

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN DIARE  
DI BANGSAL MELATI RSUD SRAGEN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapatkan Gelar  
Ahli Madya Keperawatan



**Disusun Oleh :**

**FINISIA ANDI PRASTOWO**

**J 200 060 055**

**JURUSAN KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**2009**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN DIARE DI BANGSAL MELATI RSUD SRAGEN**

Disusun Oleh :

**FINISIA ANDI PRASTOWO**

**J 200 060 055**

Telah diterima dan disetujui oleh pembimbing untuk diajukan dan dipertahankan  
dalam ujian sidang pada hari Kamis tanggal 30 Juli 2009

Pembimbing

Kartinah, S.Kep

NIK. 860

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan

Arum Pratiwi, S, Kp., M. Kes. (Kep)

NIK. 660

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN**

**GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN DIARE**

**DI BANGSAL MELATI RSUD SRAGEN**

Disusun Oleh :

**FINISIA ANDI PRASTOWO**

**J 200 060 055**

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji pada Tanggal 30 Juli 2009, dan  
Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat

Susunan Dewan Penguji

1. Kartinah, S.Kep (.....)
2. Agus Sudaryanto, S.Kep, Ns. M.Kes (.....)
3. Irdawati, A.Kes. M.Si.Med (.....)

Surakarta, Juli 2009

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Dekan,

Arif Widodo, A. Kep., M. Kes.

NIK. 630

## MOTTO

**J**ika anak dibesarkan dengan celaan dia belajar memaki

Jika anak dibesarkan dengan permusuhan dia belajar berkelahi

Jika anak dibesarkan dengan cemoohan, dia belajar rendah diri

Jika anak dibesarkan dengan dorongan dia belajar percaya diri

Jika anak dibesarkan dengan ujian dia belajar menghargai

Jika anak dibesarkan dengan rasa aman dia belajar menaruh kepercayaan

Jika anak dibesarkan dengan kasih sayang dan persahabatan dia belajar  
menemukan cinta dan kehidupan.

(Dorothy Law Noite)

**“D**an seandainya pohon-pohon di bumi menjadi pena dan laut menjadi tinta, ditambahkan kepadanya tujuh laut (lagi) sesudah (kering) nya, niscaya tidak akan habis-habisnya (dituliskan) kalimat (ilmu dan hikmat) Allah. Sesungguhnya Allah Maha Perkasa lagi Maha Bijaksana.”

(QS. Luqman : 27)

**“S**ebesar itu keinsyafanmu, pada keberhasilanmu”

(K. H. Ibrahim Thoyyib)

## KATA PENGANTAR



*Asslmu'alaikum Wr. Wb*

Alhamdulillahirobil'alamin, segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Komprehensif dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN DIARE DIBANGSAL MELATI RSUD SRAGEN”.

Menyadari bahwa banyak pihak yang terkait dan terlibat dalam penyusunan skripsi ini, maka penulis dapat lepas dari bantuan, dorongan, dukungan dan motivasi dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini, dengan segala kerendahan dan ketulusan hati penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta.
2. Bapak Arif Widodo, A.Kep., M.Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. Ibu Arum Pratiwi, S, Kp., M. Kes (Kep) selaku Ketua Jurusan Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

4. Bapak Agus Sudaryanto, S.Kep.Ns. M.Kes selaku sekretaris jurusan keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
5. Ibu Kartinah, S.Kep selaku pembimbing dan penguji I yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dorongan sampai terselesainya laporan ini.
6. Agus Sudaryanto, S.Kep, Ns. M.Kes selaku penguji II yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan karya ilmiah ini.
7. Irdawati, A.Kes. M.Si.Med selaku penguji III yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan karya ilmiah ini.
8. Direktur dan staff RSUD Sragen.
9. Segenap dosen keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan.

Atas bantuan yang telah diberikan, penulis mengucapkan banyak terimakasih, semoga mendapatkan ridho dan balasan dari Allah SWT dan semoga karya sederhana ini dapat bermanfaat.

*Wassalamu'alaikum Wr. Wb*

Surakarta, 2009

Penulis

**Finisia Andi Prastowo**

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
MOTTO .....	iv
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Identifikasi Masalah .....	4
C. Tujuan .....	4
D. Manfaat .....	5
BAB II TUJUAN TEORI .....	6
A. Pengertian .....	6
B. Etiologi .....	7
C. Manifestasi Klinis .....	8
D. Patofisiologi .....	8
E. Patways .....	11
F. Pemeriksaan Penunjang .....	12

G. Penatalaksanaan .....	13
H. Diagnosa Keperawatan .....	14
I. Intervensi keperawatan .....	17
BAB III RESUME KEPERAWATAN .....	23
A. Pengkajian .....	23
B. Diagnosa Keperawatan .....	24
C. Intervensi Keperawatan .....	28
D. Implementasi Keperawatan .....	28
E. Evaluasi Keperawatan .....	28
BAB IV PEMBAHASAN .....	32
A. Pengkajian .....	32
B. Diagnosa Keperawatan .....	32
C. Intervensi Keperawatan .....	40
D. Implementasi Keperawatan .....	41
E. Evaluasi Keperawatan .....	41
BAB V PENUTUP .....	42
A. Kesimpulan .....	42
B. Saran .....	43



## **ABSTRAK**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN DIARE DI BANGSAL MELATI RSUD SRAGEN**

Diare merupakan masalah utama di Indonesia, setiap tahun sekitar 100 juta episode diare pada orang dewasa per tahun. Berdasarkan data profil kesehatan 2006, jumlah kasus diare di Jawa Tengah berdasarkan laporan puskesmas sebanyak 420.587 sedangkan kasus gastroenteritis dirumah sakit sebanyak 7.648 sehingga jumlah keseluruhan penderita yang terdeteksi adalah 428.235 dengan jumlah kematian adalah sebanyak 54 orang (CFR=0,13%). Cakupan penemuan kasus di Sragen sebesar 45,4%

Diare adalah BAB dengan jumlah tinja yang banyak dari biasanya, dengan tinja yang berbentuk cairan atau setengah cair dapat pula disertai frekuensi defekasi yang meningkat. Mansjoer (2000)

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah memberikan pengalaman yang nyata kepada penulis dalam penatalaksanaan dan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien Diare.

Diagnosa yang muncul pada kasus Diare pada Tn.S adalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output berlebihan. gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tak adekuat. gangguan kurang kebutuhan istirahat tidur b.d hospitalisasi sudah dapat teratasi sebagian, sehingga keperawatan masih dilanjutkan

**Kata kunci : Mual, muntah, bab 4-5 kali perhari, nyeri, gangguan kekurangan volume cairan.**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Diare sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan, tidak saja di negara berkembang tetapi juga di negara maju. Penyakit diare masih sering menimbulkan KLB (Kejadian Luar Biasa) dengan penderita yang banyak dalam waktu yang singkat.

Di negara maju walaupun sudah terjadi perbaikan kesehatan dan ekonomi masyarakat tetapi insiden diare infeksi tetap tinggi dan masih menjadi masalah kesehatan. Di Inggris 1 dari 5 orang menderita diare infeksi setiap tahunnya dan 1 dari 6 orang pasien yang berobat ke praktek umum menderita diare infeksi.

