali saat pasien sudah bangun dari tidurnya.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Smeltzer & Bare(2017)dan PPNI (2017) ada 7 diagnosa keperawatan yang mungkin ditegakkan pada pasien stroke yaitu :diare berhubungan dengan penyebab fisiologis, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, neusea berhubungan dengan iritasi lambung, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, defisit

pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, resiko ketidakseimbangan elektrolit dibuktikan diare.

Terdapat 4 diagnosa yang ditemukan pada pasien sesuai dengan yang dikemukakan Smeltzer & Bare(2017)dan PPNI (2017)yaitudiare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, neusea berhubungan dengan iritasi lambung, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan, 2016 diagnosa defisit pengetahuan dapat diangkat apabila pasien menanyakan masalah yang dialami, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, dan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah sedangkan pada pasien sudah dilakukan edukasi oleh perawat RSUD Koja. Diagnosa ansietas dapat diangkat apabila pasien merasa bingung, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, dan tampak tegang. Diagnosa Resiko ketidakseimbangan elektrolit dapat diangkat pada pasien ditemukan adanya ketidakseimbangan cairan, namun dalam pengkajian penulis tidak Balance cairan pasien intake 1500ml output 1700ml, balance cairan -200 ml, sehingga penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut kedalam penjabaran kasus.

Faktor pendukung dalam penegakan diagnosa keperawatan yaitu sumber-sumber yang memadai di jurnal melalui media sosial atau internet maupun di perpustakaan seperti PERPUSNAS (Perpustakaan Nasional) dan perpustakaan STIKes RS Husada mengenai keperawatan medikal bedah

tentang tuberkulosis dan juga buku SDKI, SLKI serta SIKI untuk melakukan asuhan keperawatan.

Faktor penghambat yang dirasakan penulis pada penyusunan diagnosa yaitu dimana data pasien tidak sesuai dengan diagnosa yang ada di dalam teori menurut Manurung et al (2020) dengan memiliki kesenjangan dimana yang sama hanya empat diagnosa dari tujuh diagnosa. Untuk solusi penulis melakukan pengkajian lebih dalam, membandingkan data yang sesuai dengan keadaan pasien dan teori dengan membaca pembahasan teori menurut sumber lain, berkonsultasi dengan pembimbing, lebih memprioritaskan diagnosa dengan data saat pengkajian saat itu bukan yang lalu.

C. Perencanaan Perawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam teori dengan pasien yang sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai. Menurut Smeltzer & Bare (2017) dan PPNI (2017) dalam perencanaan keperawatan pada pasien gastroenteritis dengan diagnosa keperawatan diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal. Intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi penyebab diare, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses, monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal, berikan asupan cairan oral, berikan cairan intravena, anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan kolaborasi pemberian obat antimotilitas.

Pada perencanaan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis sesuai dengan apa yang di kemukakan oleh Smeltzer & Bare (2017) dan PPNI (2017) namun juga di modifikasi dimana penulis dimana penulis memberikan teknik relaksasi nafas dalam karena pasien masih mengeluh mengalami rasa nyeri serta penggunaan analgetik paracetamol secara oral 3x500mg. Penulis juga menambahkan perencanaan untuk mengatasi diagnosa keperawatannausea untuk mencegah muntah dengan memberikan edukasi tentang manfaat teknik relaksasi nafas untuk mengelola muntah, serta memberikan obat ondansentron 8ml dan Sucralfate syrup 2x4ml. Respon rileks selama proses terapi ini mampu meningkatkan hormon endorphen sebagai hormon relaktan, sehingga mampu meningkatkan kerja saraf parasimpatis dalam sistem pencernaan, menurunkan kerja syaraf vagal abdominal dan menghambat kerja *chemoreceptor trigger zone* (CTZ) sebagai pusat mual dan muntah (Muttaqin & Sari, 2016).

Penulis juga menambahkan perencanaan untuk mengatasi diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dengan memberikan pemahaman tentang makanan tinggi serat seperti sayur dan buah serta makanan tinggi kalori dan tinggi protein, serta pemberian omeprazole 5ml. Kemampuan mencerna dan mengabsorpsi makanan dipengaruhi oleh adekuatnya fungsi organ pencernaan. Adanya peradangan saluran cerna dapat juga menimbulkan tidak adekuatnya kebutuhan nutrisi. Pada pasien gastroenteritis terjadi perubahan mekanisme kerja traktus digestivus, interaksi obat dengan zat gizi. Hal ini menyebabkan

malabsorpsi karbohidrat dan protein sehingga mempengaruhi defisit nutrisi (Black & Hawks, 2014).

Faktor pendukung pada perencanaan keperawatan yaitu data pasien sinkron dengan data mayor minor pada buku SDKI. Sehingga mempermudah merencanakan asuhan keperawatan sehingga penulis untuk melakukan perencanaan keperawatan yaitu tersedianya literature yang mendukung. Kondisi pasien saat dilakukan asuhan keperawatan juga terlihat stabil. Untuk memilih sumber, penulis melakukan peminjaman buku dari perpustakaan STIKes RS Husada dan juga mencari sumber dari Perpustakaan Nasional serta jurnal-jurnal yang ada pada media internet.

Dalam melakukan penyusunan perencanaan tindakan keperawatan penulis menemukan hambatan yaitu terdapat perencanaan yang tujuannya sama tetapi dengan kata berbeda. Solusinya penulis hanya merencanakan salah satu perencanaan yang umum sering dilakukan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang sebelumnya telah disusun dan semua tindakan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam. Dalam pelaksanaannya penulis mengalami beberapa kendala penulis tidak bisa melakukan asuhan keperawatan penuh selama 24 jam dikarenakan keterbatasan jadwal dinas, dan hanya melakukan pelaksanaann semaksimal mungkin ketika berdinas. Solusi yang dilakukan penulis adalah melihat catatan perkembangan pasien di rekam medis, menanyakan langsung ke pasien dan kepada perawat ruangan.

