

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTROENTERITIS
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN
KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT
DI RUANG ASOKA RSUD BANGIL
PASURUAN**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTROENTERITIS
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN
KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT
DI RUANG ASOKA RSUD BANGIL
PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda di bawah ini :

Nama : Yeni Mardiana
NIM : 161210045
Jenjang : Diploma
Progam Studi : D-III Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian- bagian yang di rujuk dari sumbernya .

Jombang, 25 Agustus 2019

Saya yang menyatakan



Yeni Mardiana
Nim 161210045

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yeni Mardina

NIM : 161210045

Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan KTI dengan judul Asuhan keperawatan pada klien Gastroenteritis dengan masalah Keperawatan Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit di ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan secara keseluruhan benar-benar karya saya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 25 Agustus 2019

Saya yang menyatakan



Yeni Mardiana
Nim 161210045

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yeni Mardiana

NIM : 161210045

Tempat tanggal lahir : Nganjuk, 24 Juni 1998

Judul proposal : Asuhan keperawatan pada klien Gastroenteritis dengan masalah keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit di Ruang Asoka Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan

Menyatakan bahwa tugas akhir yang saya tulis dalam bentuk studi kasus ini benar benar karya saya sendiri, bukan mengambil alih tulisan orang lain. Kecuali ada beberapa kutipan yang terdapat sumbernya.

Demikian surat pernyataan yang saya buat, dan saya mau menerima sanksi apapun jika menyalahi aturan penelitian.

Jombang, April 2019

Penulis



Yeni Mardiana
NIM : 161210045

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada klien Gastroenteritis dengan masalah keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit Di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan”

Nama Mahasiswa : Yeni Mardiana
NIM : 161210045
Program studi : DIII Keperawatan

Telah Disetujui

Komisi Pembimbing

Jombang, April 2019

Pembimbing utama

H.Imam Fatoni, S.KM.,MM
NIK. 03.04.022

Pembimbing kedua

Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIK.04.08.119

Mengetahui

Ketua STIKes ICMe



H.Imam Fatoni, S.KM.,MM
NIK. 03.04.022

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Maharani Tri Puspitasari, S.kep.,Ns.,MM
NIK. 03.04.028

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Yeni Mardiana

NIM : 161210045

Program Studi : DIII Keperawatan


Judul : Asuhan Keperawatan Pada klien Gastroenteritis dengan masalah keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit Di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan.


Telah disetujui oleh dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma DIII Keperawatan

Mengetahui

Komisi dewan penguji

Penguji Utama : Maharani Tri Puspitasari, S.kep.,Ns.,MM ()

Penguji anggota 1 : H.Imam Fatoni, S.KM.,MM ()

Penguji anggota II : Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada tanggal :

RIWAYAT HIDUP

Penulis di lahirkan di Nganjuk, 24 juni 1998 dari ibu yang bernama Suryati dan ayah yang bernama Gatut Mardiono, penulis merupakan anak ke dua dari tiga bersaudara.

Tahun 2010 penulis lulus dari SDN pelem 1, tahun 2013 penulis lulus dari SMP Negri 3 kertosono, tahun 2016 penulis lulus dari SMA Negri 1 Patianrowo, pada tahun 2016 lulus seleksi masuk STIKes insan cendekia medika jombang dengan jalur undangan. Penulis memilih program studi Diploma III keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICME Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya

Jombang, 12 Juni 2019

Penulis



YENI MARDIANA
NIM :161210045

MOTTO

”Jadilah orang yang selalu rendah hati dengan kerendahan hati kelak akan bisa menjadikan bekal untuk sukses dalam segala kerja dan urusan, tapi jika tidak ada didalam diri kita kerendahan hati maka tidak bisa menggapai segala hal apapun, karena rendah hati kunci dari kesuksesan’

PERSEMBAHAN

Sembah sujud serta syukur kepada allah SWT, taburan kasih sayangmu telah memberikan kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya karya tulis ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan.

Ibu dan Ayah tercinta

Terimakasih untuk kedua orang tuaku yang telah menjadikanku wanita yang kuat dan sabar dalam menghadapi segala hal, yang tidak pernah lelah menyemangati dan mendengarkan keluh kesanku , sebagai tanda bukti , hormat dan rasa terimakasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepadanya yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan , dan cinta kasih tiada terhingga yang tidak mungkin dapat kubalas dengan selembar kertas tertulis kata cinta dalam persembahan sekalilagi ku ucapkan banyak terimakasih kepada ibu dan ayah tercinta .

Adik, kakak dan orang tersayang

Terimakasih ku ucapkan semua yang telah memberikan dukungan , semangat dan selalu mengisi hari-hariku dengan canda dan tawa , dan akhirnya saya bisa menyelesaikan karya tulis ini dengan rasa syukur saya bertrimakasih kepada teman-teman yang membantu saya hingga terselesaikan karya tulis ini dan ku ucapkan terimakasih pada orang yang selalu menyemangati memberi motivasi , dukungan, Doa serta rasa sayang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Gastroenteritis dengan masalah keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit Di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan” tepat pada waktunya.

Penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan proposal ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari beberapa pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat :H. Imam Fatoni SKM.,MM selaku ketua STIKes ICMe Jombang sekaligus pembimbing utama, Maharai Tri Puspitasari S.Kep.Ns.,MM selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes ICMe Jombang, Endang Yuswatiningsih S.Kep.Ns.,M.Kes selaku pembimbing kedua yang telah memberi motivasi dan pengarahan dalam penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini, serta direktur RSUD bangil pasuruan yang memberikan izin penelitian serta staf perawat dan responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangaun demi kesempurnaan proposal karya tulis ilmiah ini. Harapan penulis mudah-mudahan penulisan ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Jombang, April 2019

DAFTAR ISI

Halaman Judul Luar	ii
Halaman Judul Dalam	iii
Surat Pernyataan	iv
Lembar Persetujuan	v
Lembar Pengesahan	vi
Riwayat Hidup	vii
Motto dan Persembahan	viii
Kata Pengantar	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Lambang dan Singkatan.....	xiv
Abstrak	xv
Abstract	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Batas Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.3.1. Tujuan Umum.....	3
1.3.2. Tujuan Khusus	3
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Manfaat Teoritis	4
1.4.2. Manfaat Praktis.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Dasar Gastroenteritis.....	5
2.1.1. Definisi.....	6
2.1.2. Manifestasi klinis	6
2.1.3. Klasifikasi	7
2.1.4. Etiologi.....	8
2.1.5. Patofisiologi	8
2.1.6. Pathway	11
2.1.7. Komplikasi	12
2.1.8. Penatalaksanaan	12
2.2. Konsep Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	13
2.2.1. Definisi	13
2.2.2. Cara pengeluaran cairan	15
2.2.3. Pengaturan elektrolit	16
2.3. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	18
2.3.1. Pengkajian.....	18
2.3.2. Pemeriksaan penunjang.....	26
2.3.3. Intervensi Keperawatan.....	26
2.3.4. Implementasi Keperawatan.....	27
2.3.5. Evaluasi keperawatan.....	27

BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain penelitian.....	29
3.2 Batasan istilah	29
3.3 Partisipan.....	30
3.4 Lokasi dan waktu penelitian	31
3.5 Pengumpulan Data	31
3.6 Uji Keabsahan data	32
3.7 Analisa Data.....	34
3.8 Etik Penelitian.....	35
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	
4.1.1 Gambaran Lokasi	37
4.1.2 Pengkajian.....	37
4.1.3 Analisa Data.....	42
4.1.4 Diagosa Keperawatan	43
4.1.5 Intervensi Keperawatan	43
4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	45
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	48
4.2 Pembahasan.....	50
4.2.1 Pengkajian.....	50
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	51
4.2.3 Intervensi Keperawatan	52
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	52
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	53
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	54
5.2 Saran	55
DAFTAR PUSTAKA	57
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.3.3 Intervensi Diagnosa Keperawatan Sumber Nanda NIC NOC.....	26
Tabel 4.1 Identitas klien	36
Tabel 4.2 Riwayat penyakit.....	36
Tabel 4.3 Perubahan pola kesehatan	38
Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik	39
Tabel 4.5 Hasil pemeriksaan	41
Tabel 4.6 Terapi	41
Tabel 4.7 Analisa data	42
Tabel 4.8 Diagnosa keperawatan	43
Tabel 4.9 Intervensi keperawatan	43
Tabel 4.10 Implementasi keperawatan.....	45
Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan	48



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.5 Pathway 11



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Format Pengkajian Asuhan Keperawatan
- Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian RSUD Bangil
- Lampiran 6 : Surat Balasan Penelitian dari RSUD Bangil
- Lampiran 7 : Lembar Konsultasi Pembimbing 1
- Lampiran 8 : Lembar Konsultasi Pembimbing 2



DAFTAR ARTI, LAMBANG, SINGKATAN

Lambang

1. % : persentase
2. > : lebih dari
3. < : kurang dari
4. BB : berat badan
5. Kg : kilogram
6. Mg/dl : miligram / darah liter
7. / : atau
8. mmHg : mili meter hydrargyum
9. Mol/L : mol/ liter
10. mEq/L : miliequivalen/ liter
11. KCL: kalium klorida
12. NaCL: Natrium klorida
13. °C: Drajat celcius
14. mL: mili liter

SINGKATAN

15. NIC: *Nursing Interventions Classification*
16. NOC: *Nursing Outcomes Classification*
17. NANDA: *Nort American Nursing Diagnosis Association International*
18. N: Nadi
19. S: Suhu
20. RR: Respiration Rate
21. GCS: Glasgow coma scale
22. DEPKES: Departemen Kesehatan
23. WHO: *World Health Organization*
24. RSUD: Rumah sakit umum daerah
25. ICME: Insan cendekia medik
26. STIKES: Sekolah tinggi ilmu kesehatan
27. No.RM: Nomor rumah sakit
28. BAB: Buang air besar
29. BAK: Buang air kecil

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTROENTERITIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANG ASOKA RSUD BANGIL PASURUHAN

**Oleh:
Yeni Mardiana**

Gastroenteritis atau diare merupakan masalah yang dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare yaitu gangguan osmotik yang terdapat pada makan atau zat yang tidak dapat di serap sehingga menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkan feses sehingga timbul diare. Tujuan penelitian ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Subjek penelitian adalah 2 pasien dengan khusus diare.

Hasil dari kasus pada kedua klien diare didapatkan diagnosa yaitu gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan perbedaan fase penyembuhan dari 2 klien diare, teknik pengumpulan data di deskriptif secara naratif dan dilakukan dengan teknik wawancara (atau hasil wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi atau pemeriksaan fisik pengelolaan presurvei data di ambil dari

klien 1 frekuensi BAB berkurang dan demam berkurang, sedangkan klien 2 didapatkan muntah berkurang dan frekuensi BAB berkurang dari hasil kedua klien tersebut dapat dikatakan masalah teratasi sebagian dengan berkurangnya tanda- tanda diare.

Berdasarkan hasil evaluasi dapat di simpulkan bahwa klien 1 lebih cepat fase penyembuhannya dari pada klien 2. Saran dari kasus ini adalah menjaga kebersihan dan juga mengurangi makanan yang dapat merangsang timbulnya diare.