Diare yang onset gejalanya tiba-tiba dan berlangsung kurang dari 14 hari, sedang diare kronik yaitu diare yang berlangsung lebih dari 14 hari. Diare dapat disebabkan infeksi maupun non infeksi. Dari penyebab diare yang terbanyak adalah diare infeksi. Diare infeksi dapat disebabkan Virus, Bakteri, dan Parasit.

Di negara berkembang, diare infeksi menyebabkan kematian sekitar 3 juta penduduk setiap tahun. Di Afrika orang dewasa terserang diare infeksi 7 kali setiap tahunnya di banding di negara berkembang lainnya mengalami serangan diare 3 kali setiap tahun.

Diare merupakan masalah umum ditemukan diseluruh dunia. Di Amerika Serikat keluhan diare menempati peringkat ketiga dari daftar keluhan pasien pada ruang praktek dokter, sementara di beberapa rumah sakit di Indonesia data menunjukkan diare akut karena infeksi terdapat peringkat pertama s/d ke empat pasien dewasa yang datang berobat ke rumah sakit. Di negara maju diperkirakan insiden sekitar 0,5-2 episode/orang/tahun sedangkan di negara berkembang lebih dari itu. Di USA dengan penduduk sekitar 200 juta diperkirakan 99 juta episode diare akut pada dewasa terjadi setiap tahunnya. WHO memperkirakan ada sekitar 4 miliar kasus diare akut setiap tahun dengan mortalitas 3-4 juta pertahun.

Bila angka itu diterapkan di Indonesia, setiap tahun sekitar 100 juta episode diare pada orang dewasa per tahun. Dari laporan surveilan terpadu tahun 2006 jumlah kasus diare didapatkan 13,3 % di Puskesmas, di rumah sakit didapat 0,45% pada penderita rawat inap dan 0,05 % pasien rawat jalan. Penyebab utama disentri di Indonesia adalah *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli*, dan *Entamoeba histolytica*. Disentri berat umumnya disebabkan oleh *Shigella dysentery*, kadang-kadang dapat juga disebabkan oleh *Shigella flexneri*, *Salmonella* dan *Enteroinvasive E.coli*. (Anonym. Wikipedia, *The Free Encyclopedia*. Available from E-mail: <http://abuhamzah.multiply.com> (accessed 14 Desember 2008).)

Tabel : Data penyakit utama penyebab kematian di Rumah Sakit Di Indonesia.

NO	Jenis Penyakit	%
1.	Strok, tanpa pendarahan	5.9
2.	Pnemoni	3.5
3.	Diare	3.5
4.	Tuberkulosis Paru	3.3
5.	Pendarahan Intrakranial	3.1
6.	Diabetes Melitus	3.0
7.	Pertumbuhan janin lamban, malnutrisi janin dan gangguan yang berhubungan dengan kelainan prematur	3.0
8.	Penyakit Jantung	2.9
9.	Gagal ginjal	2.9

*Sumber : Dirjen Yanmedik, Depkes RI (2006)*

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa penyakit diare berada pada urutan ketiga dengan pravelensi sebesar 3.5% dari 9 penyakit utama yang ada di Rumah Sakit yang menjadi penyebab utama dari kematian.

Berdasarkan data profil kesehatan 2006, jumlah kasus diare di Jawa Tengah berdasarkan laporan puskesmas sebanyak 420.587 sedangkan kasus gastroenteritis dirumah sakit sebanyak 7.648 sehingga jumlah keseluruhan penderita yang terdeteksi adalah 428.235 dengan jumlah kematian adalah sebanyak 54 orang (CFR=0,13%). Cakupan penemuan kasus di Sragen sebesar 45,4% (<http://jawtengah.go.id/profilkesehatansragen/2006>).

## **B. IDENTIFIKASI MASALAH**

Melihat banyaknya penduduk di Indonesia yang menderita penyakit diare, banyak angka kematian di Indonesia akibat diare maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan Diare Di Bangsal Melati RSUD Sragen”.

## **C. TUJUAN**

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah memberikan pengalaman yang nyata kepada penulis dalam penatalaksanaan dan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien diare.

### 2. Tujuan Khusus

Laporan ini dibuat untuk :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien diare.
- b. Melakukan analisis data pada pasien diare.
- c. Merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul.
- d. Merumuskan intervensi keperawatan.
- e. Melakukan tindakan keperawatan.
- f. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan

#### **D. MANFAAT PENULISAN**

1. Manfaat bagi penulis.

Memberikan pengalaman yang nyata tentang asuhan keperawatan pada gangguan system pencernaan diare.

2. Manfaat bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit diare yang diderita dan mengetahui cara perawatan diare dengan benar.

3. Manfaat bagi institusi

Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan di masa yang datang

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. PENGERTIAN**

Diare menurut Mansjoer (2000) adalah frekuensi defekasi encer lebih dari 3 x sehari dengan atau tanpa daerah atau tinja yang terjadi secara mendadak berlangsung kurang dari tujuh hari yang sebelumnya sehat. Sedangkan menurut Suruadi (2001) Diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih BAB dengan bentuk tinja yang encer atau cair. Dan menurut Ngastiyah (2005) Diare adalah BAB dengan jumlah tinja yang banyak dari biasanya, dengan tinja yang berbentuk cairan atau setengah cair dapat pula disertai frekuensi defekasi yang meningkat.

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

#### **B. ETIOLOGI**

Faktor infeksi diare menurut Ngastiyah (2005).

1. Infeksi enteral : Infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare

Infeksi bakteri : vibrio, E. coli, salmonella campilo baster.

Infeksi virus : Rotavirus, calcivilus, Enterovirus, Adenovirus, Astrovirus.

Infeksi parasit : cacing (ascaris, oxyuris), protozoa (entamoba histolica, giardia lambia), jamur (candida aibicans).

2. Infeksi Parenteral : Infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti

Tonsilitis, broncopneumonia, Ensefalitis, meliputi :

Faktor Malabsobsi : karbohidrat, lemak, protein

Faktor makanan : basi, racun, alergi.

Faktor psikologis : rasa takut dan cemas.

### **C. MANIFESTASI KLINIK**

Beberapa tanda dan gejala tentang diare menurut Suriadi (2001) antara lain :

1. Sering BAB dengan konsistensi tinja cair atau encer.
2. Terdapat luka tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelek (elastisitas kulit menurun) ubun-ubun dan mata cekung, membran mukosa kering.
3. Kram abdominal.
4. Demam.
5. Mual dan muntah.
6. Anoreksia.
7. Lemah.
8. Pucat.
9. Perubahan TTV, nadi dan pernafasan cepat.
10. Menurun atau tidak ada pengeluaran urin.



#### **D. PATOFISIOLOGI**

Menurut Suriadi (2001), patofisiologi dari Gastroenteritis adalah meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat dari gangguan absorpsi dan ekskresi cairan dan elektrolit yang berlebihan, cairan sodium, potasium dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstraseluler kedalam tinja, sehingga mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit dan dapat terjadi asidosis metabolik.