Diagnosa keperawatan nyeri akut intervensi untuk mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri tidak dapat dilakukan, dimana intervensi ini bertujuan untuk dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi terhadap rasa nyeri (Bare & Smeltzer, 2017). Intervensi ini tidak terealisasi sesuai rencana. Hal ini dikarenakan saat ini pasien dirawat di kelas III dimana dalam satu ruangan tersebut berkapasitas delapan orang. Sebagai solusinya penulis menutup sampiran pasien agar pasien merasa lebih nyaman dan dapat membantu melakukan distraksi pada nyeri yang dirasakan.

Diagnosa keperawatan diare, pemberian intervensi terapi metonidazole drip diberikan pukul 16.00 WIB dan 24.00 WIB tidak dapat dilakukan, dimana intervensi ini bertujuan untuk pencegahan antimikroba dengan aktivitas yang sangat baik terhadap bakteri anaerob dan protozoa. Obat ini digunakan untuk mengobati infeksi trichomonas vaginalis, bakterial vaginosis (Infeksi Gardnerella vaginalis) dan infeksi Entamoeba histolytica dan Giardia lamblia (penyakit Giardiasis). Obat ini juga digunakan untuk pembedahan dan sepsis ginekologi dengan aktivitas utama terhadap bakteri anaerob kolon, terutama Bacteroides fragilis. Hal ini dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki penulis. Sebagai solusinya penulis melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan dan juga kepada perawat lain yang bertugas untuk memberikan intervensi.

Diagnosa keperawatan nyeri akut, pemberian intervensi terapi Paracetamol tablet diberikan pukul 16.00 WIB dan 24.00 WIB tidak dapat dilakukan, dimana intervensi ini bertujuan untuk meringankan rasa sakit pada sakit kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam. Paracetamol bekerja pada pusat

pengatur suhu di hipotalamus untuk menurunkan suhu tubuh (antipiretik) serta menghambat sintesis prostaglandin sehingga dapat mengurangi nyeri ringan sampai sedang (analgesik). Hal ini dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki penulis. Sebagai solusinya penulis melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan dan juga kepada perawat lain yang bertugas untuk memberikan intervensi.

Diagnosa keperawatan nausea, pemberian intervensi terapi Omeprazole diberikan pukul 17.00 WIB, Ondansetron diberikan pukul 24.00 WIB, Sucralfate syrup diberikan pukul 17.00 WIB. tidak dapat dilakukan, dimana intervensi ini bertujuan untuk digunakan untuk menurunkan produksi asam berlebih pada lambung. Obat ini sering digunakan untuk mengatasi tukak pada lambung dan usus, serta reflux esofagitis. Digunakan untuk meredakan mual dan muntah akibat kemoterapi serta pencegahan mual dan muntah paska operasi. Ondansetron bekerja sebagai antagonis reseptor 5-HT₃ yang memblok serotonin pada Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ). Pemblokasi ini menyebabkan efek antiemetik (anti mual dan muntah). Sucralfate digunakan membentuk lapisan pelindung pada ulkus sebagai penghalang terhadap asam, garam empedu, dan enzim di perut. Hal ini dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki penulis. Sebagai solusinya penulis melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan dan juga kepada perawat lain yang bertugas untuk memberikan intervensi.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan dimana pasien kooperatif saat diberikan asuhan keperawatan, menerima dan mempraktekkan ulang. Sehingga pelaksanaan berjalan dengan baik dan memberikan efek baik.

Sedangkan faktor penghambat dalam pelaksanaan keperawatan dimana penulis tidak bisa melakukan asuhan keperawatan penuh selama 24 jam dikarenakan keterbatasan jadwal dinas, dan hanya melakukan pelaksanaann semaksimal mungkin ketika berdinas. Solusi yang dilakukan penulis adalah melihat catatan perkembangan pasien di rekam medis, menanyakan langsung ke pasien dan kepada perawat ruangan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis, dilakukan sesuai dengan teori meliputi evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat setelah dilakukan tindakan yaitu respons pasien setelah dilakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil lebih mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor : tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan yang tidak tepat dan terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi. Alasan pentingnya penilaian sebagai berikut : menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna, untuk menambah ketepatan tindakan keperawatan, sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan dan untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan.

Dari empat diagnosa yang diangkat penulis, hanya tercapai sebagian dikarenakan harus ada yang dilakukan berulang sesuai kondisi pasien. Empat diagnosa tersebut diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, neusea berhubungan

dengan iritasi lambung dan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Diagnosa pertama diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal didapatkan masalah keperawatan diare belum teratasi ditandai dengan pasien mengatakan mules sudah mulai berkurang, pasien BAB 2x dalam 24 jam, konsistensi cair, jumlah $\pm$ 700cc. Hal ini terjadi karna inflamasi lambung pada pasien yang belum teratasi sehingga diagnosa ini belum teratasi. Diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didapatkan masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian ditandai dengan pasien mengatakan nyerinya sdh mulai berkurang skala nyeri 4 dan nyeri daerah perut bawah, terasa melilit, nyeri muncul tiba-tiba. Diagnosa ketiga neusea berhubungan dengan iritasi lambung didapatkan masalah keperawatan nausea belum teratasi ditandai dengan pasien mengatakan merasa mual dan muntah setelah selesai makan, pasien tampak muntah berisi makanan dan cairan, volume muntah kurang lebih 200cc. Diagnosa keempat defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan didapatkan masalah keperawatan defisit nutrisi belum teratasi ditandai pasien mengatakan merasa mual dan muntah setelah selesai makan, berat badan pasien 45kg. pasien tampak diberikan diet tinggi serat, pasien tampak diberikan diet tinggi protein. Sehingga pada diagnosa masih harus dilakuakn beberapa intervensi dikarenakan kondisi pasien yang belum stabil.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil yang tersusun dengan jelas, pasien tampakkooperatif, perkembangan pasien yang memungkinkan sehingga asuhan

keperawatan yang diberikan didapatkan perkembangan. Kerja sama perawat dan tenaga medis lainnya yang berperan penting sehingga adanya perkembangan dengan kondisi pasien setiap harinya

Faktor penghambat pada evaluasi ini dimana tidak adanya perbaruan data pemeriksaan penunjang dan lain-lain, juga dipengaruhi juga dengan kondisi pasien serta waktu memberikan asuhan keperawatan. Solusinya dengan melakukan konsultasi dengan kepala ruangan dan perawat ruangan agar asuhan keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan, dan menanyakan kondisi pasien langsung melalui komunikasi online.