Kata kunci: Asuhan keperawatan, Gastroenteritis/ Diare, Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

ABSTRACT

NURSING CARE IN CLIENTS OF GASTROENTERITIS WITH PROBLEMS OF NURSING DISORDERS BALANCE OF LIQUID AND ELECTROLYTES IN THE ASOKA ROOM, BANGIL HOSPITAL PASURUAN

**Oleh:
Yeni Mardiana**

Gastroenteritis or diarrhea is a problem that can cause disruption of fluid and electrolyte balance, the basic mechanism that causes diarrhea is osmotic disorders found in food or substances that cannot be absorbed, causing osmotic pressure in the intestinal cavity to rise, so that there is a shift in water and electrolytes into the intestinal cavity. , excessive intestinal cavity will stimulate the intestine to excrete faeces resulting in diarrhea. The purpose of this study is to be able to carry out nursing care to clients who experience fluid and electrolyte balance disorders.

The design of this study was descriptive using the case study method. Subjects were 2 patients with diarrhea typical.

The results of the case in both diarrhea clients obtained a diagnosis that is fluid and electrolyte balance disorders. After nursing care was carried out for 3 days, different healing phases were obtained from 2 diarrhea clients, data collection techniques were narrative descriptive and conducted with interview techniques (or the results of interviews containing the client's identity, main complaints, history of current and past illnesses), observation or examination Physical data preservation management is taken from

client 1 reduced bowel frequency and reduced fever, while client 2 got reduced vomiting and reduced bowel frequency from the results of the two clients can be said to be partly resolved by decreasing signs of diarrhea.

Based on the evaluation results, it can be concluded that the client 1 has a faster recovery phase than the client 2. The suggestion from this case is to maintain cleanliness and also reduce food that can stimulate diarrhea

Keywords: Nursing care, Gastroenteritis / Diarrhea, Fluid and Electrolyte Disorders

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diare sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan dengan drajat kesakitan dan kematian yang tinggi di berbagai negara terutama di negara berkembang dan sebagai salah satu penyebab utama tingginya angka kesakitan dan kematian anak di dunia (Arfian 2016). Penyakit ini berbahaya karena bisa mengakibatkan kematian dan dapat menimbulkan KLB (kejadian lur biasa) di dunia . dehidrasi disebabkan oleh diare merupakan penyebab kematian utama pada anak.

Diare sering menyerang balita karena daya tahan tubuhnya yang masih lemah, sehingga dapat terkena bakteri penyebab diare.jika diare disertai muntah berkelanjutan akan menyebabkan dehidrasi (kekurangan cairan). Inilah yang harus diwaspadai karena sering terjadi keterlambatan dalam pertolongan dan menyebabkan kematian .dehidrasiyang terjadi pada anak akan cepat menjadi parah. hal ini disebabkan karena seorang anak berat badanya lebih rendah daripada dewasa. Maka cairan tubuhnya relatif sedikit , sehingga kehilangan sedikit cairan dapat menggagu oran-organ vitalnya .dehidrasi akan smakin parah jika di tambah dengan keluhan lainya seperti mencret dan panas karena kehilangan cairan tubuh lewat penguapan. (Cahyono ,2016).

Menurut World Health Organization (WHO 2018) saat ini penyakit Gastroenteritis diderita 66 juta orang di dunia .Menurut Reno (2017) di

Indonesia terdapat 33.832 orang menderita Gastroenteritis ditemukan dan di tangani di Provinsi Jawa Timur 2018 adalah 28.869 sehingga cakupan kasus diare yang ditemukan dan ditangani sebesar 85,3%. Total kasus diare tahun 2017 menurun dibanding jumlah kasus pada tahun 2016 mencapai 37.155 kasus, Di RSUD Bangil Pasuruan penderita gastroenteritis pada tahun 2018 terdaftar sebanyak 544 orang hal ini disebabkan meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya perilaku hidup sehat dan bersih (PHBS).

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare adalah gangguan osmotik yang merupakan akibat terdapatnya makan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus, isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkan feses sehingga timbul diare. gangguan motilitas usus hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri timbul berlebihan selanjutnya timbul diare pula.

Tindakan yang harus dilakukan pada pasien diare dengan Gangguan Keseimbangan cairan dan elektrolit adalah pemberian makanan yang mengandung zat besi dan pemberian makanan yang sedikit berserat, pemberian cairankhusus yang mengandung campuran gula dan garam yang disebut larutan dehidrasi bila di perlukan, pemberian obat-obatan pemberian anti biotik. Pemberian cairan sangat penting mengingat komplikasi tersering yang juga dapat menyebabkan kematian penderita dehidrasi (Rianto, 2017). Berdasarkan hal tersebut diatas, maka terdapat suatu permasalahan yang

serius pada pasien gastroenteritis, yaitu gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Sehingga penulis menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada klien gastroenteritis dengan masalah gangguan cairan dan elektrolit

1.2 Batasan masalah

Asuhan keperawatan pada klien gastroenteritis atau diare dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

1.3 Rumusan masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Gastroenteritis dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil kabupaten pasuruan .

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan umum

Melaksanakan Asuhan keperawatan pada klien Gastroenteritis dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit di ruang anak RSUD Bangil kabupaten Pasuruan

1.4.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Gastroenteritis dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Gastoenteritis dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami Gastroenteritis dengan keseimbangan cairan dan elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Gastroenteritis dengan masalah keseimbangan cairan dan elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil kabupaten Pasuruan.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami Gastoenteritis dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Menambah keilmuan sehingga peningkatan ilmu pengetahuan, menambah wawasan dalam mencari pemecahan permasalahan pada klien gastroenteritis dengan keseimbangan cairan dan elektrolit

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi perawat

Dapat di jadikan bahan masukan bagi perawat di rumah sakit dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya klien Gasroenteritis/ Diare.

2. Bagi Rumah Sakit

- a. Sebagai sumbangan pemikiran dan bahan masukan dalam penyelenggaraan rekam medis agar agar sesuai dengan peraturan yang ada sehingga nantinya dapat diimplementasikan di rumah sakit dalam menghadapi akreditasi.

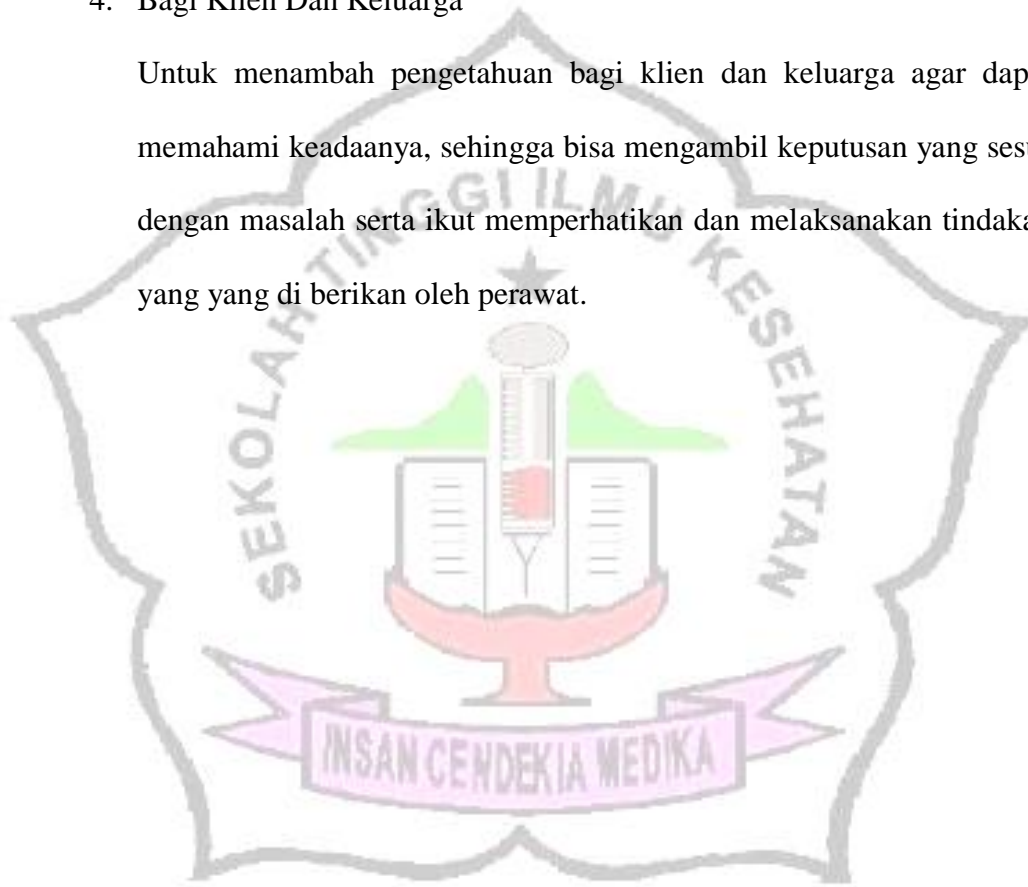
b. Sebagai bahan pertimbangan dalam pemecahan masalah dan perbaikan, terutama dalam masalah pemenuhan standar akreditasi rekam medis dirumah sakit.

3. Bagi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumngan positif khususnya ilmu setandar akreditasi rekam medis pasien.

4. Bagi Klien Dan Keluarga

Untuk menambah pengetahuan bagi klien dan keluarga agar dapat memahami keadaanya, sehingga bisa mengambil keputusan yang sesuai dengan masalah serta ikut memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang yang di berikan oleh perawat.



BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Gastroenteritis/Diare

2.1.1 Definisi Gastroenteritis/Diare

Gastroenteritis adalah suatu keadaan dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih) dalam satu hari (DEPKES 2016)

Menurut WHO secara klinis didefinisikan sebagai buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200g atau 200ml/24jam. Definisi lain memakai kriteria frekuensi yaitu buang air besar encer tersebut dapat atau tanpa disertai lendir dan darah.

Jadi diare dapat diartikan suatu kondisi buang air besar yang tidak normal yaitu lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi tinja yang encer dapat disertai atau tanpa disertai darah atau lendir sebagai akibat dari terjadinya proses inflamasi pada lambung dan usus.

2.1.2 Manifestasi Klinis

Pada anak yang mengalami diare tanpa dehidrasi (kekurangan cairan) tandanya :

- 1) berak cair 1-2 kali sehari
- 2) muntah
- 3) nafsu makan tidak berkurang
- 4) masih ada keinginan bermain.

Pada anak yang mengalami diare dehidrasi ringan / sedang .

tanda –tandanya:

- 1) berak cair 4-9 kali sehari,
- 2) muntah 1-2 kali sehari
- 3) suhu tubuh meningkat
- 4) tidak nafsu makan ,haus, badan lemah

Pada anak yang mengalami diare dengan dehidrasi berat

tanda-tandanya:

- 1) berak cair terus –menerus
- 2) muntah terus-menerus, haus
- 3) mata cekung, bibir kering dan biru
- 4) tangan dan kaki dingin, lemah
- 5) tidak ada nafsu makan
- 6) Tidak keinginan bermain
- 7) Tidak BAK selama 6 jam

2.1.3 Klasifikasi

Jenis diare ada dua yaitu diare akut dan diare persisten atau diare kronik.

Diare akut adalah diare yang berlangsung kurang dari 14 hari. sementara

Diare persisten atau diare kronis adalah diare yang berlangsung lebih dari

14 hari .

- 1) Diare akut adalah buang air besar pada bayi atau anak lebih dari 3 kali perhari, disertai perubahan konsistensi tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang berlangsung kurang dari satu minggu

2) Diare kronik adalah yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan etiologi non infeksi

3) Diare persisten adalah yang berlangsung lebih dari 14 hari dengan etiologi infeksi

2.1.4 Etiologi

Faktor infeksi diare menurut Ngasityah (2016) .