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

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ada 3 macam yaitu:

##### **1. Gangguan Osmotik**

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan dalam rongga yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus. Isi rongga usus yang

berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

2. Gangguan sekresi akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

3. Gangguan motilitas usus

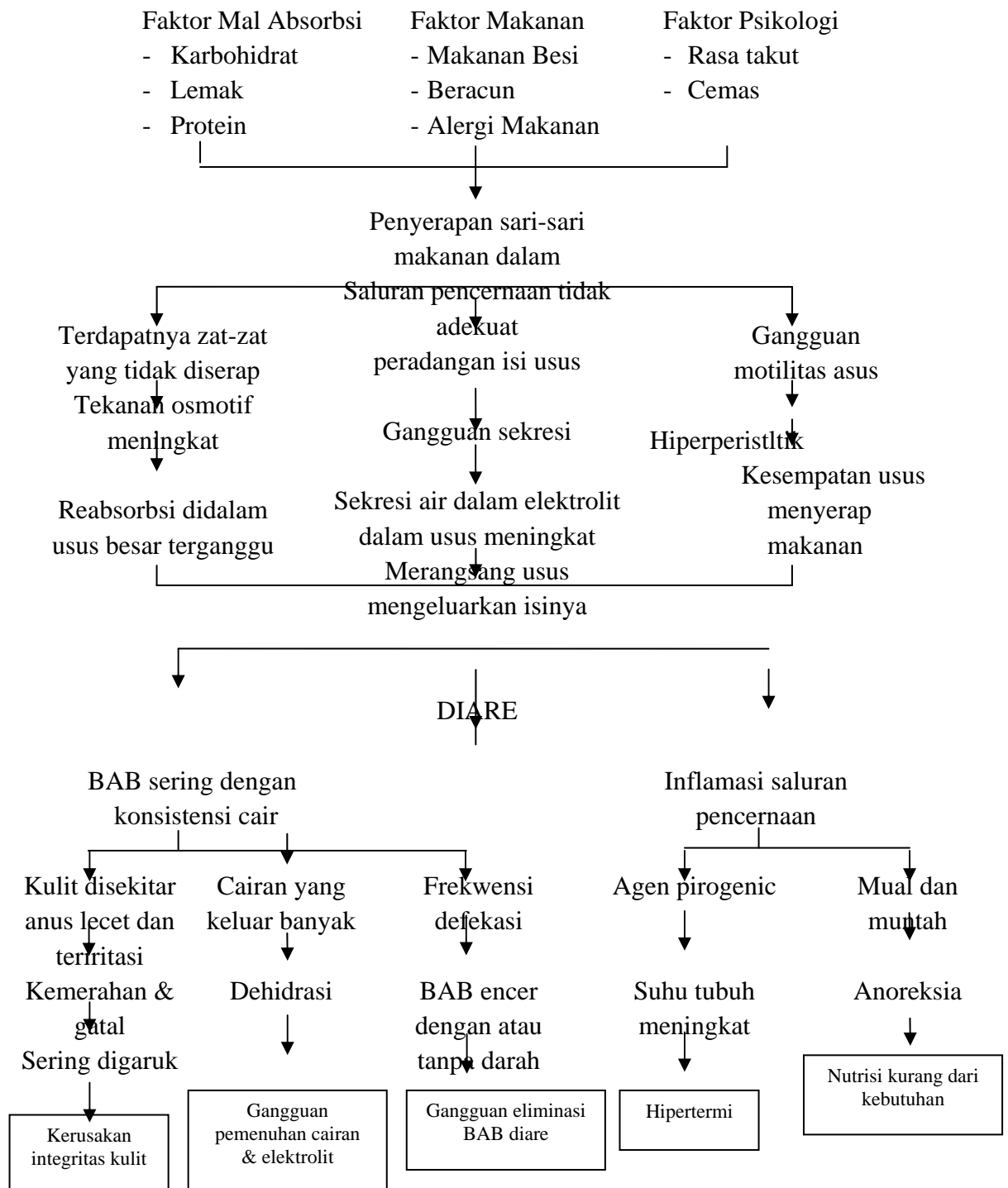
Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare.

Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri kumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare pula.

Dari ketiga mekanisme di atas menyebabkan :

1. Kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik hipokalemia)
2. Gangguan gizi akibat kelaparan (masukan kurang, pengeluaran bertambah)
3. Hipoglikemia
4. Gangguan sirkulasi darah

## E. PATHWAY



## **F. KOMPLIKASI**

Beberapa komplikasi dari diare menurut Suriadi (2001 ) adalah :

1. Hipokalemia ( dengan gejala matorisme hipotoni otot lemah bradikardi perubahan elektrokardiogram ).
2. Hipokalsemia
3. Cardiac dysrhythmias akibat hipokalemia dan hipokalsemia.
4. Hponatremi.
5. Syok hipovolemik.
6. Asidosis
7. Dehidrasi

## **G. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Pemeriksaan penunjang diare menurut Suriadi (2001 ) adalah :

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

Adapun Pemeriksaan penunjang yang lain menurut Mansjoer (2000 )

1. Pemeriksaan tinja : Makroskopis dan mikroskopis PH dan kadar gula juga ada intoleransi gula biarkan kuman untuk mencari kuman penyebab dan uji retensi terhadap berbagai antibiotik.
2. Pemeriksaan darah : perifer lengkap, Analisa Gas Darah (AGD), elektrolit ( terutama Na, K, Ca, P Serum pada diare yang disertai kejang ).

3. Pemeriksaan kadar ureum dan creatinin darah untuk mengetahui faal ginjal.
4. Duodenal intubation untuk mengetahui kuman penyebab secara kuantitatif dan kualitatif terutama pada diare kronik.

## **H. PENATALAKSANAAN MEDIS**

1. Penatalaksanaan medis menurut Biddulp and Stace (1999) adalah pengobatan dengan cara pengeluaran diet dan pemberian cairan.
  - a. Diare tanpa dehidrasi memerlukan cairan tambahan berupa apapun misalnya air gula, sari buah segar, air teh segar, kuah sup, air tajin, ASI. Jangan memberikan air kembang gula, sari buah air dalam botol karena cairan yang terlalu banyak mengandung gula akan memperburuk diare.
  - b. Diare dengan dehidrasi sedang memerlukan cairan khusus yang mengandung campuran gula dan garam yang disebut larutan dehidrasi oral ( LRO ). LRO ini dibuat dengan mencampurkan sebungkus garam rehidrasi kedalam 1 liter air bersih.
  - c. Diare dengan dehidrasi berat memerlukan cairan intravena disamping LRO.
2. Penatalaksanaan keperawatan menurut Nelson (1999) antara lain :
  - a. Penderita yang dirawat inap harus ditempatkan pada tindakan pencegahan enterik termasuk cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan penderita.

- b. Jas panjang bila ada kemungkinan pencernaan dan sarung tangan bila menyentuh barang terinfeksi.
- c. Penderita dan keluarganya dididik mengenal cara perolehan entero patogen dan cara mengurangi penularan.