BAB V

PENUTUP

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.T dengan *Gastroenteritis* dapat dilakukan beberapa kesimpulan yang berkaitan dengan landasan teori dan tujuan yang telah ditetapkan. Penulis juga mengemukakan saran demi perbaikan asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan penyakit *Gastroenteritis*.

A. Kesimpulan

Penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus dengan melakukan beberapa tahapan dari proses keperawatan yaitu, pada tahap pengkajian penulis tidak dapat mengkaji pasien dikarenakan pasien sedang beristirahat ataupun saat merasakan nyerinya sedang kambuh. Solusinya penulis dapat melihat data pasien dari Rekam Medis dan melanjutkan penulisan asuhan keperawatan kepada pasien. Penulis juga dapat melakukan pengkajian terhadap istri pasien terkait kondisi perkembangan pasien. Penulis tidak akan mengganggu waktu istirahat pasien dan akan melakukan pengkajian kembali saat pasien sudah bangun dari tidurnya.

Dalam diagnosa keperawatan penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang penulis kembangkan. Terdapat 4 (empat) dari 7 (tujuh) diagnosa keperawatan yang penulis jabarkan di teori yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, neusea berhubungan dengan

iritasi lambung, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Perencanaan keperawatan yaitu data pasien sinkron dengan data mayor minor pada buku SDKI. Sehingga mempermudah merencanakan asuhan keperawatan sehingga penulis untuk melakukan perencanaan keperawatan yaitu tersedianya literature yang mendukung. Kondisi pasien saat dilakukan asuhan keperawatan juga terlihat stabil. Untuk memilih sumber, penulis melakukan peminjaman buku dari perpustakaan STIKes RS Husada dan juga mencari sumber dari Perpustakaan Nasional serta jurnal-jurnal yang ada pada media internet.

Pelaksanaan keperawatan dimana pasien kooperatif saat diberikan asuhan keperawatan, menerima dan mempraktekkan ulang. Sehingga pelaksanaan berjalan dengan baik dan memberikan efek baik. Sedangkan faktor penghambat dalam pelaksanaan keperawatan dimana penulis tidak bisa melakukan asuhan keperawatan penuh selama 24 jam dikarenakan keterbatasan jadwal dinas, dan hanya melakukan pelaksanaann semaksimal mungkin ketika berdinas. Solusi yang dilakukan penulis adalah melihat catatan perkembangan pasien di rekam medis, menanyakan langsung ke pasien dan kepada perawat ruangan.

Evaluasi keperawatan yaitu pasien tampak kooperatif, perkembangan pasien yang memungkinkan sehingga asuhan keperawatan yang diberikan didapatkan perkembangan. Kerja sama perawat dan tenaga medis lainnya yang berperan penting sehingga adanya perkembangan dengan kondisi pasien setiap harinya.

B. Saran

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan *Gastroenteritis*, maka penulis ingin memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk perawat ruangan

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum. Tujuan dari pendokumentasian adalah sarana komunikasi antar petugas medis, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit, dan dokumentasi legal. Diharapkan bagi seluruh tenaga medis dalam melakukan pendokumentasian untuk setiap kegiatan di rekam medis pasien hendaknya lebih dirapihkan lagi penulisannya dan ditulis lebih jelas sehingga bisa dibaca dengan mudah oleh tim tenaga kesehatan lain yang memerlukan informasi tersebut demi terjaminnya keselamatan pasien dan kelancaran selama pemberian asuhan keperawatan.

2. Untuk penulis

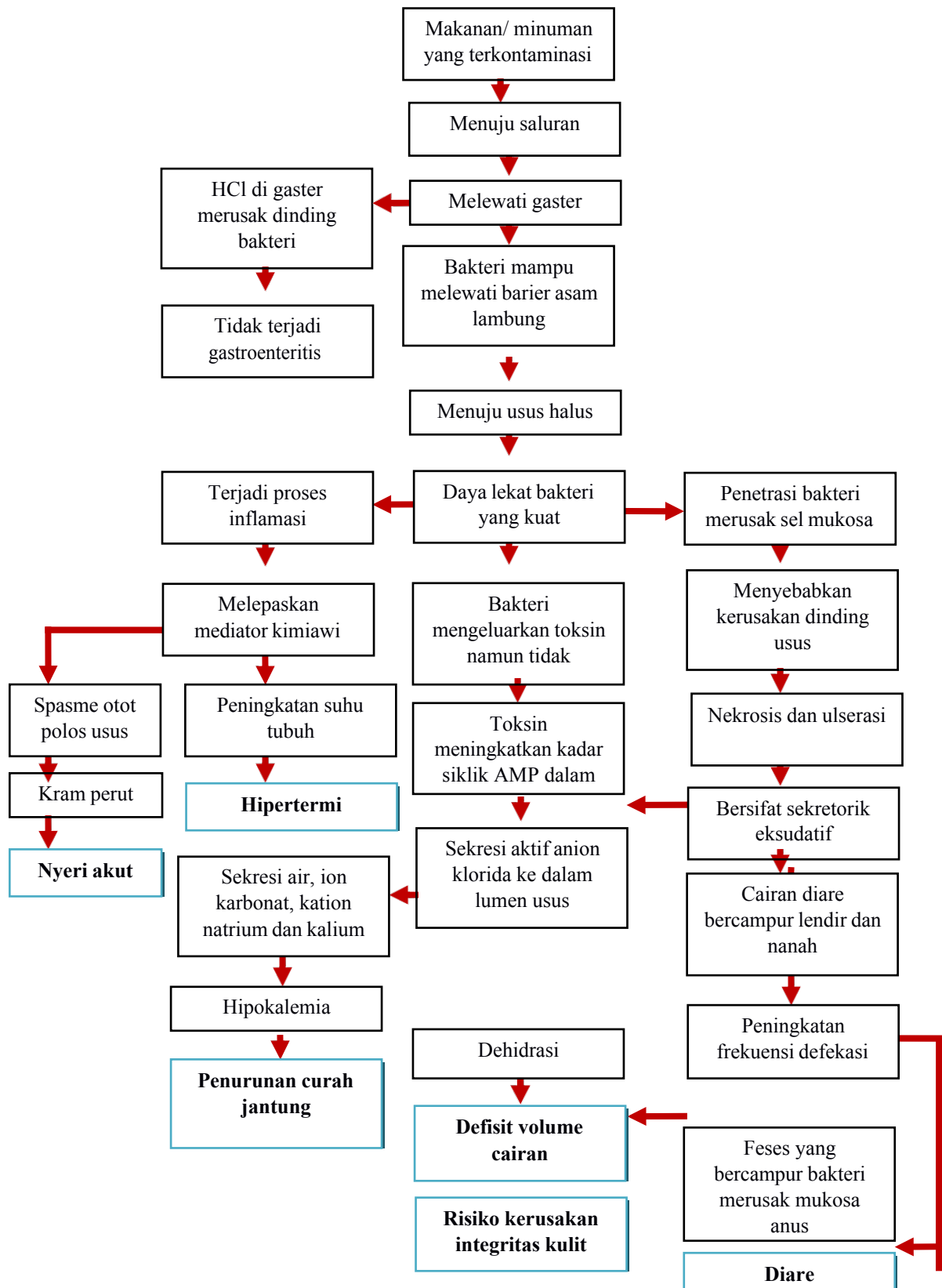
Penulis harus lebih mengembangkan ilmu pengetahuannya dalam bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gastroenteritis. Hal ini dilakukan dengan banyak