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

2. Infeksi bakteri : vibrio, E.coli ,salmonella campilobaster

3. Infeksi virus :Rostavirus, Calcivirus,Entrovirus ,Adenovirus, Astrovirus

4. Infeksi parasite : cacing, protozoa (entamoba histolica, giardia lambia), jamur (candida aibicans).

5. Infeksi parenteral : infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti Tonsilitas, bronkopneumonia, ensevalitis, meliputi :

Faktor mal absorbi : karbohidrat, lemak, protein

Faktor makanan : basi, racun, alergi

Faktor psikologis : rasa takut dan cemas

2.1.5 Patofisiologi

Menurut Rizal (2018) pathofisiologis dari gastroenteritis adalah meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan akibat dari gangguan absorbs dan ekskresi cairan dan elektrolit yang berlebihan, cairan yodium, potassium dan bikarbonat berpindah dari rongga ekstra seluler keadaan tinja, sehingga mengakibatkan dehidrasi kekurangan elektrolit dan dapat terjadi asidosis metabolik

Diare yang terjadi merupakan proses dari transport aktif akibat rangsangan toksin bakteri terhadap elektrolit kedalam 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 absorbs cairan dan elektrolit. Peredangan akan menurunkan kemampuan intestinal untuk mengabsorpsi cairan dan elektrolit dan bahan-bahan makanan ini terjadi pada sindrom mal absorbs

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ada 2 macam yaitu :

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 :

1. Gangguan sekresi akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit kedalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus
2. Gangguan motilitas usus hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare, sebaliknya bila peristaltic usus menurun akan mengakibatkan bakteri kuman berlebihan, selanjutnya timbul diare pula.

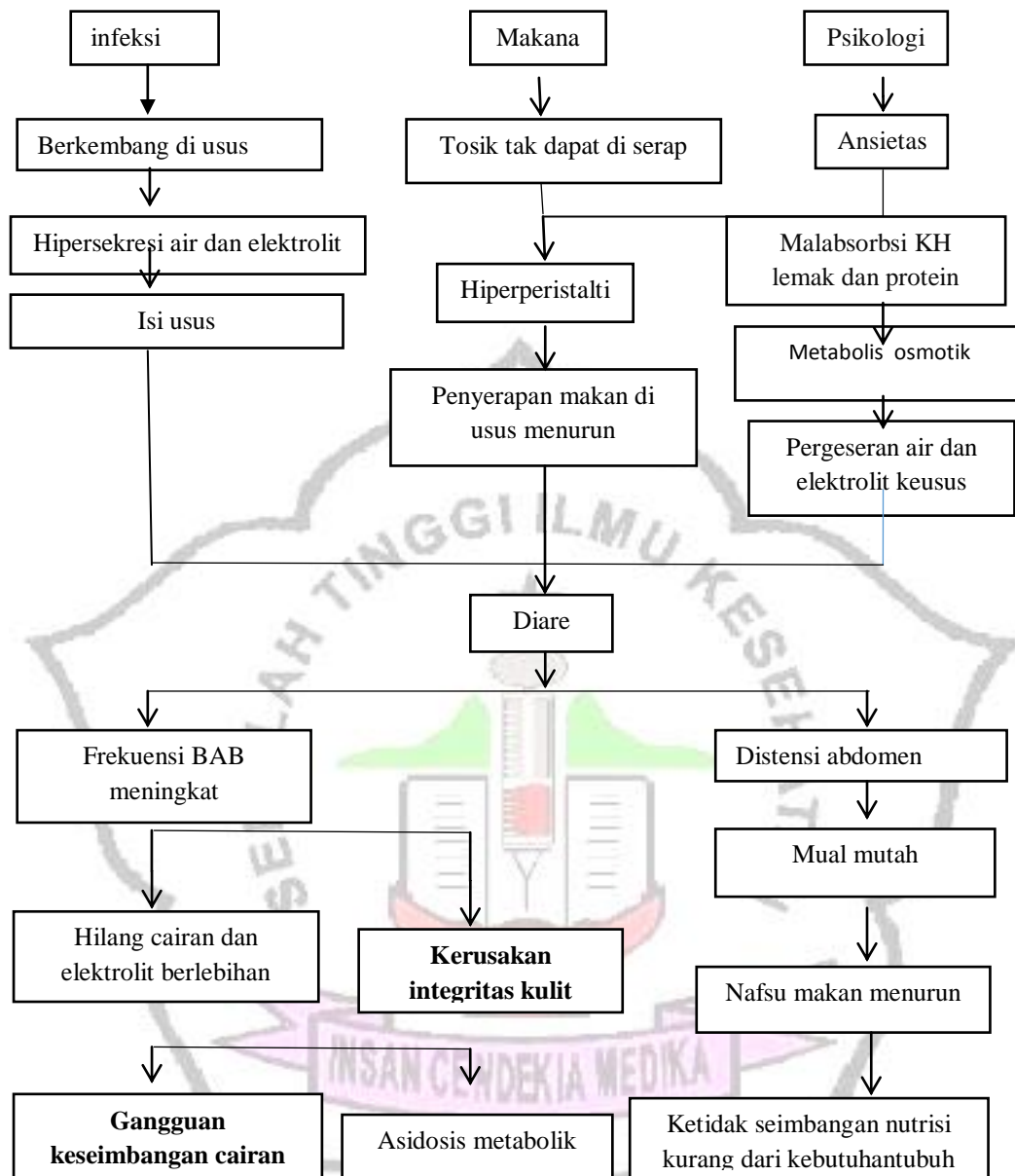
Dari kedua mekanisme diatas menyebabkan :

1. Kehilangan air dan elektrolit atau (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolic hipokalemia).

2. Gangguan gizi akibat kelaparan (masukan kurang, pengeluaran bertambah)
3. Hipoglikemia
4. Gangguan sirkulasi darah



2.1.6 Pathway gastroenteritis



Gambar 2.1 WOC gastroenteritis (Nanda aplikasi, 2015)

2.1.7 Komplikasi

Beberapa komplikasi dari diare menurut Suryadi (2016) :

1. Hypokalemia (dengan gejala matorisme hipotoni, otot lemah, bradikardi, perubahan elektro kardiogram)
2. Hipokalsemia
3. Cardic dysrhythmias akibat hypokalemia dan hipokalsemia
4. Hiponatremi
5. Syok hipofolemik
6. Asidosis
7. Dehidrasi

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Rianto (2017) adalah pengobatan dengan cara pengeluaran diet dan pemberian cairan.

1. Diare tanpa dehidrasi memerlukan cairan tambahan berupa apapun misalnya air putih, sari buah segar, air teh, kuah sup, air tajin
2. Diare dengan dehidrasi sedang memerlukan cairan khusus yang mengandung campuran gula dan garam yang disebut larutan dehidrasi oral. Dibuat dengan mencampurkan garam rehidrasi kedalam satu liter air besar

2.2 Konsep gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

2.2.1 Definisi

Kebutuhan cairan dan elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespons terhadap stressor fisiologis dan lingkungan. Cairan dan elektrolit saling berhubungan ketidakseimbangan yang berdiri sendiri jarang terjadi dalam bentuk kelebihan atau kekurangan. (tarwoto wartonah 2016)

1. Faktor – faktor yang mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit.

a. Usia

Variasi usia berkaitan dengan luas permukaan tubuh metabolisme yang di perlukan dan berat badan.

b. Temperature lingkungan

Panas yang berlebihan menyebabkan keringat. seseorang dapat kehilangan NaCl melalui keringat sebanyak 15-30g/hari.

c. Diet

Pada saat tubuh kekurangan nutrisi, tubuh akan memecah cadangan energi proses ini akan menimbulkan pergerakan cairan dari intersisial ke intraseluler.

d. Stress

Stress dapat menimbulkan peningkatan metabolisme sel, konsentrasi darah dan glikolisis otot, mekanisme ini dapat menimbulkan retensi sodium dan air proses ini dapat meningkatkan produksi ADH dan menurunkan produksi urin.

2. Pergerakan cairan tubuh

Mekanisme pergerakan cairan tubuh melalui empat proses yaitu:

1. Osmosis

Osmosis adalah pergerakan air menembus membran sel dari larutan yang berkonsentrasi tinggi, dengan kata lain, air bergerak menuju zat teralut yang berkonsentrasi lebih tinggi sebagai upaya untuk menyeimbangkan konsentrasi.

2. Difusi

Difusi merupakan percampuran kontitu beberapa molekul di dalam cairan, gas atau zat padat yang di sebabkan oleh pergerakan molekul secara acak. Kecepatan difusi zat bervariasi sesuai dengan ukuran molekul, konsentrasi larutan dan suhu larutan.

3. Filtrasi

Filtrasi merupakan sebuah proses pergerakan cairan dan zat larut secara bersama menyebrangi sebuah membran dari satu kompartemen ke kompartemen yang laen . pergerakan terjadi di area bertekanan tinggi ke arah bertekanan rendah.

4. Tanspor aktif

Zat dapat bergerak menyebrangi membran sel dari larutan kosentrasi rendah ke kalarutan konsentrasi tinggi dengan sebuah transfor aktif.

Prosen ini terutama penting dalam mempertahankan perbedaan kosentrasi ion natrium dan kalium

3. Pengaturan keseimbangan cairan

a. Rasa dahaga

Mekanisme rasa dahaga

Penurunan fungsi ginjal merangsang pelepasan renin, yang pada akhirnya menimbulkan produksi angiotensin II yang dapat merangsang hipotalamus untuk melepaskan substrat neural yang bertanggung jawab terhadap sensasi haus.

osmoreseptor di hipotalamus mendeteksi peningkatan tekan osmotik dan mengaktifkan jaringan saraf yang dapat mengakibatkan sensasi rasa dahaga.

b. Anti Diuretik Hormone (ADH)

ADH dibentuk di hipotalamus dan disimpan dalam neurohipofisis dari hipofisis. Stimulus utama untuk sekresi ADH adalah peningkatan osmolaritas dan penurunan cairan ekstrasel. Hormone ini meningkatkan reabsorpsi air pada dukus koligentes, dengan demikian dapat menghemat air.

2.2.2 Cara pengeluaran cairan

Menurut Tarwoto 2006, pengeluaran cairan terjadi melalui organ-organ seperti :

1. Ginjal

- a. Merupakan pengatur utama keseimbangan cairan yang menerima 170 liter darah untuk disaring setiap hari.
- b. Produksi urin untuk semua umur 1ml/kg/jam.
- c. Pada orang dewasa produksi urin sekitar 1,5 liter/hari

d. Jumlah urin yang di produksi oleh ginjal di pengaruhi oleh ADH dan aldosteron.

2. Kulit

a. Hilangnya cairan melalui kulit di atur oleh saraf simpatis yang merangsang aktivitas kelenjar keringat.

b. Rangsangan kelenjar keringat dapat di hasilkan dari qktivitas otot, temperatur lingkungan meningkat dan demam.

c. Disebut juga isensibel watel loss (IWL) sekitar 15-20ml/ jam.

3. Paru- paru

a. Menghasilkan IWL sekitar 400ml/hari.

b. Meningkatkan cairan yang hilang sebagai respon terhadap perubahan kecepatan dan kedalaman napas akibat pergerakan atau demam

4. Gastrointestinal

a. Dalam kondisi normal cairan yang hilang dari gastrointestinal setiap hari sekitar 100-200 ml.

b. Perhitungan IWL secara keseluruhan adalah 10-15cc/kg/bb/24jm dengan kenaikan 10% dari IWL pada setiap kenaikan temperatur 1 drajat celcius

2.2.3 Pengaturan elektrolit

1. Natrium (Na)

a. Merupakan kation yang terbanyak di cairan ekstrasel dan merupakan katributor utama terhadap osmolalitas serum.