## I. FOKUS PENGKAJIAN

Fokus pengkajian menurut Doenges (2000 )

### 1. Aktivitas / istirahat

Gejala : Gangguan pola tidur, misalnya insomnia dini hari, kelemahan, perasaan ‘hiper’ dan ansietas, peningkatan aktivitas / partisipasi dalam latihan-latihan energi tinggi.

Tanda : Periode hiperaktivitas, latihan keras terus-menerus.

### 2. Sirkulasi

Gejala : Perasaan dingin pada ruangan hangat.

Tanda : TD rendah takikardi, bradikardia, disritmia.

### 3. Integritas ego

Gejala : Ketidakberdayaan / putus asa gangguan ( tak nyata ) gambaran dari melaporkan diri-sendiri sebagai gendut terus-menerus memikirkan bentuk tubuh dan berat badan takut berat badan meningkat, harapan diri tinggi, marah ditekan.

Tanda : Status emosi depresi menolak, marah, ansietas.

4. Eliminasi

Gejala : Diare / konstipasi, nyeri abdomen dan distress, kembung, penggunaan laksatif / diuretik.

5. Makanan, cairan

Gejala : Lapar terus-menerus atau menyangkal lapar, nafsu makan normal atau meningkat.

Tanda : Penampilan kurus, kulit kering, kuning / pucat, dengan turgor buruk, pembengkakan kelenjar saliva, luka rongga mulut, luka tenggorokan terus-menerus, muntah, muntah berdarah, luka gusi luas.

6. Higiene

Tanda : Peningkatan pertumbuhan rambut pada tubuh, kehilangan rambut ( aksila / pubis ), rambut dangkal / tak bersinar, kuku rapuh tanda erosi email gigi, kondisi gusi buruk

7. Neurosensori

Tanda : Efek depresi ( mungkin depresi ) perubahan mental ( apatis, bingung, gangguan memori ) karena mal nutrisi kelaparan.

8. Nyeri / kenyamanan

Gejala : Sakit kepala.

9. Keamanan

Tanda : Penurunan suhu tubuh, berulangnya masalah infeksi.

#### 10. Interaksi sosial

Gejala : Latar belakang kelas menengah atau atas, Ayah pasif / Ibu dominan anggota keluarga dekat, kebersamaan dijunjung tinggi, batas pribadi tak dihargai, riwayat menjadi diam, anak yang dapat bekerja sama, masalah control isu dalam berhubungan, mengalami upaya mendapat kekuatan.

#### 11. Seksualitas

Gejala : Tidak ada sedikitnya tiga siklus menstruasi berturut-turut, menyangkal / kehilangan minat seksual.

Tanda : Atrofi payudara, amenorea.

#### 12. Penyuluhan / pembelajaran

Gejala : Riwayat keluarga lebih tinggi dari normal untuk insiden depresi keyakinan / praktik kesehatan misalnya yakin makanan mempunyai terlalu banyak kalori, penggunaan makanan sehat.

### **J. FOKUS INTERVENSI**

1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output yang berlebihan dengan intake yang kurang ( Carpenito, 2000 ).

Tujuan : Kebutuhan cairan terpenuhi

Kriteria hasil : Turgor kulit elastis dan mukosa bibir lembab

Intervensi :

a. Kaji status dehidrasi : mata, turgor kulit dan membran mukosa.



Rasional : Menunjukkan kehilangan cairan berlebihan atau dehidrasi.

b. Kaji pemasukan dan pengeluaran cairan

Rasional : Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan, fungsi ginjal dan kontrol penyakit usus juga merupakan pedoman untuk pengganti cairan.

c. Monitor TTV

Rasional : Dapat membantu mengevaluasi pernyataan verbal dan keefektifan intervensi.

d. Pemeriksaan laboratorium sesuai program : elektrolit, Hb, Ph, dan albumin.

Rasional : Untuk menentukan kebutuhan penggantian dan keefektifan terapi.

e. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat anti diare dan antibiotik.

Rasional : Untuk memperbaiki ketidak seimbangan cairan / elektrolit

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan muntah (Carpenito, 2000 ).

Tujuan : kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kriteria hasil : BB klien kembali normal dan nafsu makan meningkat

Intervensi :

a. Timbang BB tiap hari

Rasional : Untuk memberikan info tentang kebutuhan diet atau keefektifan terapi.

b. Monitor intake dan out put

Rasional : Untuk mengetahui berapa banyak masukan dan pengeluaran cairan ke dalam tubuh.

c. Hindari makanan buah-buahan dan hindari diet tinggi serat.

Rasional : Memungkinkan aliran usus untuk memastikan kembali proses pencernaan, protein perlu untuk integritas jaringan.

d. Lakukan kebersihan mulut setiap habis makan

Rasional : Mulut yang bersih dapat meningkatkan rasa makanan.

e. Kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional : membantu kebutuhan nutrisi pasien dalam perubahan pencernaan dan fungsi usus.

3. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi. ( Doenges, 2001 )

Tujuan : Hipertermi teratasi

Kriteria hasil : Tubuh tidak panas dan suhu tubuh normal (S : 36-37 ° C)

Intervensi :

a. Observasi vital sign

Rasional : Membantu mengevaluasi pernyataan verbal dan keefektifan intervensi.

b. Berikan kompres air hangat

Rasional : Untuk mengurangi / menurunkan rasa panas yang disebabkan oleh infeksi.

c. Anjurkan pasien dan keluarga untuk memberikan banyak minum.

Rasional : Untuk mengurangi dehidrasi yang disebabkan oleh out put yang berlebihan.

d. Anjurkan pasien dan keluarga untuk memberikan pakaian tipis, longgar dan menyerap keringat

Rasional : Agar pasien merasa nyaman.

e. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian anti piretik

Rasional : Untuk membantu memulihkan kondisi tubuh dan mengurangi terjadinya infeksi.

4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan sering BAB ( Suriadi, 2001)

Tujuan : Kerusakan integritas kulit teratasi

Kriteria hasil : Kulit utuh dan tidak ada lecet pada area anus.

a. Kaji kerusakan kulit atau iritasi setiap BAB

Rasional : Untuk mengetahui tanda-tanda iritasi pada kulit misal : kemerahan pada luka..

b. Ajarkan selalu cuci tangan sebelum dan sesudah mengganti pakaian

Rasional : Untuk mempertahankan teknik aseptik atau antiseptik.

c. Hindari pakaian dan pengalas tempat tidur yang lembab

Rasional : Untuk menghindari pada daerah anus terdapat kuman, bakteri, karena bakteri suka daerah yang lembab.

d. Observasi keadaan kulit

Rasional : Pada daerah ini meningkat resikonya untuk kerusakan dan memerlukan pengobatan lebih intensif.

e. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat

Rasional : Untuk membantu memulihkan kondisi badan.

5. Gangguan eliminasi BAB : Diare berhubungan dengan peningkatan frekuensi defekasi ( Doenges, 1999 ).

Tujuan : BAB dengan konsistensi lunak / lembek, warna kuning.

Kriteria hasil : Menyatakan pemahaman faktor penyebab dan rasional program pengobatan dan meningkatkan fungsi usus mendekati normal.