cara seperti membaca buku, membaca literatur dari jurnal atau artikel, dan melakukan update informasi terbaru tentang gastroenteritis. Penulis juga perlu meningkatkan kemampuan dalam berfikir kritis supaya dalam memodifikasi perencanaan keperawatan bisa sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan cara membanding setiap literatur yang ada dan mencocokkan dengan keadaan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra, & Yessie. (2015). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa). *Yogyakarta : Nuha Medika*.
- Bachrudin, M., & Najib, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah I* (Vol. 1). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Badan Pusat Statistika. (2022). Profil Statistik Kesehatan. *Badan Pusat Statistik*, 148.
- Bare, B. G., & Smeltzer, S. C. (2017). *Smeltzer & Bare's textbook of medical-surgical nursing*. North Ryde, NSW : Lippincott Williams & Wilkins.
- Black, J., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. In R. Nampira (Ed.), *Elsevier*.
- Budiono. (2016). Konsep Dasar Keperawatan. *Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan*.
- Diyono. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Buku Ajar*. Prenada Media.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). Nursing Care Plan Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 TH EDITION. *Usa*, 569–581.
- Gulo, E. (2019). *Gambaran Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit Dispepsia Di Puskesmas Moro'O Kecamatan Moro'O Kabupaten Nias Barat*.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2017). *Medical-Surgical Nursing*.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., Blair, M., Rebar, C., & Winkelman, C. (2020). Medical Surgical Nursing Patient Centered Collaborative Care. In *Elsevier* (Vol. 8). Elsevier Mosby.
- Kemenkes RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 53(9), 154–165.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil utama Riskesdas 2018. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI*.
- Keogh, J. (2019). Medical Surgical Nursing Demystified. In *McGraw-Hill Education* (Vol. 3). McGraw-Hill Education eBooks.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. In *EGC*. Jakarta.
- Lewis, Dirksen, Heitkamper, & Bucher. (2017). *Medical Surgical Nursing : Assement and Management Of Clinical Problem*. Elsevier Mosby.
- Manurung, E. D., Nadeak, B., & Ndruru, E. (2020). Implementasi Algoritma Hebb Rule Pada Diagnosa Penyakit Kolik Abdomen Pada Orang Dewasa. *JURIKOM (Jurnal Riset Komputer)*, 7(2), 250.
<https://doi.org/10.30865/jurikom.v7i2.2086>
- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Jilid 1*. Trans Info Medika.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2016). *Gangguan Gastrointestinaln : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Penerbit Salemba Medika.
- Ruhardi, A., Hasaini, A., Asman, A., Hariawan, H., Hardiyanti, D., Pefbrianti, D., Rosyda, R., Sutrisno, I. T., Dewi, D. S., & Mansoben, N. (2021). *TEORI KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH*. Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia.
- Setiya, A. W., & Wahid, A. (2016). *Ilmu Keperawatan Dasar Buku Ajar*. 367.

- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). Textbook of Medical-Surgical Nursing. In *Wolters Kluwer Health* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. In *DPP PPNI*. Jakarta.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. In *DPP PPNI*. Jakarta.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1*. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Yanti, A., & Leniwita, H. (2019). *Modul Keperawatan Medikal Bedah II*. 1–323. <http://repository.uki.ac.id/2750/1/fmodulKMB2.pdf>

PATHWAY

Sumber : (Black & Hawks, 2014; Lewis et al., 2017; Tim Pokja DPP PPNI, 2017)

ANALISA OBAT

1. Metonidazole

Metronidazole adalah obat antimikroba dengan aktivitas yang sangat baik terhadap bakteri anaerob dan protozoa. Obat ini digunakan untuk mengobati infeksi trichomonas vaginalis, bakterial vaginosis (Infeksi Gardnerella vaginalis) dan infeksi Entamoeba histolytica dan Giardia lamblia (penyakit Giardiasis). Obat ini juga digunakan untuk pembedahan dan sepsis ginekologi dengan aktivitas utama terhadap bakteri anaerob kolon, terutama Bacteroides fragilis.

a. Indikasi Umum

Obat ini digunakan untuk pengobatan amubiasis, trikomoniasis, dan infeksi bakteri anaerob

b. Komposisi

Metronidazole 500 mg

c. Dosis

Dewasa : 3 kali sehari 500 mg; Anak: 7.5 mg/kgBB setiap 6 jam.

d. Aturan Pakai

Sesudah makan

e. Kontraindikasi

Hipersensitivitas terhadap metronidazol, kehamilan trimester 1, menyusui, riwayat penyakit darah, gangguan SSP

f. Perhatian

Pemberian lebih dari 7 hari hendaknya disertai dengan pemeriksaan leukosit secara berkala. Bila ditemukan ataksia, kejang, atau gejala SSP lainnya, maka metronidazole harus segera dihentikan. Dosis perlu dikurangi pada pasien dengan penyakit obstruksi hati berat, sirosis hati, gangguan fungsi ginjal berat..

g. Efek Samping

Mual, sakit kepala, mulut kering, anoreksia, diare, nyeri epigastrium dan konstipasi, dapat menyebabkan kantuk.