- b. Na mempengaruhi keseimbangan air, hantaran implus saraf dan kontraksi otot.
- c. Sodium di atur oleh intake , gram ,aldosteron dan pengeluaran urin normalnya 135-148 mEq/liter.

2. Kalium

- a. Kalium merupakan kation utama di dalam intrasel.
- b. Kalium sangat penting pengaturan elektrolit
- c. Berfungsi sebagai ekstrabilitas neuromuskular dan kontraksi otot.
- d. Diperlukan untuk pembentukan glikogen, sintesis protein, pengaturan keseimbangan asam basa, karena ion k dapat di ubah menjadi ion hidrogen. Nilai normalnya 3,5-5,5 mEq/liter

3. Kalsium

- a. Sebagai besar kalium di dalam tubuh berada di dalam sistem rangka, relatif sedikit berada di dalam cairan ekstrasel.
- b. Kalsium dalam cairan ekstrasel di atur oleh kelenjar paratiroid dan tiroid
- c. Hormon paratiroid mengabsorpsi kalium melalui gastroentestnal, sekresi melalui ginjal.
- d. Hormon tirokcalitonim menghambat penyerapan Ca

4. Magnesium

- a. Magnesium di temukan di dalam tulang rangka dan cairan intrasel
- b. Magnesium berfungsi untuk metabolisme intrasel, yang terutama terlibat dalam produksi dan penggunaan ATP.

5. Klorida (Cl)

- a. Klorida merupakan anion utama dalam CES.
 - b. Klorida merupakan komponen utama asam lambung sebagai asam hidroklorida (HCl) dan terlibat dalam pengaturan keseimbangan asam basa.
6. Fosfat PO_4
- a. Merupakan anion utama dalam cairan intrasel
 - b. Terdapat dalam CE, tulang otot rangka dan jaringan saraf. Anak – anak memiliki kadar kadar fosfat yang lebih tinggi dibanding orang dewasa.
 - c. Berfungsi untuk meningkatkan kegiatan neuromuskular , metabolisme karbohidrat dan pengaturan asam basa
 - d. Pengaturan oleh hormon paratiroid
7. Bikarbonat HCO_3
- a. Bikarbonat terdapat dalam cairan intrasel dan ekstrasel
 - b. Bikarbonat berfungsi untuk mengatur keseimbangan asam basa sebagai komponen esensial dan sistem buffer asam karbonat dan bikarbonat, kadar bikarbonat di atur oleh ginjal (lowry, 2014)

2.3 Konsep asuhan keperawatan

2.3.1 Pengumpulan data

1. Pengkajian

Ketetapan pengkajian yang dilakukan perawat sangat berpengaruh terhadap kualitas asuhan keperawatan yang dilakukannya, terkait dengan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, maka ada beberapa aspek yang perlu di kaji, antara lain :

a. Riwayat pengkajian

- 1) Pemasukan dan pengeluaran cairan dan makanan (oral dan parenteral)
- 2) Tanda umum malah elektrolit
- 3) Tanda kekurangan dan kelebihan cairan
- 4) Proses penyakit yang menyebabkan gangguan homeostasis cairan dan elektrolit
- 5) Pengobatan tertentu yang sedang di jalani dapat mengganggu status cairan
- 6) Status perkembangan seperti usia atau situasi sosial
- 7) Faktor psikologis seperti perilaku yang mengganggu pengobatan

b. Pengukuran klinik

1. Berat badan

Kehilangan atau bertambahnya berat badan menunjukkan adanya masalah keseimbangan cairan tubuh , pengukuran berat badan di lakukan setiap hari pada waktu yang sama

2. keadaan umum

1. pengukuran tanda-tanda vital seperti, suhu, nadi, dan pernafasan
2. tingkat kesadaran

3. pengukuran cairan

- 1) cairan oral : NGT dan oral
- 2)cairan parenteral termasuk obat obatan IV.
- 3) makanan yang cenderung mengandung air
- 4)irugasi kateter atau NGT

4. pengukuran keluaran cairan

- 1) urin
- 2) feses jumlah dan konsistensi
- 3) muntah

e. ukuran keseimbangan cairan dengan adekuat : normalnya sekitar 200cc

2. Keluhan utama penyakit gastroenteritis

Keluhan utama yang sering pada klien penyakit gastroenteritis atau diare yaitu : nyeri perut ,mual ,muntah

3. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai klien dibawa kerumah sakit , dan apakah pernah memeriksakan diri ketempat lain selain rumah sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat sebelumnya misalnya gastroenteritis akut riwayat penggunaan obat obatan (antitrispin)

2. Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit gastroenteritis

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien dengan gastroenteritis meliputi pemeriksaan fisik umum persistem dari observasi keadaan umum pemeriksaan fisik tanda tanda vital, dan pemeriksaan fisik head to toe.

a). Keadaan umum hasil pemeriksaan tanda tanda vital yang didapat pada klien gastroenteritis adalah mual muntah dan BAB cair lebih dari 3x sehari.

b). Tanda – tanda vital

TD menurun, mukosa bibir kering, anoreksia, dehidrasi

c).Kepala

Kulit kepala

Tujuan : untuk mengetahui turgor kulit serta tekstur kulit kepala dan untuk mengetahui adanya lesi atau bekas luka.

Palpasi : raba dan tentukan turgor kulit elastic atau tidak, tekstur halus , akril hangat/dingin.

d).Rambut

Tujuan : untuk mengetahui teksur, warna, dan percabangan rambut serta mengetahui rontok dan kotornya

Inspeksi : pertumbuhan rambut atau tidak, kotor atau tidak serta bercabang atau tidak.

e).Kuku

Tujuan : mengetahui warna, keadaan kuku panjang atau tidak, serta mengetahui kapiler refil.

Inspeksi : catat mengenai warna biru : sianosis ,peningkatan vesibilitas Hb,

Palpasi : catat adanya nyeri tekan, dan hitung berapa detik kapiler refill (pada pasien hypoxia lambat (5 – 15 detik).kiri tidak sama misal ke kanan atau kekiri, hal itu menunjukkan adanya parase/kelumpuhan

f). Mata

Tujuan : untuk mengetahui bentuk serta fungsi mata (pengelihatan dan visus dan otot mata), serta mengetahui adanya kelainan pandangan pada mata atau tidak.

Inspeksi : lihat kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek Berkedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera : merah atau konjungtivis,ikterik/indikasi hiperbilirubin, atau meditrasis

Palpasi : tekan dengan ringan untuk mengetahui adanya TIO (Tekana Intra Okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras (pasien dengan glucoma/kerusakan dikus optikus adanya nyeri tekan atau tidak).

g) Hidung

Tujuan : untuk mengetahui bentuk serta fungsi dari hidung dan mengetahui ada atau tidaknya implamasi atau sinusitis.

Inspkesi : simetris atau tidakny, ada atau tidaknya secret

h).Telinga

Tujuan : untuk mengetahui keadaan telinga, kedalaman telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.

Inspeksi: daun telinga simetris atau tidak, ukuran, warna

Palpasi : tekan daun telinga adakah respon nyeri atau tidak serta rasakan kelenturan kartilago.

i).Mulut dan faring

Tujuan : Untuk mengetahui kelainan dan bentuk pada mulut, dan mengetahui kebersihan mulut.

Inspeksi : lihat pada bagian bibir apakah ada kelainan Congenital (bibir sumbing) kesimetrisan, warna, pembengkakan, lesi, kelembapan, amati juga jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan kebersihan gigi.

Palpasi : pegang dan tekan pelan daerah pipi kemudian rasakan ada masa atau tumor, oedema atau nyeri.

j).Leher

Tujuan : untuk menemukan struktur integritas leher, bentuk serta organ yang berkaitan, untuk memeriksa sistem limfatik

Inspeksi : amati bentuk, warna kulit, jaringan perut, amati adanya perkembangan, kelenjar tiroid, dan amati kesimetrisan leher dari depan belakang dan samping

Palpasi : pegang leher klien, anjurkan klien untuk menelan dan

rasakan adanya kelenjar tiroid.

k) Dada

Tujuan : untuk mengetahui kesimetrisan, irama nafas, frekuensi, ada atau tidaknya nyeri tekan, dan untuk mendengarkan bunyi paru

Inspeksi : amati bentuk dada dan pergerakan dada kanan dan kiri, amati adanya retraksi intercosta amati pergerakan paru

Auskultasi: untuk mengetahui ada atau tidaknya suara tambahan nafas, veskular, wheezing, crecics , atau ronchi.

l).Abdomen

Tujuan : untuk mengetahui gerakan dan bentuk perut, mendengarkan bunyi peristaltik usus, dan mengetahui ada atau tidaknya nyeri tekan pada bagian dalam abdomen.

Inspeksi : amati bentuk perut secara umum, warna, ada tidaknya retraksi, benjolan simetrisan, serta ada atau tidaknya asietas.

Auskultasi : mendengarkan bising usus minimal 15x/menit.

m) Muskulokelektal

Tujuan : untuk mengetahui mobilitas kekuatan dari otot dan gangguan gangguan di daerah tertentu

Inspeksi : mengenali ukuran adanya atrofi dan hipertrofi, amati kekuatan otot dengan memberi penahanan pada anggota gerak atas bawah.

4. Pola Fungsi Kesehatan

Pola fungsi kesehatan pada klien penyakit gastroenteritis

a) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, dan tatalaksana hidup sehat

b) Pola nutrisi

Menggambarkan masukan cairan, dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan

c) Menjelaskan pola fungsi ekresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya defekasi

d) Pola aktifitas dan istirahat

Menggambarkan pola dan latihan, aktifitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama, dan kedalaman pernafasan

e) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan.

f) Pola sensori dan kognitif

Pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran pada pasien katarak dapat ditemukan gejala

gangguan pengelihatian perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap Sedang tandanya adalah tampak kecokelatan atau putih susu pada pupil peningkatan air mata.

g) Pola eliminasi:

Pada BAB juga mengalami gangguan karena adanya mual dan muntah yang di sebabkan lambung yang meradang

2.3.2 Pemeriksaan penunjang

Diagnosis di tegakan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan tinja

a) Makroskopis dan mikroskopis

b) Ph dan kadar gula dalam tinja

c) Bila perlu di adakan uji bakteri untuk untuk mengetahui organism penyebabnya dengan melakukan pembiknan terhadap contoh tinja

d) Pemeriksaan laboratorium :Darah lengkap elektrolit glukosa darah,

Urine: urinlengkap, kultur dan test ke pekaan terhada antibiotika

2.3.3 Intervensi

No	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	Resiko ketidak seimbangan elektrolit a) Definisi kerentanan mengalami perubahan kada reelektrolit serum, yang dapat mengganggu	1. Monitor tanda dan gejala hyperkalemia , iritabilitas, gelisah, kecemasan muntah , kram abdomen ,kelemahan 2. Monitor ketidak seimbangan asam basa 3. identifikasi kemungkinan penyebab ketidak seimbangan elektrolit 4. monitor adanya kehilangan cairan dan elektrolit ,jika di	1. Anjurkan pasien untuk batasi cairan yang sesuai 2. Monitor kehilangan cairan (missal mual muntah) 3. Berikan pasien makanan berserat untuk mengurangi kehilanag cairan dan elektrolit

No.	Diagnosa	NOC	NIC
	Kesehatan	elektrolit ,jika di perlukan 5.berikan diet yang tepat pada pasien dengan ketidak seimbangan elektrolit (makanan kaya kalsium, dan diet rendah natrium) 6.ajarkan kepada pasien cara mencegah atau meminimalisi ketidak seimbangan elektrolit	4. Monitor tanda –tanda vital 5. Amati membranmuka masien , sclera dan kulit terhadap indikasi perubahan cairan dan keseimbangan elektrolit (kekeringan , sianosis) 6. Kolaborasi dengan tim dokter

2.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap klien yang di dasarkan pada rencana keperawatan yang telah disusun untuk mencapai tujuan yang di inginkan meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemukiman penyakit dan memfasilitasi koping. Implementasi keperawatan akandapat dilaksanakan dengan baik apabila klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan selama tahap implementasi keperawatan/ perawatterus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien.