Intervensi :

a. Observasi / catat frekuensi defekasi, karakteristik dan jumlah

Rasional : Diare sering terjadi setelah memulai diet.

b. Dorong diet tinggi serat dalam batasan diet, dengan masukan cairan sedang sesuai diet yang dibuat

Rasional : Meningkatkan konsistensi feses meskipun cairan perlu untuk fungsi tubuh optimal, kelebihan jumlah mempengaruhi diare..

c. Batasi masukan lemak sesuai indikasi

Rasional : Diet rendah lemak menurunkan resiko feses cairan dan membatasi efek laksatif penurunan absorpsi lemak.

d. Awasi elektrolit serum

Rasional : Peningkatan kehilangan gaster potensial resiko ketidakseimbangan elektrolit, dimana dapat menimbulkan komplikasi lebih serius / mengancam.

e. Berikan obat sesuai indikasi anti diare

Rasional : Mungkin perlu untuk mengontrol frekuensi defekasi sampai tubuh mengatasi perubahan akibat bedah.

### **BAB III**

#### **RESUME KASUS**

##### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Februari 2009 jam 20.00 WIB. Di Ruang Melati RSUD Sragen. Pasien Tn. R umur 41 tahun, jenis kelamin laki-laki, status kawin, pendidikan SMA, pekerjaan swasta, agama Islam, alamat Tulakan, godog, Polokarto. Diagnosa medis Diare, dirawat sejak tanggal 29 Januari 2009, No register 184395, penanggung jawab Ny. M, agama Islam, pekerjaan swasta, alamat Tulakan, godog, Polokarto, hubungan dengan pasien sebagai istri.

Riwayat kesehatan pasien dengan keluhan utama mengatakan mual, muntah. Riwayat penyakit sekarang pada tanggal 26 Januari 2009, pasien BAB cair 4-5 kali perhari, warna kekuningan kemudian diperiksa ke dokter tetapi belum sembuh, dan pada tanggal 29 Januari 2009 oleh keluarga dibawa ke IGD RSUD Sragen dengan keluhan mual, muntah, badan lemas, diare 4-5 kali perhari, konsistensi cair, warna kekuningan kemudian pasien dianjurkan mondok dan dirawat di bangsal Melati dan pada saat dikaji pada tanggal 29 Januari 2009 pasien mengatakan mual, muntah, badan lemas, diare 4-5 kali perhari, konsistensi cair, warna kekuningan.

Riwayat penyakit dahulu : pasien mengatakan dahulu pernah sakit tifus pada bulan Desember 2008 dan dirawat di RSUD Sragen selama 4 hari.

Riwayat penyakit keluarga : Dalam keluarga tidak ada yang menderita

penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, dan penyakit menurun seperti Hipertensi, DM dll.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran Composmentis, keadaan umum lemas, untuk tanda-tanda vital, nadi 80 kali per menit, TD 130/80 mmHg, suhu 37 derajat celcius, respirasi 22 kali per menit. Untuk pemeriksaan *head to toe* bentuk kepala mesocephal, rambut hitam pendek, tidak berketombe, tidak ada benjolan di kepala, mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sklera ikteris, dapat membedakan warna, dapat melihat dengan jelas dalam jarak + 6 m. Wajah, ekspresi wajah tampak pucat, mata menonjol dan kemerahan, hidung simetris kanan dan kiri, bersih tidak ada secret, dapat membedakan aroma makanan, obat, mulut, mukosa bibir kering, telinga bentuk simetris, tidak ada serumen, bersih, bila ditanya dapat menjawab dengan jelas, leher tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada nyeri saat menelan. Dada, paru-paru inspeksi : Pengembangan dada kanan dan kiri sama, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : sonor, auskultasi:vesikuler. Jantung inpeksi : ictus codis tidak tampak, palpasi : ictus cordis tidak teraba, perkusi : pekak, auskultasi : reguler, bunyi jantung 1 dan 2 terdengar. Abdomen inspeksi : simetris kanan dan kiri, auskultasi : terdengar peristatik usus 26 x/menit, palpasi : suara tympani, perkusi : tidak ada nyeri tekan. Genetalia : bersih, tidak terpasang kateter Anus : tidak ada benjolan. Ekstremitas atas kiri gerakan terbatas karena terpasang infus 0,7 % sodium chlorida 20 tpm. Kulit : warna kulit sawo matang, turgor jelek, kulit kering.

Pada pengkajian pola fungsi Henderson pola nafas sebelum sakit pasien dapat bernafas dengan spontan tanpa alat bantu, selama sakit pasien dapat bernafas dengan spontan. Pola makan sebelum sakit pasien makan habis 1 porsi 3 x sehari dengan makan nasi dengan lauk bervariasi, selama sakit pasien hanya habis 2-3 sendok dari porsi RS karena pasien bila makan merasa mual dan nafsu makan menurun. Pola minum sebelum sakit pasien minum habis + 8 gelas ( + 2000 cc ), selama sakit pasien minum air putih habis + 4 gelas ( + 1000 cc )/ hari. Pola eliminasi selama sakit pasien BAB 4-5 x/hari dengan konsistensi cair, bau khas feces, BAK 5-6 X perhari dengan bau urine seperti obat. Pola gerak sebelum sakit pasien dapat beraktivitas sehari-hari tanpa bantuan, selama sakit pasien tidak dapat bergerak bebas karena kelemahan fisik, pola pemeliharaan postur tubuh sebelum sakit pasien dapat berjalan, lari, berolahraga, selama sakit pasien hanya berada di tempat tidur dengan berganti posisi duduk dan berbaring, pola berpakaian dan kebersihan tubuh sebelum sakit pasien 2x sehari, ganti baju 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu dengan sendiri, selama sakit pasien disibin 2x sehari, ganti baju 1x sehari, gosok gigi 2x sehari dengan dibantu keluarga. Pola tidur dan istirahat sebelum sakit pasien tidur + 8-9 jam perhari, selama sakit pasien tidur nyenyak karena terganggu dengan lingkungan sekitar terlalu gaduh / ramai pada saat jam kunjung pasien, pola menghindari bahaya sebelum sakit pasien dapat menjaga diri sendiri tanpa bantuan, selama sakit pasien dijaga pasien keluarga dan mengikuti saran dokter dan tim medis, pola komunikasi sebelum sakit pasien dapat berkomunikasi dengan verbal dan non



verbal serta mampu menjawab pertanyaan sesuai yang ditanyakan, selama sakit pasien mampu berkomunikasi dilingkungan sekitar dan mampu menjawab pertanyaan sesuai yang ditanyakan. Pola beribadah sebelum sakit pasien menjalankan sholat 5 waktu secara rutin dengan berdiri, selama sakit pasien menjalankan sholat 5 waktu secara rutin di tempat tidur, pola bekerja sebelum sakit pasien dapat bekerja sesuai dengan tugasnya, selama sakit pasien tidak dapat menjalankan aktivitas kesehariannya, pola rekreasi sebelum sakit pasien mendapat hiburan dengan melihat TV, membaca koran, berbincang-bincang dengan tetangga sekitar, selama sakit pasien dapat informasi dari tim medis.