2. Omeprazole

Omeprazole merupakan obat golongan proton pump inhibitor (PPI). Obat ini diindikasikan untuk tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi *H. pylori* pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison.

a. Indikasi Umum

Pengobatan jangka pendek untuk tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi *H. pylori* pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison.

b. Komposisi

Omeprazole 20 mg

c. Dosis

Tukak Lambung/duodenum krn NSAID: Dewasa: 20 mg 1 kali sehari hingga 8 minggu Eradikasi *H. Pylori*: Dewasa: 20 mg 2 kali sehari/ 40 mg 1 kali sehari, selama 1 minggu (dikombinasi dengan antibiotik) Anak: > 4 tahun, 15-30 kg: 10 mg 2 kali sehari. > 4 tahun, 31-40 kg: 20 mg 1 kali sehari. selama 1 minggu (dikombinasi dengan antibiotik). Tukak Peptik/ Peptic Ulcer: Dewasa: Pengobatan: 20-40 mg 1 kali sehari, selama 4 minggu (ulkus duodenum) dan 8 minggu (ulkus lambung). Pemeliharaan: 10-20 mg 1 kali sehari, dapat ditingkatkan hingga 40 mg. Gastro-oesophageal reflux Dewasa: Pengobatan: 20 mg 1 kali sehari, selama 4-8 minggu. Untuk kasus yang parah: 40 mg 1 x kali sehari selama 8 minggu. Pemeliharaan: 10 mg 1 kali sehari, dapat ditingkatkan menjadi 20-40 mg sekali sehari jika perlu. Anak: 1 tahun, berat 10-20 kg: 10 mg 1 x kali sehari, ditingkatkan menjadi 20 mg sekali sehari jika perlu. 2 tahun dengan berat badan >20 kg: 20 mg sekali sehari, ditingkatkan menjadi 40 mg sekali sehari jika perlu. Durasi pengobatan: 4-8 minggu. Sindrom Zollinger-Ellison Dewasa: Dosis awal: 60 mg 1 x sehari. Dosis biasa: 20-

120 mg per hari*. *)Dosis >80 mg harus diberikan dalam 2 dosis terbagi.

d. Aturan Pakai

Dikonsumsi sebelum makan

e. Perhatian

Perhatian khusus pada Pasien dengan penurunan simpanan tubuh atau faktor risiko penurunan penyerapan vitamin B12; risiko osteoporosis. Gangguan hati. Anak-anak, orang tua Kategori kehamilan Kategori C: Mungkin berisiko. Obat digunakan dengan hati-hati apabila besarnya manfaat yang diperoleh melebihi besarnya risiko terhadap janin. Penelitian pada hewan uji menunjukkan risiko terhadap janin dan belum terdapat penelitian langsung terhadap wanita hamil. Konsultasikan kepada tenaga medis apabila sedang menyusui.

f. Kontra Indikasi

Omeprazole dikontraindikasikan untuk pasien yang diketahui hipersensitivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi. Penggunaan dengan nelfinavir.

g. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Hipomagnasemia, lupus eritematosus kulit, SLE, fraktur terkait osteoporosis, polip kelenjar fundus, karsinoma, diare terkait Clostridium difficile, nefritis interstisial, Defisiensi vitamin B12 (terapi jangka panjang), infeksi gastrointestinal (mis. salmonella, Campylobacter). Gangguan gastrointestinal: Mual, muntah, diare, konstipasi, perut kembung, sakit perut. Gangguan umum dan kondisi tempat pemberian: Kelemahan, malaise. Gangguan hepatobilier: Peningkatan enzim hati. Gangguan sistem kekebalan: Urtikaria. Gangguan metabolisme dan nutrisi: Edema perifer. Gangguan muskuloskeletal dan jaringan ikat: Sakit punggung. Gangguan sistem saraf: Sakit kepala, pusing, mengantuk, parestesia, vertigo. Gangguan

jiwa: Insomnia. Gangguan pernapasan, toraks dan mediastinum: Batuk.
Gangguan kulit dan jaringan subkutan: Ruam, dermatitis, pruritus.

3. Ondansetron

Ondansetron merupakan obat antiemetik yang digunakan untuk meredakan mual dan muntah akibat kemoterapi serta pencegahan mual dan muntah paska operasi. Ondansetron bekerja sebagai antagonis reseptor 5-HT₃ yang memblok serotonin pada Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ). Pemblokasi ini menyebabkan efek antiemetik (anti mual dan muntah).

a. Indikasi Umum

Penatalaksanaan mual dan muntah karena kemoterapi dan radioterapi, mual dan muntah paska operasi

b. Komposisi

Ondansetron 4 mg

c. Dosis

Pencegahan mual muntah paska operasi Dewasa dan anak >17 tahun: Awal 8 mg per oral 1-2 jam sebelum anestesi, dilanjutkan dengan 8 mg setelah 8-12 jam. Anak 4-11 tahun: 4 mg 30 menit sebelum kemoterapi. Ulangi dosis setelah 4 dan 8 jam dari dosis awal Mual muntah paska operasi: 16 mg dosis tunggal 1 jam sebelum anestesi. Mual dan muntah yang diinduksi terapi radiasi: 8 mg per oral 1-2 jam sebelum radioterapi

d. Aturan Pakai

Obat ini bisa dikonsumsi dengan atau tanpa makanan.

e. Perhatian

Hati-hati penggunaan pada pasien dengan hipokalemia, hipomagnesemia, CHF, kelainan konduksi CV, bradikardia, kondisi lain yang dapat menyebabkan pemanjangan interval QT atau kelainan elektrolit, fenilketonuria, obstruksi usus subakut, dan pembedahan abdomen, dapat menutupi ileus progresif atau distensi lambung, dan perdarahan tersembunyi pada pembedahan adenotonsillar, gangguan hati sedang sampai berat, lansia dan anak-anak serta ibu hamil dan menyusui. Kategori kehamilan : Kategori B: Mungkin dapat digunakan oleh wanita hamil. Penelitian pada hewan uji tidak memperlihatkan ada nya risiko

terhadap janin, namun belum ada bukti penelitian langsung terhadap wanita hamil. Hindari selama trimester pertama karena peningkatan kecil risiko cacat celah mulut.

f. Kontra Indikasi

Hipersensitivitas. Sindrom QT panjang bawaan. Penggunaan bersamaan dengan apomorphine.

g. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah : Signifikan: Nyeri dada, bradikardia, hipotensi, aritmia, hipoksia, peningkatan sementara enzim hati. Jarang terjadi: kebutaan sementara, gejala ekstrapiramidal (misalnya reaksi distonik, krisis okulogirik, diskinesia), kejang, nekrolisis epidermal toksik, sindrom serotonin.