2.3.5 Evaluasi keperawatan

Adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah di susun tercapai atau tidak Menurut Friedman (dalam harmoko ,2016) evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang di lakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya . ada beberapa metode evaluasi yang

di pakai dalam perawatan. Faktor yang paling penting adalah bahwa metode tersebut harus di sesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang di evaluasi.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam karya tulis ini adalah studi kasus. Studi kasus merupakan suatu rancangan penelitian yang mencakup satu unit. Satu unit disini berarti satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu. Dalam studi kasus ini peneliti menggunakan dua klien yang akan dikaji sesuai keluhan dan diberi asuhan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa klien tersebut (Notoatmodjo, 2012). Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Gastroenteritis dengan masalah Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit RSUD Bangil Pasuruan.

3.2. Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Asuhan keperawatan, ialah suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan

biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan langsung pada klien

2. Diare merupakan penyakit yang sering menimbulkan KLB. Dan merupakan salah satu gangguan sistem pencernaan dan penyebabnya multifaktorial.
3. Gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespons terhadap stressor fisiologis dan lingkungan.

3.3. Partisipan

Partisipan adalah Pengambilan bagian atau keterlibatan orang atau masyarakat dengan cara memberikan dukungan (tenaga, pikiran maupun materi) dan tanggung jawabnya terhadap setiap keputusan yang telah diambil demi tercapainya tujuan yang telah ditentukan bersama (Cahyono, 2016). Dalam karya tulis ini Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien yang mengalami Gastroenteritis dengan masalah gangguan cairan dan elektrolit di RSUD Bangil Pasuruan. Adapun kriterianya adalah sebagai berikut:

1. 2 klien yang sudah dirawat sejak pertama kali MRS (Masuk Rumah Sakit) dan minimal dirawat selama 3 hari di RSUD Bangil.
2. 2 klien dengan diagnosa medis Gastroenteritis 2 klien dengan diagnosa keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
3. 2 klien anak 2 Klien dan keluarga yang bersedia untuk dilakukan penelitian studi.

3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi yang dipakai untuk melaksanakan penelitian untuk karya tulis ini ialah di Ruang Asoka RSUD Bangil yang beralamatkan di Jl. Raya Raci-Bangil, Pasuruan, Jawa Timur 67153.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di bulan April pada minggu pertama.

3.5. Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Dalam penelitian kualitatif, data diperoleh dari berbagai sumber, dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang bermacam-macam (triangulasi), dan dilakukan terus menerus sampai datanya jenuh (Sugiyono, 2011:243). Data di dalam karya tulis ini diperoleh dengan menggunakan teknik atau cara sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti, dan juga apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dan jumlah respondennya sedikit/kecil (Sugiyono, 2011:137). Dalam study kasus ini, peneliti menggunakan 2 jenis wawancara, yaitu autoanamnese (wawancara langsung dengan klien) dan aloanamnese (wawancara dengan keluarga klien)

2. Observasi dan Pemeriksaan fisik

Dalam menggunakan metode observasi cara yang paling efektif adalah melengkapinya dengan format atau blangko pengamatan sebagai instrumen (Arikunto,2010:272). Dari peneliti yang berpengalaman diperoleh suatu petunjuk bahwa observasi yang dilakukan tidak hanya mencatat apa yang terjadi akan tetapi juga mengadakan pertimbangan kemudian mengadakan penilaian dalam suatu skala yang bertingkat. Misalnya dalam menilai suatu hal, peneliti selain mencatat data tersebut juga harus memberi penilaian apakah data yang muncul tersebut sangat, kurang atau tidak sesuai dengan yang dikehendaki. Pemeriksaan fisik pada studi kasus ini menggunakan pendekatan IPPA: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi pada sistem tubuh klien.

3. Dokumentasi

Metode dokumentasi yaitu mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2010:274). Metode dokumnetasi memegang ceklis untuk mencari variabel yang sudah ditentukan. Apabila muncul variabel yang dicari maka peeliti tiggal membubuhkan tanda atau *tally* ditepat yang sesuai. Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil data rekam medis, *review* literatur dan pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

3.6. Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data sering ditekankan pada uji validitas dan reliabilitas. Dalam penelitian kualitatif, data dapat dikatakan valid bila tidak ada

perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti. Sedangkan reliabilitas dalam penelitian kualitatif realitas itu bersifat majemuk/ganda, dinamis/selalu berubah, sehingga tidak ada yang konsisten dan berulang seperti semula (Sugiyono, 2011:269).

Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan. Dengan perpanjangan pengamatan berarti peneliti kembali kelapangan, melakukan pengamatan, wawancara lagi dengan sumber data yang pernah ditemui maupun yang baru (Sugiyono, 2011:270). Hal ini berguna untuk membentuk hubungan kedekatan yang baik antara peneliti dengan narasumber sehingga informasi yang dikemukakan tidak ada yang disembunyikan lagi.
2. Melakukan triangulasi data. Triangulasi dalam pengujian kredibilitas ini diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu (Sugiyono, 2011:273). Dengan begitu maka dalam karya tulis ini akan dilakukan triangulasi sumber data dan triangulasi teknik pengumpulan data. Triangulasi sumber data yaitu pasien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Sedangkan triangulasi teknik yaitu wawancara, observasi dan dokumentasi.

3.7. Analisa Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan, dan setelah selesai di lapangan (Sugiyono, 2011:245). Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

Urutan analisis data disini adalah:

1. Pengumpulan data. Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi. hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan/implementasi, dan evaluasi.
2. *Data Reduction*. Data yang diperoleh dari lapangan jumlahnya cukup banyak, untuk itu maka perlu dicatat secara teliti dan rinci. Seperti yang telah dikeukakan, semakin lama peneliti di lapangan maka jumlah data akan semakin banyak, kompleks dan rumit. Untuk itu maka perlu dilakukan analisis data melalui reduksi data. Mereduksi berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal penting, dicari tema dan polanya.
3. *Data Display*. Langkah setelah reduksi data ialah menyajikan data. Dalam hal ini penyajian data bisa berupa tabel, grafik, *pie chart*, *pictogram* dan sejenisnya. Melalui penyajian data tersebut maka data akan terorganisasikan, tersusun dalam pola hubungan sehingga akan

semakin mudah dipahami. Dalam penelitian kualitatif penyajian bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Yang paling sering digunakan untuk menyajikan data adalah dengan teks yang bersifat naratif (Sugiyono, 2011:249).

4. *Conclusion drawing/Verification*. Langkah terakhir adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Penarikan kesimpulan diharapkan dapat menjawab rumusan masalah yang dirumuskan sejak awal. Kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih reang-remang sehingga setelah diteliti menjadi jelas (Sugiyono 2011:253).

3.8. Etik Penelitian

Beberapa prinsip etik menurut Nursalam (2016) yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain:

1. *Informed consent* (persetujuan responden). Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak, menjadi responden. Pada bagian ini juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama (anonim).

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran dan lokasi pengambilan data

Penulis mengambil data penelitian di RSUD Bangil pasuruan di ruang Asoka. Di ruang Asoka terdiri dari Ruang HCU dan Ruang Rawat inap.

4.1.2. Pengkajian

1. Identitas klien

Table 4.1 Identitas klien pada Asuhan Keperawatan Gastroenteritis dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	An. Z	An. A
Tempat tanggal lahir	Pasuruan, 15-11-2014	Pasuruan, 10-08-2013
Umur	5 Tahun	6 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Perempuan
Alamat	Beji, Pasuruan	Bangil, Pasuruan
No.RM	393xxxx	393xxxx
Diagnosa Masuk	GEA	GEA
TGL MRS	15-04-2019	16-04-2019
TGL Pengkajian	18-04-2019	19-04-2019

Sumber: Data primer

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Klien pada Asuhan Keperawatan Gastroenteritis dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Ibu pasien mengatakan BAB 6x dengan konsistensi cair	Ibu pasien mengatakan BAB 5x dengan konsistensi cair dan di sertai muntah
Riwayat penyakit sekarang	Ibu pasien mengatakan pasien mengeluh sakit perut dan buang air besar selama 6x, Ibu pasien membawa pasien ke IGD RSUD Bangil pasuruan pada tanggal 15-04-2019,	Ibu pasien mengatakan pasien mengeluh skit perut dan buang air besar selama 5x di sertai muntah Ibu pasien kemudian membawa pasien ke IGD RSUD Bangil pasuruan

Riwayat penyakit	Klien 1	Klien 2
	jam 14.00 kemudian di lakukan rawat inap di Ruang Asoka.	pada tanggal 16-04-2019, jam 10.30 kemudian di lakukan rawat inap di Ruang Asoka
Riwayat penyakit kronis dan menular	Klien mengatakan pasien tidak memiliki penyakit menular.	Klien mengatakan pasien tidak mempunyai penyakit kronik dan menular.
Riwayat alergi	Klien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan dan obat-obatan.	Klien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan dan obat-obatan.
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan tidak ada keluarga yang sakit seperti	Klien mengatakan tidak ada keluarga yang sakit seperti yang di derita oleh klien

Sumber :Data primer

3. Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon)

Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan

POLA KESEHATAN	KLIEN 1	KLIEN 2
Pola kesehatan	Keluarga klien mengatakan saat klien sakit klien dibawa ke puskesmas terdekat.	Keluarga klien mengatakan saat klien sakit klien di bawa ke puskesmas terdekat
Pola nutrisi	Ibu klien mengatakan saat sebelum sakit klien mengatakan makan secara teratur 3x/hari dengan porsi 1 piring habis terdiri dari nasi, lauk pauk dan sayuran, minum air kurang lebih 1000cc. Ketika sakit keluarga klien mengatakan klien tidak nafsu makan saat sakit pasien makan 1 porsi tidak habis yang terdiri dari nasi, lauk pauk dan sayuran , minum air putih kurang lebih 1000cc	Ibu klien mengatakan saat sebelum sakit klien mengatakan makan secara teratur 3x/hari dengan porsi 1 piring habis terdiri dari nasi, lauk pauk dan sayuran, minum air putih kurang lebih 1000x/hari. saat sakit pasien tidak mau makan hanya minum air putih 1000cc
Pola eliminasi	Ibu klien mengatakan saat sebelum sakit klien BAK kurang lebih 5x/hari, dengan warna kuning jernih bau khas urine dan BAB kurang lebih 2x/hari dengan konsistensis padat, tidak berdarah bau khas feses. Saat klien berada di rumah sakit klien BAK 3x/hari	Ibu klien mengatakan sebelum sakit klien BAK kurang lebih 6x/hari, dengan warna kuning jernih bau khas urine dan BAB kurang lebih 2x/hari dengan konsistensi padat , tidak berdarah bau khas feses . saat klien berada di rumah

	dan BAB 6x/hari dengan konsistensi cair dan berlendir	sakit klien BAK 4x/hari dan BAB 5x/hari dengan konsistensi cair.
Pola istirahat tidur	Ibu klien mengatakansaat sebelum sakit klien tidur selama 7-8 jam , klien saat berada di rumah sakit klien susah tidur karena merasakan sakit perut. Klien tidur 5-6 jam	Ibu klien mengatakan saatsebelum sakit klien tidur selama 7-8 jam, klien saat berada di rumah sakit klien susah tidur karena merasakan sakit perut. Klien tidur 5-6 jam.
Pola aktivitas	Ibu klien mengatakan saat sebelum sakit klien melakukan aktivitas mandiri dan bermain. Saat di rumah sakit klien hanya berbaring di tempat tidur karena merasa badannya lemas.	Ibu klien mengatakan saat sebelum sakit klien melakukan aktivitas mandiri pergi ke sekolah dan bermain. Saat di rumah sakit klien hanya berbaring di tempat tidur karena merasa badanya lemas.
Personal Hygiene	Ibu klien mengatakan saat di rumah klien mandi 2x/hari, gosok gigi setiap mandi, keramas 3 hari sekali. Saat di rumah sakit klien di seka oleh keluarga, tidak keramas, tidak gosok gigi.	Ibu klien mengatakan saat di rumah klien mandi 2x/hari, gosok gigi setiap mandi, keramas 2 hari sekali. Saat di rumah sakit klien di seka oleh kelurga, tidak keramas, tidak gosok gigi.