Dari data penunjang di dapat pemeriksaan laboratorium tanggal 1 september 2008. Ureum 2,5 mg/dl ( nilai normal 10-50 mg/dl ), Creatinin 4,1 mg/dl ( nilai normal p : 0,7-1,2, w : 0,5-0,9 mg/dl ), Kalium 5,1 mmol/L ( nilai normal serum : 3,5-5,1 mmol/ L ). Untuk terapi diberikan infus 0,9 % sodium chlorida 20 tpm, piralen 2 ml/6L, Ulceranin 2 ml/8 j, Amoxan 1 gr/8 J, Lasix 2 ml/12 J, tonar 3x1 rendah kalium.

Dari data fokus didapatkan adanya data subyektif yaitu pasien mengatakan mual, muntah. Pasien mengatakan makan hanya habis 2-3 sendok dari porsi RS. Pasien mengatakan tidur + 3-4 jam/hari, pasien mengatakan minum air putih habis + 4 gelas ( + 1000 cc )/ hari, pasien mengatakan diare 4-5 kali perhari, konsistensi cair, warna kekuningan para obyektifnya pasien wajah tampak pucat, mata tampak besar-besar, mata kemerahan, konjungtiva anemis, sklera ikterik, turgor jelek, kulit kering, BB sebelum sakit : 55 kg,

selama sakit : 53 kg, feces konsistensi cair, warna kekuningan, hasil laboratorium Ureum 2,5 mg/dl, Creatinin 4,1 mg/dl, Kalium 5,1 mmol/L, tekanan darah 130/80 mm Hg, Nadi 80 x/menit, suhu : 37 derajat Celcius, respirasi : 22 x/ menit.

### B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

No	Tgl/Jam	Data	Problem	Etiologi
1	2 Feb 2009	DS : Pasien mengatakan minum air putih habis + 4 gelas (+ 1000 ) / hari Pasien mengatakan diare 4-5 x 1 hari, konsistensi cair, warna kekuningan. DO : Turgor jelek, kulit kering Mukosa bibir kering Feses konsistensi cair, warna kekuningan Ureum 2,5 mg/dl Creatinin 4,1 mg/dl Kalium 5,1 mmol / L	Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	Out put berlebihan
2	2 Feb 2009	DS : Pasien mengatakan mual, muntah Pasien mengatakan	Resti pemenuhan nutrisi kurang	Intake tidak adekuat

		hanya habis 2 – 3 sendok dari porsi RS	dari kebutuhan tubuh	
		DO : Wajah tampak pucat Konjungtiva anemis		
3	2 Feb 2009	DS : Pasien mengatakan tidur + 3-4 jam/hari DO : Wajah tampak pucat Mata tampak besar- besar, mata kemerahan.	Resti kurang kebutuhan istirahat tidur	Hospitalisasi

Diagnosa keperawatan menurut prioritas :

1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan out put berlebihan.
2. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat.
3. Gangguan istirahat tidur sehubungan dengan hospitalisasi.

### C. Intervensi, Implementasi, Evaluasi

1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan out put berlebihan.

Tujuan : kebutuhan cairan dan elektrolit terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil turgor kulit elastis mukosa bibir lembab, feses konsistensi lembek/padat.

Intervensi tanggal 2 – 5 Februari 2009 pantau tanda dan gejala dehidrasi ( kulit, membran mukosa kering, berat jenis urine, haus ), pantau masukan dan keluaran urine, observasi TTV, jelaskan pentingnya cairan untuk tubuh, lanjutkan terapi dari dokter untuk obat anti diare dan anti biotik.

Implementasi tanggal 3 – 5 Februari 2009 mengobservasi TTV respon pasien : TD 120/180 mmHg, N : 84 x/menit, S : 37°C, R : 24 x/menit. Menjelaskan pentingnya cairan untuk tubuh, respon pasien : pasien memperhatikan penjelasan dari pertanyaan, memantau pemasukan dan keluaran urine. Respon pasien : pasien BAK 2x ( 100 cc ), minum + 2 gelas ( 520 cc ), melanjutkan terapi dokter untuk memberikan obat antidiare dan antibiotik. Respon pasien: pasien bersedia disuntik. Memantau tanda dan gejala dehidrasi. Respon pasien : kulit tidak kering, lembab, mukosa bibir lembab.

Evaluasi tanggal 5 Februari 2009 Jam 14.00 WIB. *Subyektif* : pasien mengatakan minum air putih habis + 8 gelas ( + 200 cc ) dalam sehari-hari. *Obyektif* : Turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, *Assesment* : masalah teratasi. *Planning* : Intervensi dihentikan.

2. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat.

Evaluasi tanggal 5 Februari 2009 jam 14.00 WIB *Subyektif* : pasien mengatakan makannya habis  $\frac{1}{4}$  porsi dari RS (+ 4 sendok ) masih merasa sedikit mual. *Obyektif* : pasien makan habis  $\frac{1}{4}$  porsi. *Assesment* : masalah teratasi sebagian. *Planning* : intervensi dilanjutkan, timbang BB pasien tiap hari, anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, beri diet sesuai dengan kondisi pasien, lanjutkan *advice* dokter untuk obat antimetik.

3. Gangguan gangguan istirahat tidur berhubungan dengan hospitalisasi.

Tujuan : kebutuhan istirahat tidur terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam dengan kriteria hasil : pasien bisa tidur + 8 jam / hari, wajah tampak segar.

Intervensi tanggal 2-5 Februari 2009 ciptakan lingkungan yang tenang, batasi jumlah pengunjung, kaji kebiasaan pasien sebelum tidur, anjurkan pada pasien untuk memilih posisi tidur senyaman mungkin, anjurkan pasien bersikap rileks.

Implementasi tanggal 3-5 Februari 2009 menciptakan lingkungan yang tenang, respon pasien : *subyektif* : pasien mengatakan sudah mengantuk sekitar kalau pasien mau tidur, *obyektif* : memberikan pengertian kepada keluarga dan lingkungan sekitar kalau pasien mau tidur, mengkaji kebiasaan pasien sebelum tidur, respon pasien, *subyektif* : pasien sebelum tidur ingin minum, *obyektif* : pasien minum air putih  $\frac{1}{2}$  gelas.

Membatasi jumlah pengunjung, respon pasien : pasien ditunggu istrinya saja, menganjurkan pasien untuk bersikap rileks, respon pasien : *subyektif* : pasien berfikir tenang, *obyektif* : pasien terlihat tenang.

Evaluasi tanggal 5 Februari 2009 jam 14.00 WIB. *Subyektif* : pasien mengatakan tidur nyenyak, *obyektif* : pasien tidur + 8 jam/hari. *Assesment* : masalah teratasi. *Planning* : intervensi dihentikan.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengkajian**

Pada tahapan ini penulis akan menguraikan tentang pembahasan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan gangguan system pencernaan : Diare diruang Melati RSUD Sragen. Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 2 Februari 2009 pukul 20.00 WIB.

Pemeriksaan fisik dan pengkajian pola fungsi dengan menggunakan Handerson ditemukan data, pasien mengatakan minum air putih habis + 4 gelas ( + 1000 cc )/hari, pasien mengatakan BAB 4-5 x/hari dengan konsistensi cair, warna kekuningan, bau khas feces, BAK 5-6 x/hari dengan bau urine seperti obat, pasien mengatakan makan hanya habis 2-3 sendok dari porsi RS karena bila makan merasa mual dan nafsu makan menurun.