4. Paracetamol

Paracetamol merupakan obat yang dapat digunakan untuk meringankan rasa sakit pada sakit kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam. Paracetamol bekerja pada pusat pengatur suhu di hipotalamus untuk menurunkan suhu tubuh (antipiretik) serta menghambat sintesis prostaglandin sehingga dapat mengurangi nyeri ringan sampai sedang (analgesik).

a. Indikasi Umum

Obat ini digunakan untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri otot, serta menurunkan demam.

b. Komposisi

Setiap tablet mengandung Paracetamol 500 mg

c. Dosis

Dewasa: 1-2 kaplet, 3-4 kali per hari. Penggunaan maximum 8 kaplet per hari; Anak 7-12 tahun : 0.5 - 1 kaplet, 3-4 kali per hari. Penggunaan maximum 4 kaplet per hari.

d. Aturan Pakai

Obat dapat diminum sebelum atau sesudah makan

e. Kontraindikasi

Parasetamol jangan diberikan kepada penderita hipersensitif/alergi terhadap Paracetamol. Penderita gangguan fungsi hati berat.

f. Perhatian

Hati-hati penggunaan pada pasien dengan gagal ginjal, gangguan fungsi hati, dan alergi atau mengalami hipersensitivitas terhadap paracetamol.

g. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: - Penggunaan untuk jangka waktu lama dan dosis besar dapat menyebabkan kerusakan fungsi hati. - Reaksi hipersensitivitas/ alergi.

5. Sucralfate

Sucralfate merupakan obat yang bekerja dengan cara berikatan dengan protein positif membentuk lapisan mukus. Lapisan ini secara lokal melindungi lambung dari asam peptik, pepsin, dan garam empedu. Obat ini digunakan untuk pengobatan jangka pendek dan jangka panjang pada tukak lambung dan usus, gastritis kronik dan profilaksis perdarahan gastrointestinal.

Indikasi Umum

Tukak lambung dan usus, gastritis kronik dan profilaksis perdarahan gastrointestinal

a. Komposisi

Sucralfate 500 mg

b. Dosis

Ulkus peptikum, duodenum, dan gastritis : Dewasa : 1 gram 4 kali sehari selama 4-8 minggu, dapat diperpanjang hingga 12 minggu jika dibutuhkan. Profilaksis perdarahan gastrointestinal Dewasa : 1 gram 6 kali sehari. Maksimum : 8 gram sehari.

c. Aturan Pakai

Saat perut kosong : 1 jam sebelum makan atau 2 jam sesudah makan dan menjelang tidur malam

d. Perhatian

Obat Wajib Apotek, Obat ini dapat dibeli dan diserahkan apoteker tanpa resep dengan maksimum 2 Strip. Hati-hati penggunaan pada penderita diabetes melitus, kondisi yang dapat mengganggu proses menelan (misalnya intubasi baru atau jangka panjang, disfagia, trakeostomi, riwayat aspirasi), atau kondisi lain yang dapat mengubah refleks muntah/batuk atau mengurangi koordinasi orofaringeal atau motilitas. Pasien yang sakit parah, terutama mereka dengan pengosongan lambung yang tertunda dan pemberian makanan enteral bersamaan. Gangguan ginjal (misalnya gagal ginjal kronis atau mereka yang menerima dialisis). Lansia. Kehamilan dan menyusui. Kategori kehamilan : Kategori B: Mungkin dapat digunakan oleh wanita hamil. Penelitian pada hewan uji tidak memperlihatkan adanya risiko terhadap janin, namun belum ada bukti penelitian langsung terhadap wanita hamil.

e. Kontra Indikasi
hipersensitivitas

f. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah : Peningkatan risiko akumulasi dan toksisitas Al seperti osteodistrofi Al, osteomalasia dan ensefalopati (pada pasien dengan gangguan ginjal), pembentukan bezoar dan obstruksi usus (pada pasien yang sakit parah), hiperglikemia, aspirasi disertai komplikasi pernafasan, vertigo, Sembelit, diare, perut kembung, ketidaknyamanan lambung, mulut kering, dispepsia, mual, muntah.

4. loperamide

Loperamide adalah obat yang digunakan untuk mengatasi diare. Obat ini bekerja dengan cara memperlambat gerakan saluran pencernaan, sehingga usus punya lebih banyak waktu untuk menyerap cairan dan nutrisi dari makanan yang dikonsumsi.

a. Indikasi Umum

Diare akut non spesifik & diare kronik

b. Komposisi

Loperamide HCl 2 mg

c. Dosis

Dewasa : awal 2 tablet kemudian 1 tablet setiap habis defekasi. Maksimal : 8 tablet/hari. Anak >8 tahun : Awal : 1 tablet kemudian sesuai kebutuhan. Maksimal : 4-6 tablet/hari.

d. Aturan Pakai

Sebelum atau sesudah makan

e. Perhatian

Gagal ginjal dan hati, tidak dianjurkan untuk diare akut akibat infeksi E.coli, Salmonella dan Shingella, diare disertai demam tinggi atau feses berdarah. Tidak dianjurkan untuk penggunaan jangka panjang. Hamil, laktasi, dan anak. Kategori kehamilan: C

f. Kontra Indikasi

Kondisi dimana peristaltik tidak boleh dihambat. Anak di bawah 4 tahun.

g. Efek Samping

Sembelit, kram perut, pusing, kantuk, mual, muntah, dan mulut kering.