Sumber: Data primer

4. Pemeriksaan fisik (pendekatan head to toe/ pendekatan sistem)

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum	Penampilan : Keadaan umum: lemah Kesadaran :Composmentis GCS: 4-5-6 Tanda-Tanda Vital Tekanan Darah : 100/60 Nadi: 110x/menit Suhu: 38 °C Respirasi:22x/menit BB:15 kg	Penampilan: Keadaan umum: lemah Kesadaran : Composmentis GCS : 4-5-6 Tanda-Tanda Vital Tekanan Darah : 100/70 Nadi : 110x/menit Suhu : 38 °C Respirasi : 22x/menit BB:18kg
Pemeriksaan fisik kepala	Inspeksi : bentuk kepala normal, rambut tipis Palpasi : tidak ada benjolan tidak ada lesi.	Inspeksi : bentuk kepala normal , rambut hitam tebal Palpasi : tidak terdapat benjolan , tidak terdapat lesi.
Mata	Inspeksi : mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva pucat.	Inspeksi : mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva pucat.

Hidung		Inspeksi : hidung simetris , tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung.	Inspeksi : hidung simetris, tidak ada polip , tidak ada pernafasan cuping hidung.
Observasi		Klien 1	Klien 2
Mulut dan Tenggorokan	dan	nspeksi : mukosa bibir kering , tidak ada perdarahan pada gusi.	Inspeksi : mukosa bibir kering, tidak ada perdarahan pada gusi.
Leher		Inspeksi : tidak ada lesi Palpasi : tidak ada benjolan pada leher, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.	Inspeksi : tidak ada lesi Palpasi : tidak ada benjolan pada leher , tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
Thorax paru dan jantung	dan	Inspeksi : bentuk dada simetris Perkusi : sonor Auskultasi : suara pernafasan vesikuler Jantung normal s1 dan s2 tunggal.	Inspeksi : bentuk dada simetris Perkusi : sonor Auskultasi : suara nafas vasikuler Jantung normal s1 dan s2 tunggal.
Abdomen		Inspeksi : asites perut simetris, mual muntah ada Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan Auskultasi : bising usus 20x/mnt	Inspeksi : asitas perut simetris , tidak ada mual muntah Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan Auskultasi: bising usus 20x/menit
Genetalia		Inspeksi : tidak terpasang kateter Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih.	Inspeksi : tidak terpasang kateter Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih.
Ekstremitas persediaan dan	dan	Inspeksi : tidak terdapat fraktur, tidak terdapat benjolan, terpasang infus rengger lakta di tangan kanan Palpasi : tidak ada nyeri tekan Inspeksi : tidak ada fraktur Palpasi : tidak ada nyeri tekan , tidak ada oedem Kekuatan otot : 5 5 5 5	Inspeksi : tidak terdapat fraktur, tidak terdapat benjolan , terpasang infus rengger lakta di tangan kanan Palpasi : tidak ada nyeri tekan Inspeksi : tidak ada fraktur Palpasi : tidak ada nyeri tekan , tidak ada oedem Kekuatan otot : 5 5 5 5

5. Hasil pemeriksaan diagnostic

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Hasil		Nilai normal
	Klien 1	Klien 2	
Tgl pemeriksaan	16-04-2019	16-04-2019	
Hematologi			
LED	26/52	25/53	0/10
Darah lengkap			
Leukosit (WBC)	15,17	16,17	3,70-10,1
Neutrofil	9,4	8,2	
Limfosit	3,3	2,4	
Monosit	2,4	3,4	
Eosinofil	0,0	0,1	
Basofil	0,1	0,4	
Neutrofil %	62,2	63,2	39,3-73,7 %
Limfosit %	21,5	24,4	18,0-48,3 %
Monosit %	H 15,5	L 13,5	4,40-12,7 %
Eosionofil %	L 0,2	L 0,2	0,600-7,30 %
Basofil %	0,8	2,2	0,00-1,70 %
Eritrosit (RBC)	L 4,015	L 3,012	4,6-6,2
Hemoglobin (HBG)	L 11,78	L 12,34	13,5-18,0 g/dl
Hematokrit (HCT)	L 31,98	L 30,61	40-54 %
MCV	L 79,64	L 65,54	81,1-96,0
MCH	29,35	28,24	27,0-31,2 pg
MCHC	H 36,85	H 36,21	31,8-35,4
RDW	12,,70	12,70	
PLT	H 45,1	H 43,4	g/dl
MPV	5,136	6,123	11,5-14,5 %
KIMIA KLINIK			
ELEKTROLIT			
Natrium (Na)	L 134,80	L 136,34	135-147 mmol/L
Kalium (K)	L 3,39	L 3,29	3,5-5 mmol/L
Klorida (Cl)	103,00	102,00	95-105 mmol/L
Kalsium Ion	H 1,340	H 1,341	1,16-1,3

6. Terapi Klien

Tabel 4.6 Terapi

Terapi	
Klien 1	Klien 2
Infus Ringer Lakta 800 cc/ 24jam	Infus Ringer Lakta 800 cc/ 24jm
Injeksi Ranitidin 10 mg	Injeksi Antrain 80 mg
Antrain 80 mg	Oralit cefixlme 2x1
Oralit	
Lacbon granul 1x1	

7. Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Klien 1		
Data Subjektif: klien mengatakan badan panas, BAB 6x dengan konsistensi cair	Infeksi	Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
Data objektif	↓ Berkembang di usus	
Keadaan umum: lemah	↓ Hipersekresi air dan elektrolit	
Kesadaran	↓ Frekuensi BAB meningkat	
Composmentis	↓ Hilang cairan dan elektrolit berlebih	
Glasgow coma scale : 4-5-6	↓ Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	
Capilari refil time >2 detik		
Tanda-Tanda Vital		
Tekanan Darah: 100/60 mmHg		
Nadi: 110x/menit		
Suhu: 38°C		
Respirasi: 22x/menit		
BB: 15 kg		
Klien tampak lemas , mata cekung, konjungtiva pucat , akral hangat , bibir kering, minum 1000cc, malas makan		
Klien 2		
Data Subjektif: klien mengatakan badan panas dan BAB 5x cair dalam satu hari di sertai muntah	Infeksi	Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
Data Objektif	↓ Berkembang di usus	
Keadaan umum: lemah	↓ Hipersekresi air dan elektrolit	
Kesadaran	↓ Frekuensi BAB meningkat	
Composmentis	↓ Hilang cairan dan elektrolit berlebih	
Glasgow coma scale: 4-5-6	↓ Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	
Capilari refil time >2 detik		
Tand-Tanda Vital		
TekanaDarah:100/70 mmHg		
Nadi: 110x/menit		
Suhu: 38°C		
Respirasi: 22x/menit		
BB:18 kg		
Klien tampak lemas, mata cekung , konjungtiva pucat , akral hangat , bibir kering , minum 1000cc,malas maka		

8. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan.

Klien 1	Klien 2
Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

9. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
Klien 1		
Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	<p>Keseimbangan cairan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keadaan klien membaik.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah 2. Denyut nadi radial 3. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam 4. Berat badan stabil 5. Turgor kulit 6. Asites 7. Bola mata cekung dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor cairan <ol style="list-style-type: none"> a. tentukan jumlah dan jenis intake/asupan cairan serta kebiasaan eliminasi b. tentukan apakah pasien mengalami kehausan atau gejala perubahan cairan (misalnya pusing, sering berubah pikiran, melamun, mual) c. periksa turgor kulit dengan memegang jaringan sekitar tulang seperti tangan atau tulang kering, mencubit kulit dengan lembut d. monitor berat badan e. monitor asupan dan pengeluaran 2. Menejemen elektrolit/ cairan <ol style="list-style-type: none"> a. Timbang berat badan harian dan pantau gejala b. berikan cairan yang sesuai c. tingkat intake/asupan cairan per oral (misalnya, memberikan cairan oral sesuai prefensi pasien)

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
Klien 2	Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit	<p>Keseimbangan cairan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keadaan klien membaik.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah 2. Denyut nadi radial 3. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam 4. Berat badan stabil 5. Turgor kulit 6. Asites 7. Bola mata cekung dan lembek
		<p>d. memonitor tanda-tanda vital yang sesuai</p> <p>3. Menejemen cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. timbang berat badan setiap hari dan monitor setatus pasien b. jaga intake yang akurat dan catan output c. monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis d. monitor status hidrasi (misalnya membran mukosa lembab)
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor cairan <ol style="list-style-type: none"> a .tentukan jumlah dan jenis intake/asupan cairan serta kebiasaan eliminasi b. tentukan apakah pasien mengalami kehausan atau gejala perubahan cairan (misalnya pusing, sering berubah pikiran, melamun, mual) c. periksa turgor kulit dengan memegang jaringan sekitar tulang seperti tangan atau tulang kering, mencubit kulit dengan lembut d. monitor berat badan e. monitor asupan dan pengeluaran 2. Menejemen elektrolit/cairan <ol style="list-style-type: none"> a. Timbang berat badan harian dan pantau gejala b. berikan cairan yang sesuai c. tingkatkan intake/asupan cairan per oral (misalnya, memberikan cairan oral sesuai prefensi pasien)

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
		d. memonitor tanda-tanda vital yang sesuai 3. Menejemen cairan a. timbang berat badan setiap hari dan monitor setatus pasien b. jaga intake yang akurat dan catan output c. monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis d. monitor status hidrasi (misalnya membran mukosa lembab)