#### **B. Diagnosa, Intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan**

1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan out put berlebihan.

Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yaitu keadaan dimana seorang individu yang tidak menjalani puasa mengalami atau resiko mengalami dehidrasi vaskuler, interstisial atau intravaskuler (Carpenito, 2001).

Penulis mengangkat diagnosa gangguan pemenuhan cairan dan elektrolit berhubungan dengan out put yang berlebihan. Sesuai dengan sumber yang kami dapatkan batasan-batasan karakteristik gangguan cairan dan elektrolit antara lain : kelemahan, haus, penurunan turgor kulit, membran mukosa kering, nadi meningkat, tekanan nadi menurun, peningkatan suhu tubuh, kehilangan berat badan mandadak. (Nanda,2006).

Diagnosa ini penulis tegakkan karena didapatkan data-data pada Tn. R pasien mengatakan minum air putih habis + 4 gelas (+1000 cc/hari) pasien mengatakan BAB 4-5 x/hari dengan konsistensi cair, warna kekuningan, bau khas feces, torgor kulit jelek, kulit kering, mukosa bibir kering. Diagnosa ini muncul karena adanya kondisi seperti diuraikan diatas mengakibatkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Diagnosa ini penulis tegakkan menjadi diagnosa pertama karena apabila gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit tidak diatasi resiko mengalami dehidrasi vaskuler, cardiac dysrhythimias, syok hipovolemik. Mengatasi masalah tersebut penulis melakukan implementasi sesuai intervensi yaitu :

a. Memantau tanda dan gejala dehidrasi

Untuk mengetahui sejauh mana pasien mengalami kehilangan cairan bila terus-menerus BAB ( Doenges, 2000 )

b. Memantau pemasukan dan pengeluaran cairan

Dalam hal ini untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit ( Doenges, 2000 )



c. Mengobservasi tanda-tanda vital

Dengan memonitor tanda-tanda vital penulis diharapkan dapat mengetahui keadaan umum pasien secara rinci sehingga bisa mengobservasi proses perkembangan penyakit dan tingkat keberhasilan perawatan. ( Carpenito, 1999 )

d. Menjelaskan pentingnya cairan untuk tubuh

Muntah dan diare dapat dengan cepat menyebabkan dehidrasi (Carpenito, 1999)

e. Melanjutkan terapi dari dokter untuk obat antidiare dan antibiotik

Untuk memperbaiki ketidakseimbangan cairan / elektrolit. (Doenges,2000)

Evaluasi yang didapatkan setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan data pasien mengatakan minum air putih habis + 8 gelas ( + 2000 cc/hari ), BAB 1-2 x/hari dengan konsistensi lembek, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, sehingga sesuai dengan hasil yang diharapkan dan intervevsi dihentikan.

Kekuatan dan kelemahan pelaksanaan tindakan ini antara lain :  
kekuatan : Tn. R dan keluarga sangat mendukung semua yang disarankan oleh perawat. Kelemahan : penulis tidak mencantumkan *balance* cairan yang seharusnya dihitung.

*Balance* cairan Tn. R tanggal 2 september 2008 *balance* cairan dalam sehari adalah sebagai berikut :

- Minum : 1.000 cc

- Cairan infus 0,9% sodium clorida 20 tpm	: 1.500 cc
- Makanan	: 200 cc
- Oksidasi metabolik	: 200 cc +
Jumlah	: 2.900 cc

Pengeluaran cairan out put oksidasi metabolic :

- Diare	: 1.000 cc
- Urine	: 1.600 cc
- Muntah	: 400 cc
- IWL	: 550 cc
- Keringat	: 100 cc +
Jumlah	: 3.650 cc

Jadi balance cairan Tn. R adalah input-out put :  $2.900-3.650$  :  $-750$  cc karena pada Tn. R input dan out put lebih besar out put nya, maka Tn. R mengalami gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

2. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tak adekuat.

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau yang beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan yang tidak adekuat ( Carpenito, 1999 ).

Batasan karakteristik gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh antara lain : berat badan dibawah ideal, intake kurang dari kebutuhan tubuh,

membran mukosa kering, enggan makan, tonus otot buruk, suara usus hiperaktif ( Nanda, 2006 ).

Diagnosa ini muncul karena ditemukan adanya data-data setelah dilakukan pengkajian pada Tn. R sebagai berikut yaitu pasien mengatakan mual, muntah. Pasien mengatakan hanya habis 2-3 sendok dari porsi Rumah sakit, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis.

Penulis memprioritaskan diagnosa pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sebagai diaognosa kedua karena ini harus segera terpenuhi karena akan mengakibatkan metabolisme nutrien tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik, ketidakmampuan tubuh untuk memenuhi kebutuhan metabolisme menyebabkan menurunnya kemampuan untuk tumbuh dan memperbaiki sel-sel. Metabolisme perlu ditingkatkan bila terjadi trauma dan infeksi ( Carpenito, 1999 ).

Untuk mengatasi diagnosa kedua ini penulis merencanakan tindakan keperawatan tersebut berdasarkan rasionalisasi. Adapun rencana tindakan kepearwatan tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering.

Dengan pemberian makanan yang sedikit tapi sering dapat menurunkan kelemahan dan meningkatkan pemasukan untuk mencegah distraksi gaster ( Doenges, 1999 )

- b. Menjelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat.

Memberikan informasi tentang ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme menyebabkan menurunnya berat badan,

memburuknya kesehatan, menurunnya kemampuan tubuh untuk memperbaiki sel-sel ( Carpenito, 2000 )

- c. Memberikan diet sesuai dengan kondisi pasien.

Pemberian diet sesuai dengan metode makanan dan kebutuhan kalori didasarkan pada situasi atau kebutuhan individu untuk memberikan nutrisi maksimal ( Doenges, 2000 )

- d. Melanjutkan advice dokter untuk obat antiemetik.

Antiemetik mencegah muntah dengan menghambat rangsang terhadap pusat muntah ( Carpenito, 1999 )

3. Gangguan istirahat tidur b.d hospitalisasi

Perubahan pada pola tidur adalah suatu kebutuhan istirahat tidur yang berubah karena keterbatasan waktu tidur ( secara alami, terus-menerus, dalam kesadaran relatif ) meliputi jumlah dan kualitasnya ( Nanda, 2005 )

Diagnosa ini penulis tegakkan karena diperoleh data-data : pasien mengatakan tidur + 3-4 jam/hari, wajah tampak pucat, mata tampak menonjol, mata kemerahan.