6. Ceftriaxone

Ceftriaxone adalah obat yang bisa kamu gunakan untuk mengobati infeksi bakteri di berbagai bagian tubuh. Obat ini termasuk golongan obat yang banyak orang kenal sebagai antibiotik sefalosporin. Cara kerjanya adalah dengan membunuh bakteri atau mencegah pertumbuhannya. Ceftriaxone tersedia dalam bentuk suntikan dan hanya bisa kamu dapatkan dengan resep dokter.

a. Kegunaan

Ceftriaxone digunakan untuk membantu mengobati infeksi pada saluran nafas bagian bawah, sistem saluran kemih dan saluran kelamin, infeksi alat kelamin, infeksi saluran cerna, infeksi tulang dan sendi, infeksi sistem syaraf, serta infeksi sel darah.

b. Dosis & Cara Penggunaan

Aturan penggunaan: Infeksi bakteri yang rentan: dosis 1-2 g perhari, dosis

dapat ditingkatkan menjadi 4 g / hari pada infeksi berat, diberikan sekali atau dalam 2 dosis terbagi. Dosis > 2 g diberikan lewat melalui injeksi intravena (pembuluh darah) atau infus.

Sifilis: dosis 0,5-1 g diberikan 1 kali sehari, dosis dapat ditingkatkan menjadi 2 g diberikan 1 kali sehari untuk neurosifilis selama 10-14 hari. Diberikan melalui injeksi intravena (pembuluh darah) atau melalui injeksi intramuskular (melalui otot).

Penyakit Lyme: dosis 2 g diberikan 1 kali sehari, melalui injeksi intravena (pembuluh darah) atau melalui injeksi intramuskular (melalui otot) selama 14-21 hari.

Mencegah infeksi bedah: dosis 1-2 g sebagai dosis tunggal diberikan 0,5-2 jam sebelum pembedahan. Diberikan melalui injeksi intravena (pembuluh darah) atau melalui injeksi intramuskular (melalui otot).

Gonore tanpa komplikasi: dosis 250-500 mg sebagai dosis tunggal, diberikan melalui injeksi intramuskular (melalui otot).

Otitis media akut: dosis 1-2 g sebagai dosis tunggal, diberikan melalui injeksi intramuskular (melalui otot).

c. Efek Samping

Efek samping yang mungkin ditimbulkan adalah: Gastrointestinal (gangguan saluran cerna): diare, mual, muntah, stomatitis (adanya jamur pada mulut) dan glositis (radang atau infeksi lidah). Kulit : pruritus (gatal diseluruh tubuh), urtikaria (kelainan kulit akibat alergi), dermatitis alergi, adema (cairan abnormal di antara sel), eksantem (kelainan kulit secara serempak misal campak), eritema multiforma (hipersensitivitas kulit akibat alergi).

d. Kontraindikasi

Hindari penggunaan pada pasien dengan kondisi: Pasien yang hipersensitif terhadap antibiotik cephalosporin atau antibiotik β -laktam jenis lain. Neonatus (bayi baru lahir sampai usia 28 hari) dengan hiperbilirubinemia, ikterus, hipoalbuminemia, atau asidosis memerlukan pengobatan kalsium melalui intravena, atau infus yang mengandung Ca.

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Dea Aditya Paramita
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.T dengan Gastroenteritis
 Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Gedung D Kamar
 1305 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	9/3/2023	Konsultasi dan Bimbingan UTEK EMB	
2.	20/03/2023	Konsultasi BAB 1 : Penulisan harus mengikuti pedoman, spasi perang di-perbaiki, halaman, cari sumber ter-baru untuk latar belakang, tidak perlu ada nama pasien di latar belakang	
3.	10-04-2023	Konsultasi revisi BAB 1 : Pojok bawah beri tulisan Prodi D3 Keperawatan, Beri halaman judul. Penulisan ringkasan hanya 1 x penjelasan di awal, nama pasien tidak perlu di latar belakang, tambah narasi data RS Koja	
4.	10-04-2023	Revisi Bab 2: Patofisiologi beri Etiologi terlebih dulu, perbaiki Patofisiologinya, bahasa asing miringkan rapikan pemeriksaan penunjang, beri rasional pada intervensi, sumber diagnosis tambahkan referensinya.	
5.	20-04-2023	ACC Bab 1, ACC Bab 2 dengan revisi minor : Intervensi beri rasional, evaluasi beri proses (formatif), hasil (sumatif)	
6.	10-05-2023	Revisi Bab 3: Sinkronkan data, data penunjang beri jam, diagnosa defisit nutrisi tambah berapa lama penurunannya	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Dea Aditya Paramita
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.T dengan Gastroenteritis
 Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Gedung D Kamar
 1305 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
7.	22 Mei 2023	Bab 3 Revisi : Data tambahan ditambahkan yang tidak diketahui pasien, penatalaksanaan beri jam, Analisa data di diagnosis 1 tambah data intake dan output pasien. Pemeriksaan syaraf pusat jelaskan refleks patologis dan fisiologisnya diperiksa apa saja.	
8	23 Mei 2023	Bab 4 = Tulis teori menurut siapa dan tahunnya, Beri pembahasan, lakukan analisa dengan kesenjangan yang disampaikan dalam teori dan kenyataan kasus pasien, kesenjangan lihat dari intervensi atau rencana	
9	24 Mei 2023	Bab 5: sesuaikan menjawab tujuan penulisan, tambahkan saran	
10	29 Mei 2023	Bab 3 : RR & HR ubah jadi frekuensi nafas dan nadi, pada table analisa data beri satu garts diatas untuk Tanda gejala, masalah, Etiologi. Kriteria Hasil: Tidak boleh teori harus jelas dan sesuai data, pelaksanaan sesuaikan obat dan diagnosenya	
11.	1 Juni 2023	ACC Bab 3 - Bab 4 Analisa teori dan kasusnya harus jelas.	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
Nama Mahasiswa : Dea Aditya Paramita
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.T dengan Gastroenteritis
Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Gedung D Kamar
1305 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
12.	3 Juni 2023	Bab 5 = Sarannya tambah lagi, minimal 3	
13.	5 Juni 2023	Bab 4 = kata teori hapus langsung menurut nama penulisnya.	
14.	7 Juni 2023	Bab 5 saran untuk ruangan hapus, dan buat 1 saran lagi yang menjawab.	
15.	9 Juni 2023	ACC Bab 4 dan 5	