Berdasarkan pertimbangan diatas maka penulis merencanakan serangkaian tindakan keperawatan yang bertujuan, kebutuhan istirahat tidur pasien terpenuhi. Untuk mencapai tujuan diatas intervensi yang penulis tetapkan antara lain :

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang

Kurangi kebisingan dan lampu untuk memberikan situasi yang kondusif ( Doenges, 2000 )

b. Batasi jumlah pengunjung

Mengurangi kebisingan untuk memberikan situasi yang kondusif agar pasien lebih tenang dalam beristirahat ( Doenges, 2000 )

c. Kaji kebiasaan pasien sebelum tidur

Mengetahui pola kebiasaan tidur dan perubahan yang terjadi, sehingga dapat untuk menentukan intervensi selanjutnya ( Doenges, 2000 )

d. Anjurkan pada pasien untuk memilih posisi tidur senyaman mungkin

Tinggikan kepala tempat tidur + 30 derajat atau gunakan penopang dengan bantal dibawah lengan untuk meningkatkan relaksasi, memberi ruang yang lebih besar pada paru untuk pengembangan (Carpenito,1999).

e. Anjurkan pasien bersikap rileks

Menurunkan rangsang eksentrik HCL, menurunkan resiko pendarahan ulang ( Doengas, 1999 )

Sesuai dengan perencanaan yang telah penulis rencanakan diatas maka penulis melaksanakan serangkaian tindakan antara lain : menciptakan lingkungan yang tenang, mengkaji kebiasaan pasien sebelum tidur, membatasi jumlah pengunjung, menganjurkan pasien untuk memilih posisi tidur senyaman mungkin, menganjurkan pasien untuk bersikap rileks.

Hasil evaluasi tanggal 2 februari 2008. Pasien mengatakan tidur nyenyak, pasien tidur + 8 jam/hari, masalah teratasi sehingga intervensi dihentikan.

Kekuatan dan kelemahan ditegaskan diagnosa ini antara lain :

Kekuatan : pasien dapat tidur lebih tenang, kebutuhan tidur pasien cukup, kurang lebih 8 jam / hari. Kelemahan : kondisi lingkungan Rumah sakit yang kurang tenang (terlalu ramai) sehingga lingkungan tenang sulit tercapai.

### **C. Diagnosa yang muncul pada kasus sesuai dengan teori.**

1. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan output yang berlebihan (Carpenito, 2000)

Diagnosa ini ditegaskan karena didapatkan data-data pada Tn. R pasien mengatakan minum air putih habis + 4 gelas ( + 1000 cc/hari ), pasien mengatakan diare 4-5 x/hari, konsistensi cair, warna kekuningan, turgor jelek, mulut kering, mukosa bibir kering, feces konsistensi cair, warna kekuningan, ureum 2,5 mg/dl, kreatinin 4,1 mg/dl, kalium 5,1 mmol/L. Diagnosa ini muncul karena adanya kondisi seperti diuraikan diatas mengakibatkan gangguan kebutuhan cairan.

2. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat (Carpenito, 2000)

Diagnosa dapat ditegaskan jika ditemukan adanya penurunan nafsu makan, berat badan menurun, asupan makanan yang tidak adekuat. Data yang ditemukan penulis pada pasien Tn. R yang dapat mendukung ditegakkannya diagnosa ini adalah pasien mengatakan mual, muntah, pasien mengatakan makan hanya habis 2-3 sendok dari porsi Rumah sakit, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, BB sebelum sakit : 55 kg, BB selama sakit : 53 kg, BB ideal : 55 kg.

Penulis memprioritaskan diagnosa gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena nutrisi dibutuhkan tubuh untuk memenuhi kebutuhan metabolisme yang meningkat.

**D. Diagnosa tidak ditemukan dalam teori tetapi muncul pada kasus.**

1. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan hospitalisasi

Diagnosa ini penulis tegakkan karena pada pasien didapatkan data yaitu pasien mengatakan tidur + 3-4 jam/hari, wajah tampak pucat, mata tampak besar-besar, mata kemerahan.

**E. Diagnosa yang ada dalam teori tetapi tidak ditemukan di kasus ini**

1. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan sering BAB (Suryadi,2000)

Diagnosa ini tidak muncul karena pasien mengatakan tidak mengalami iritasi / lecet disekitar anus dan tidak ada data-data yang menunjukkan kerusakan integritas kulit.

2. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi ( Doenges, 2001 )

Diagnosa ini tidak muncul karena suhu tubuh pasien dalam batas normal 37 derajat celcius dan tidak didapatkan data-data yang menunjukkan peningkatan suhu tubuh.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

1. Diagnosa yang muncul pada kasus Diare pada Tn.S adalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan out put berlebihan. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tak adekuat. Gangguan kebutuhan istirahat tidur b.d hospitalisasi
2. Tindakan yang dapat terlaksana dengan baik dalam perawatan Tn.S adalah mengobsrvasi keadaan umum pasien, Memantau tanda dan gejala dehidrasi, Memantau pemasukan dan pengeluaran cairan, Mengobservasi tanda-tanda vital, Menjelaskan pentingnya cairan untuk tubuh, Melanjutkan terapi dari dokter untuk obat antidiare dan antibiotic, Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, Memberikan diet sesuai dengan kondisi pasien, Anjurkan pasien bersikap rileks
3. Tindakn yang kurang dapat terlaksana dengan baik yaitu belum bisa memberikan lingkungan yang tenang, mengkaji kekurangan cairan / dehidrasi hanya berdasarkan perkiraan keluarga pasien.



## **B. SARAN**

1. Jam kunjung lebih ditertibkan lagi. karena dengan pembatasan jam kunjung pasien ada waktu buat istirahat tidur, pasien merasa terganggu bila lingkungan sekitar terlalu gaduh / ramai.
2. Perawat harus lebih memperhatikan pasien, dalam memberikan asuhan keperawatan hendaknya harus sesuai standar yang berlaku dan meningkatkan kerja sama dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya .
3. Fasilitas rumah sakit sebaiknya lebih diperhatikan dan dilengkapi lagi. misalnya : pispot dan ember kecil disetiap ruangan, sebaiknya ditambah lagi karena dapat mengganggu proses keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bidup John, 1999. *Kesehatan Anak Untuk Keperawatan Petugas Penyuluhan Kesehatan dan Bidas Desa*. Gajah Mada University Press : Yogyakarta.
- Anonym. 20307. Wikipedia, *The Free Encyclopedia*. Available from E-mail: <http://en.wikipedia.org> (accessed 15 Desember 2008).
- Beherman E Richard, dkk, 1999. *Ilmu Kesehatan Penyakit Dalam. Vol 2*. Edisi 15. EGC : Jakarta.
- Carpenito. L. J, 2000. *Hand Book of Nursing Diagnosa*. EGC : Jakarta.
- Doengoes, Marilyn E. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi 3. EGC. Jakarta.
- Anonym. 20307. Wikipedia, *The Free Encyclopedia*. Available from E-mail: <http://abuhamzah.multiply.com> (accessed 14 Desember 2008).
- Suriadi, Rita Yuliani. 2001. *Asuhan Keperawatan Pada penyakit Dalam*. Edisi 1. Agung Seto. Jakarta.
- Anonym. 20307. Wikipedia, *The Free Encyclopedia*. Available from E-mail: <http://tutorial.kuliah.wordpress.com> (accessed 14 Desember 2008).
- Ngastiyah, 2005. *Asuhan Keperawatan Pada penyakit Dalam*. Edisi 1. EGC, Jakarta
- Sundaru, Heru. 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi 3. Balai Penerbit FKUI. Jakarta