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis-penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny.T dengan *Gastroentritis* di Ruang Penyakit dalam Lantai 4 Gedung D Kamar 1305 RSUD Koja Jakarta”. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua STIKes RS Husada
2. Enni Juliani, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
3. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku penguji I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Hotmarina, S.Kep selaku penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalin pendidikan serta memberikan saya motivasi
6. Dr.Ida Bagus Nyoman Banjar , MKM selaku Direktur Umum RSUD Koja Jakarta Utara

7. Kepala ruangan penyakit dalam dan para perawat yang telah memberikan bimbingan selama praktik di ruangan penyakit dalam.
8. Ny.T dan keluarga atas bantuan dan kerja samanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan.
9. Orang Tua dan keluarga penulis yang telah memberikan bantuan material dan moral serta kasih sayang yang tidak pernah berhenti-henti nya penulis dapatkan sehingga penulis bisa berada di posisi saat ini, semoga selalu berada dalam lindungan ALLAH SWT.
10. Ilham Saputra terima kasih selama ini telah menemani dari bangku SMA hingga saat ini, menjadi tempat pertukaran pikiran selama tiga tahun dan semangat yang diberikan sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. SahabatRahasia Negara Andini, Yulia, Faisal, Subagyo, Joan, dan Roven, terima kasih selama ini telah menjadi tempat bertukar pikiran danmenjalin suka duka bersama serta terima kasihatas bantuan , dorongan dan dukungannya dalam tiga tahun terakhir ini sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
12. Teman-teman seperjuangan di tim Keperawatan Medikal Bedah dan kelompok 1 ruangan penyakit dalam Alsefia, Ayu , Caroline, dan Dewi yang telah saling membantu selama masa dinas.
13. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terutama kelas C terima kasih atas kebersamaan dan bantuannya.

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta,

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Definisi.....	7
B. Etiologi.....	8
C. Patofisiologi	9
D. Manifestasi Klinik.....	11
E. Pemeriksaan penunjang.....	13
F. Penatalaksanaan	14
G. Pengkajian keperawatan.....	17
H. Diagnosa Keperawatan.....	19
I. Intervensi Keperawatan.....	21
J. Implementasi Keperawatan.....	28
K. Evaluasi Keperawatan.....	29
BAB III TINJAUAN KASUS.....	32
A. Pengkajian	32
B. Diagnosa Keperawatan.....	47
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi	47
BAB IV PEMBAHASAN.....	61

A. Pengkajian	61
B. Diagnosa Keperawatan.....	62
C. Perencanaan Perawatan.....	64
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	66
E. Evaluasi Keperawatan.....	69
BAB V PENUTUP.....	72
A. Kesimpulan	72
B. Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	76

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pathway	80
Lampiran 2 Analisa Obat	81
Lampiran 3 Lembaran Konsul	88

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Linni Juliani, M. Kep
 Nama Mahasiswa : Den Aditya Paramita
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. T dengan Gastroenteritis
 Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Gedung D Kamar
 1305 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	9/3/2023	Konsultasi dan Pembinaan UTK PMB	
2.	20/03/2023	Konsultasi BAB 1: Penulisan harus mengikuti pedoman, spasi pereng di- perbaiki, halaman, cari sumber ter- baru untuk latar belakang, tidak perlu ada nama pasien di latar belakang	
3.	10-04-2023	Konsultasi revisi BAB 1: Fokus bawah beri tulisan Prodi D3 Keperawatan, Beri halaman judul Penulisan ringkasan hanya 1 x penjelasan di awal, nama pasien tidak perlu di latar belakang, tambah narasi data RS Koja	
4.	10-04-2023	Revisi Bab 2: Patofisiologi beri Etiologi terlebih dulu, perbaikan patofisiologinya, bahasa asing miring rapikan pemeriksaan penunjang, beri rasional pada intervensi, sumber diagnosa tambahkan referensinya.	
5.	20-04-2023	ACC Bab 1, ACC Bab 2 dengan revisi minor: intervensi beri rasional, evaluasi beri proses (formatif), hasil (sumatif)	
6.	10-05-2023	Revisi Bab 3: Sinkronkan data, data penunjang beri jam, diagnosa defisit nutrisi tambah berapa lama perumumannya	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Dea Aditya Parumita
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.T dengan Gastroenteritis
 Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Gedung D Kamar
 1305 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
7.	22 Mei 2023	Bab 3 Revisi : Data tambahan ditambahkan yang tidak diketahui pasien, penatalaksanaan beri jam, Analisa data didiagnosa & tambah data intake dan output pasien. Pementoran syaraf pusat jelaskan refleks patologis dan fisiologinya diperiksa apa saja.	
8	23 Mei 2023	Bab 4 : Tulis teori menurut siapa dan tahunnya, Beri pembahasan, lakukan analisa dengan kesenjangan yang disampaikan dalam teori dan kenyataan kasus pasien, kesenjangan lihat dari intervensi atau rencana	
9	24 Mei 2023	Bab 5 : sesuaikan menjawab tujuan penulisan, tambahkan saran	
10	29 Mei 2023	Bab 3 : RR & HR ubah jadi frekuensi nafas dan nadi, pada table analisa data beri satu garis diatas untuk Tanda gejala, masalah, Etiologi. Kriteria Hasil: Tidak boleh teori harus jelas dan sesuai data, pelaksanaan sesuaikan obat dan diagnosanya	
11.	1 Juni 2023	ACC Bab 3. Bab 4 Analisa teori dan kasusnya harus jelas.	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
Nama Mahasiswa : Dea Aditya Paramita
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.T dengan Gastroenteritis
Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 13 Gedung D Kamar
1305 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
12.	3 Juni 2023	Bab 5 = Sarannya tambah lagi, minimal 3	
13.	5 Juni 2023	Bab 4 = kata teori hapus langsung menurut nama penulisnya.	
14.	7 Juni 2023	Bab 5 Saran untuk ruangan hapus, dan buat 1 saran lagi yang menjawab.	
15.	9 Juni 2023	ACC Bab 4 dan 5	