Sumber : Data primer

10. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi Klien 1

Waktu	Hari/ tanggal	Waktu	Hari/ tanggal	Waktu	Hari/ tanggal	Paraf
	Sabtu 20/04/2019		Minggu 21/04/2019		Senin 22/04/2019	
08.30	Melakukan bina hubungan saling percaya pada keluarga dan pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik -memberi salam menjelaskan maksud dan tujuan	08.00	Mengobservasi, turgor kulit menuru	08.00	Menimbang berat badan 15kg	
		09.15	Menimbang berat badan 15kg	09.15	Mengobservasi, turgor kulit menuru	
		09.30	mengobsevasi jumlah urine normal	09.30	Menimbang berat badan 15kg	
		11.00	Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering	10.00	Mengobservasi jumlah urin normal	
		11.15	Menganjurkan klien untuk minum	11.00	Menganjurkan klien minum	
09.30	Mengobservasi, turgor kulit menuru			11.15	menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering	
10.00	Menimbang berat badan BB:15 kg	12.00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD:100/60 mmhg Nadi: 110x/menit	12.00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD:100/60 mmhg	

waktu	Hari/tanggal Sabtu 20/04/2019	waktu	Hari/ tanggal Minggu 21/04/2019	waktu	Hari/tanggal Senin 22/02/2019
11.00	Mengobservasi jumlah urine normal		Suhu 38C Pernafasan 22x/menit BB : 15 kg		Nadi: 110x/menit Suhu 38C Pernafasan 22x/menit BB : 15 kg
11.15	Menganjurkan kalin makan sedikit tapi sering	13.00	Memberikan terapi sesuai advis dokter Injeksi Ranitidin 2x10mg Injeksi Antrain 80mg Oralit Lacbon granul 1x1	13.00	Memberikan terapi sesuai advis dokter Injeksi Ranitidin 2x10mg Injeksi Antrain 80mg Oralit Lacbon granul 1x1
12.00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD:100/60 mmhg Nadi: 110x/menit Suhu 38C Pernafasan 22x/menit BB : 15 kg	14.00	Mengobservasibalancecaira: Input-output: 1.920-1.975=-55	14.00	Mengobservasibalancecaira: Input-output: 1.920-1.975=-55
13.00	Memberikan terapi sesuai advis dokter Injeksi Ranitidin 2x10mg Injeksi Antrain 80mg Oralit Lacbon granul 1x1				
14.00	Mengobservasibalancecaira: Input-output: 1.920-1.975=-55				

Klien 2

	Sabtu 20/04/2019		Minggu 21/04/2019		Senin 22/04/2019	Paraf
08.00	Mengobservasi,turgor kulit menuru	09.00	Menimbang berat badan 18kg	09.00	Mengobservasi,turgor kulit menuru	
08.30	Menimbang berat badan 18kg	10.30	Menganjurkan klien minum	09.30	Menimbang berat badan 18kg	
waktu	Hari/tanggal	Waktu	Hari/tanggal	waktu	Hari/tanggal	

	Sabtu 20/04/2019		minggu 21/04/2019		senin
09.00	Menganjurkan klien minum	11.15	Mengobservasi, turgor kulit menuru	10.00	Menganjurkan klien minum
09.30	Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering	11.45	Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering	11.00 11.15	Mengobservasi, turgor kulit menuru
10.00	Mengobservasi jumlah urin normal	12.00	Mengobservasi tanda-tanda vital	12.00	Menganjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering
12.00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 100/70mmHg Nadi: 110x/menit Suhu: 38°C Pernafsan : 22x/menit BB:18kg	13.00	Memberikan terapi sesuai advis dokter: Injeksi Antrain 80 mg Oralit Cefixlme 2x1	13.00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 100/70mmHg Nadi: 110x/menit Suhu: 38°C Pernafsan : 22x/menit BB:18kg
13.00	Memberikan terapi sesuai advis dokter: Injeksi Antrain 80 mg Oralit Cefixlme 2x1	14.00	Mengobservasi balance cairan: Input-output: 2.144-2.232=-88	14.00	Memberikan terapi sesuai advis dokter: Injeksi Antrain 80 mg Oralit Cefixlme 2x1
14.00	Mengobservasi balance cairan: Input-output: 2.144-2.232=-88				Mengobservasi balance cairan: Input-output: 2.144-2.232=-88

11. Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan.

	Evaluasi		Paraf
	Hari / tanggal	Hari / tanggal	Hari / tanggal
	Sabtu 20/04/2019	Minggu 21/04/2019	Senin 22/04/2019
Klien 1	<p>S: Klien mengatakan BAB 6x sehari, dengankonsistensi cair dan berlendir disertai demam O: keadan umum lemas , turgor kulit jelek, CRT > 2 detik, mata cowong, mukosa bibir kering sedikit minum Tanda- tanda vital Tekanan darah : 100/60 mmhg Nadi: 110x/menit Suhu: 38°C Pernafasan: 22x/menit BB:14kg</p> <p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor cairan 2. Mengobservasi frekuensi BAB 3. Menganjurkan klien banyak minum 4. Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan berserat 5. Mengobservasi tanda-tanda vital 	<p>S: klien mengatakan demam berkurang dan BAB berkurang O: keadaan umum lemas , mukosa bibir kering , CRT > 2 detik Tanda-tanda vital Tekanan darah 100/60mmhg Nadi: 110x/menit Suhu: 37,4°C Pernafasan: 22x/menit BB:14kg A: masalah teratasi Sebagai</p> <p>P: intervensidi lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorcairan 2. Menejemen elektrolit 3. Mengobservasi jumlah urine 4. Melakukan pemeriksaan turgor kulit 5. Mengobservasi tanda-tanda vital 	<p>S:klien mengatakan BAB berkurang serta demam berkurang O: keadaan umum cukup Mukosabibir lembab, minum banyakCRT>2 detik Tanda-tanda vital Tekanan darah:100/60mmhg Nadi: 110x/menit Suhu: 36,8°C Pernafasan 22x/menit BB:14kg A:masala sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor cairan 2. Mengganti cairan infus 3. Mengobservasi jumlah urine 4. Memeriksa turgor kulit 5. Mengobservasi tanda-tanda vital
Klien 2	<p>S: klien mengatakan BAB 5x dalam satu hari disertai muntah dan demam O: keadaan umum lemas, turgor kulit jelek CRT >2 detik, mata cowong, mukosa bibir kering sedikit minum Tanda-tanda vital Tekanan darah: 100/70mmhg Nadi: 110x/menit Suhu: 38°C Pernafasan: 22x/menit BB:16kg</p>	<p>S:klien mengatakan muntah berkurang BAB dan demam berkurang O: keadaan umum lemas, mukosa bibir kering, CRT> 2 detik Tanda-tanda vital Tekanan darah: 105/70mmhg Nadi: 110x/menit Suhu: 37°C Pernafasan: 22x/menit BB:16kg</p>	<p>S:klien mengatakan muntah berkurang frekuensi BAB berkurang O: keadaan umum cukup, mukosa bbir lembab, CRT< 2detik Tanda-tanda vital Tekanan da rah: 100/80 mmhg Nadi: 110x/menit Suhu:36,5°C</p>

Klien 2	Hari/tanggal Sabtu 20/04/2019	Hari/tanggal Senin 21/04/2019	Hari/tanggal Minggu 22/04/2019	Paraf
	A: masala belum teratasi P:intervensi dilanjutkan 1. Monitor cairan 2. Menejemen elektrolit cairan 3. Mengobservasi frekuensi BAB 4. Menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang berserat 5. Mengobservasi tanda-tanda vital	A: masalah belum teratasi 1. Monitorcairan 2. Menejemen elektrolit 3. Mengobservasi jumlah urine 4. Melakukan pemeriksaan turgor kulit 5. Mengobservasi tanda-tanda vital	Pernafasan :22x/menit BB:16kg A:masalah teratasi sebagian 1. P: Monitor cairan 2. Mengganti cairan infus 3. Mengobservasi jumlah urine 4. Memeriksa turgor kullit 5. Mengobservasi tanda-tandvital	



4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Data subjektif

Pada penelitian ini dilakukan proses asuhan keperawatan pada An z dengan usia 5 tahun dan An A usia 6 tahun yang mengalami diare

Gastroenteritis ditandai dengan buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering tiga kali atau lebih dari satu hari. (Steven 2017)

Dari data pengkajian penyebab dari gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada klien 1 dan klien 2 disebabkan karena adanya BAB lebih dari 3x sehari dengan konsistensi cair dan berlendir

Data objektif

Pada An Z di temukan tanda-tanda vital , TD: 100/60 mmHg. N: 110x/menit, S: 38°C , RR: 22x/menit , BB: 15kg klien tampak lemah , konjungtiva pucat , akral dingin , Pada An A di dapat tanda-tanda vital , TD: 100/70 mmHg, N: 110x/menit, S:38°C, RR:22x/menit, BB:18kg klien tampak lemah , konjungtiva pucat, akral dingin

Pemeriksaan yng di peroleh yaiu mukosa bibir kering , kepala tida terdapat benjolan rambut hitam, tidak ada embesaran kelenjar tiroid , bentuk dada simetris, suara nafas vasikuler tidak ada nyeri tekan dan tidak ada edema (suprianto 2017)

Menurut peneliti hasil dari pemeriksaan fisik pada klien 1 dan klien 2 memang sama pada klien gastroenteritis ditemukan adanya perbedaan antara pemeriksaan fisik pada klien 1 dan 2

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Pada klien 1 dan klien 2 peneliti menegakan diagnosis utama yaitu Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang berhubungan dengan adanya data-data subjektif diperoleh klien 1 adalah BAB 5x dengan konsistensi cair dan demam. Sedangkan dengan klien 2 di dukung oleh data-data subjektif pada klien 2 adalah klien 2 BAB 5x dengan konsistensi cair di sertai muntah.

Gangguan keseimbangan cairan adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespons terhadap stressor fisiologis dan lingkungan. Cairan dan elektrolit saling berhubungan, ketidakseimbangan yang berdiri sendiri sendiri jarang terjadi dalam bentuk kelebihan atau kekurangan (Indah 2017)

Peneliti memprioritaskan diagnosa gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit karena merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus di penuhi hal ini jika tidak segera dilakukan dapat mengakibatkan dehidrasi. Ciri orang dengan penurunan dehidrasi yaitu di tandai dengan penurunan berat badan, mukosa bibir kering, konjungtiva pucat Dengan demikian pada hasil penelitian sesuai dengan teori atau tidak adakesenjanagan antara lain laporan dan teori.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang di berikan adalah NOC: gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan NIC: Monitor cairan, menejemen elektrolit/ cairan, menejemen cairan.

Berdasarkan penelitian dari data intervensi keperawatan yang di berikan kepada klien gangguan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian , sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara hasil laporan dan teori.

4.2.4 Implementasi keperawatan

Menurut Rudiansyah (2017) Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari rencana intervensi yang telah di buat untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap Implementasi di mulai setelah rencana intervensi di susun dan ditunjukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

Implementasi yang di lakukan NIC: Monitor cairan, manajemen elektrolit/ cairan, manajemen cairan. (Ardiansyah 2018)

Berdasarkan penelitian implementasi yang di lakukan bisa saja berbeda dengan intervensi yang di buat, karena peneliti menyesuaikan dengan kondisi klien.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Dari evaluasi keperawatan yang di lakukan selama 3 hari menunjukan bahwa pada klien 1 membaik dengan di tandai dengan demam berkurang serta BAB berkurang, kesadaran composmentis , TD: 100/60 mmHg, N: 110x/menit, S: 36,8°C, RR:22x/menit. Sedangkan pada klien 2 didapat hasil klien 2 teratasi sebagian ditandai dengan

muntah berkurang demand an BAB berkurang kesadaran composmentis, TD 100/70 mmHg, N: 110x/menit, S: 36,5°C, RR: 22x/menit .

Menurut Putri (2017) mengatakan bahwa evaluasi keperawatan adalah langkah akhir dalam proses keperawatan untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak.

Menurut peneliti pada catatan perkembangan klien 1 mengalami kemajuan yang signifikan serta menunjukkan tanda bahwa demam dan BAB berkurang .sedangkan klien 2 mengalami kemajuan yang signifikan menunjukkan bahwa BAB dan muntah berkurang.



BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami Gastroenteritis pada An. Z dan An. A dengan masalah keperawatan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan , maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang di buat berdasarkan laporan kasus sebagai berikut:

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dapat di ambil keputusan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada klien yang mengalami Gastroenteritis pa An. Z dan An. A data subjektif dari tinjauan kasus, dari pengkajian 2 klien didapatkan orang tua klien mengatakan BAB cair, akan tetapi klien 1 tidak di sertai muntah , sedangkan pada klien 2 di sertai muntah
2. Pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan diagnosa gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit di tandai dengan adanya tanda dehidrasi , atau mukosa bibir kering konjung tiva pucat , tutgor kulit menurun, dan perubahan mental
3. Intervensi Keperawatan yang di berikan pada An. Z dan An. A dengan diagnosa gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit intervensi yang di gunakan NOC: 1. Keseimbangan cairan . NIC: 1. Monitor cairan, 2. Menejemen elektrolit/cairan meliputi: observasi turgor kulit

4. secara berkala, monitor setatus hidrasi: turgor kulit, mukosa bibir , timbang berat badan harian dan pantau gejala, Monitor tanda-tanda vital pasien: TD, Nadi, Suhu, RR. Memberikan cairan yang tepat. Mengevaluasi makanan yang masuk . kolaborasi dalam memberikan terapi
5. Implementasi Keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan , pada klien 1 di berikan tambahan terapi yakni lacobon granul yaitu adalah obat diare
6. Evaluasi Keperawatan pada catatan perkembangan klien 1 dan 2 mengalami kemajuan yang signifikan , serta menunjukan penyembuhan dengan di tandai dengan berkurangnya frekuensi dan perubahan pada konsistensi serta suhu tubuh pada rentan yang normal.

6.2 Saran

1. Bagi Pasien

Diharapkan untuk klien agar menjaga pola makan dan lingkungan agar tetap menjaga tubuh menjadi sehat

2. Bagi institusi pendidikan

Di harapkan memperbanyak referensi yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien yang mengalami gastroenteritis dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit , agar dapat memperluas wawasan serta siapapun yang berminat memperdalam topic tersebut

3. Bagi Peneliti selanjutnya

Hasil laporan kasus dapat digunakan sebagai bahan informasi dan referensi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien yang mengalami Gastroenteritis dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

DAFTAR PUSTAKA

- Arfian, . (2016). *Asuhan keperawatan dengan masalah gangguan gastroenteritis pediatrik* edisi ketiga. Medan EGC.
- Andresson .2017 *buku ajar gastroeterologi-hepatologi jilid 1*. badan penerbit IDAI.
- DEPKES RI direktorat Jendral pengadiln penyakit dan penyehatan lingkungan, 2011. *Buku saku lintas diare*. Jakarta: depkes
- ICME STIKes,(2015) *Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah: studi kasus*, jombang : Stikes icme
- Friedman. (2016). *Buku ajar keperawatan pediatrik*, alih bahasa Harmoko, dkk. Edisi keenam . Jakarta: EGC
- Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia – Aplikasi Konsep Dan Proses Keperawatan*. Jakarta Medika Salemba
- Kozier, B. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, proses, dan praktik, alih bahasa pemilih Eko Karyuni*, Edisi Ketujuh. Jakarta: EGC
- Nanda. 2015, *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10* editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Ngastiyah . (2016). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep Dan Proses Keperawatan* . Jakarta: Medika salemba
- Profil kesehatan indonesia Depkes RI 2017 dilihat pada tanggal 11 desember 2018 pada jam 10.00
- Profil Dinkes jawa timur 2017 dilihat pada tanggal 11 desember 2018 jam 12.00
- Profil dinkes pasuruan 2017 dilihat pada tanggal 12 februari 2019 pada jam 16.00
- Ribka,(2015),*Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis NANDA NIC-NOC*, Yogyakarta:Medication Yogyakarta
- Tarwoto. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses keperawatan*. Edisi ketiga Jakarta Salemba Medika
- Vhaugans, B.W. (2011) *Keperawatan dasar:edisi pertama* Yogyakarta:Rapha publishing

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
DEPARTEMEN KEPERAWATAN ANAK**

FORMAT PENGKAJIAN PADA ANAK SAKIT

I. BIODATA

A. Identitas Klien

1. Nama>Nama panggilan :
.....
2. Tempat tanggal lahir / Usia :
.....
3. Jenis Kelamin :
.....
4. Agama :
.....
5. Pendidikan :
.....
6. Alamat :
.....
7. Tanggal masuk :
.....
8. Tanggal pengkajian :
.....
9. Diagnosa Medik :
.....
10. Rencana therapy :
.....

B. Identitas Orang Tua

Ayah

Nama:

Usia:

Ibu

Nama:

Usia:

Pendidikan: Pendidikan:
 Pekerjaan/Penghasilan:..... Pekerjaan/Penghasilan:.....
 Agama: Agama:
 Alamat: Alamat:

No	Nama	Usia	Hubungan	Ket

II. KELUHAN UTAMA

1. Keluhan utama : (saat pengkajian)

2. Riwayat Penyakit Sekarang : (Secara Kronologis mulai awal sakit hingga saat ini. Tiap masalah yang ditemukan diidentifikasi lengkap)

3. Riwayat Penyakit pada keluarga yang diturunkan (sebutkan penyakitnya terutama yang ada hubungan dengan penyakit sekarang)

4. Riwayat keluarga diberikan oleh : Ayah/Ibu/Kakek/Nenek/Saudara/Tetangga *)
 Ikhtisar Keturunan : (Gambar skema Keluarga dan keluarga yang menderita penyakit sejenis. Untuk kelainan congenital usahakan skema yang lebih lengkap termasuk saudara sepupu dan sebagainya jika memungkinkan)

III. RIWAYAT PRIBADI

1. Riwayat Kehamilan dan Persalinan : (terangkan dengan jelas faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit/kelainan yang didapat)

Prenatal.....

Intranatal.....

Postnatal.....

2. Riwayat makanan/minum (sejak lahir sampai sekarang, kualitas dan kuantitas)
:

3. Perkembangan dan Kepandaian (uraikan kronologis sejak lahir sampai sekarang) :

(Lampirkan Denver/DDST)

Motorik Kasar	Motorik Halus	Bicara	Sosial

4. Riwayat Vaksinasi :

5. Riwayat Penyakit Dahulu : (alergi, hospitalisasi, injury, pengobatan dll)

.....

6. Riwayat Sosial, Ekonomi dan Lingkungan :

Yang Mengasuh.....

Pola Hubungan.....

7. Pemeriksaan Fisik Khusus :

a. Kesan Umum :

.....

b. Tanda Vital Utama :

Nadi :.....x/menit, Suhu :.....⁰C

Tekanan Darah :..... mmHg

Pernafasan : x/menit

c. Status Gizi

Berat Badan :..... kg

Tinggi Badan :..... cm

Lingkar Kepala: cm

Lingkar Dada : cm

Lingkar Lengan Atas : cm

Kesimpulan Status Gizi :Gizi lebih, Gizi baik, Gizi kurang, Gizi buruk *)

d. Kulit/integumen, kelenjar limfe :

.....

Otot :

.....

Tulang :

.....

Sendi :

.....

Jantung :

- 1) Batas Jantung (Jelaskan) : inspeksi, palpasi, perkusi

.....
Suara Jantung :

-
e. Paru – paru/pernafasan (Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, Perkusi):

Bagian	Kanan	Kiri
Depan		
Belakang		

- f. Perut (Inspeksi, Auskultasi, palpasi, perkusi):

-
g. Anogenital :

-
h. Ekstremitas :

Item	Tungkai		Lengan	
	Kanan	Kiri	Kanan	Kiri
Gerakan				
Tonus				
Trofi				
Refleks Fisiologis				
Refleks Patologis				

i. Sensibilitas& Persyarafan :

.....

j. Kepala :

1) Bentuk, rambut, kulit :

2) Mata :

.....

3) Hidung :

.....

4) Telinga :

.....

5) Mulut(dan Gigi):

.....

6) Pharynx, leher :

.....

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN SAAT INI

1. Aktivitas dan istirahat

.....

2. Eliminasi

.....

3. Koping dan Dampak Hospitalisasi pada Anak dan Orang Tua

.....

V. DATA DASAR LABORATORIUM (Darah/Kemih/Tinja) :

Tanggal:

Tanggal:

VI. RIWAYAT PENGOBATAN :

Tanggal:

Tanggal:

.....,

Mahasiswa

(.....)

ANALISA DATA

Nama Pasien : Ruang :

Umur : Hari/tgl :

No	Data Fokus	Etiologi	Problem/Masalah

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Ruang :

Umur :

Hari/tgl :

Diagnosa	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)

CATATAN PERKEMBANGAN

Diagnosa Keperawatan:

Hari/Tgl/Jam	Implementasi	Paraf	Evaluasi (SOAP)

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Yeni Mardiana
NIM : 161210045
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gastroenteritis Dengan
Masalah Keperawatan Gangguan Keseimbangan Cairan Dan
Elektrolit Di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian. Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data atau informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri. Demikian surat permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

Pasuruan, 20 April 2019

Peneliti



(Yeni Mardiana)

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. R

Umur : 40 th

Alamat : Beji, Pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan lembar pengkajian. Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa adanya paksaan dari siapapun, saya menyatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

Pasuruan, 20 April 2019

Peneliti



(Yeni Mardiana)

Partisipan



(Remta)

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny .T
Umur : 42 th
Alamat : Bangil , pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan lembar pengkajian. Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa adanya paksaan dari siapapun, saya menyatakan :

Bersedia

Menjadi responden dalam penelitian

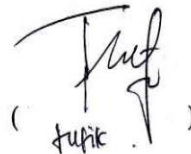
Pasuruan, 21 April 2019

Peneliti



(Yeni Mardiana)

Partisipan



(Tufik)

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"

Website : www.stikasimcme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005



No. : 065/KTI/BAAK/K31/073127/III/2019
Lamp. : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan Studi di Program Studi D-III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan Ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : Yeni Mardiana
NIM : 16 121 0045
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Gastroenteritis dengan Masalah Gangguan Keseimbangan Cairan dan Elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut di atas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Jombang, 21 Maret 2019
Ketua

H. Imam Fakoni, SKM., MM
NIK: 03.04.022



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153

Telp. (0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 1 April 2019

Nomor : 445.1/1124.27/424.202/2019 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Penelitian Jl. Kemuning 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor :
065/KTI/BAAK/K31/073127/III/2019 tanggal 21 Maret 2019 perihal
Permohonan Ijin Penelitian atas nama :

Nama : YENI MARDIANA
NIM : 161210045
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Gastroenteritis
dengan Masalah Gangguan Keseimbangan Cairan
dan Elektrolit di Ruang Asoka RSUD Bangil

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk
melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung
mulai tanggal 1 – 30 April 2019,

Dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara
diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Pit. Kepala Bidang Penunjang



Dr. UDYAL RETNO LESTARI, M.Kes
Pembina
NIP. 19710404 200604 2 019

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruangan Asoka RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
PELAKSANAAN PENELITIAN**

ETHICAL CLEARANCE

NO : 445.1/1085.27/424.202/2019

TIM ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD BANGIL KAB. PASURUAN, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTROENTERITIS DENGAN MASALAH GANGGUAN KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANG ASOKA RSUD BANGIL

PENELITI UTAMA : YENI MARDIANA

TEMPAT PENELITIAN : RSUD BANGIL KAB. PASURUAN

DINYATAKAN LAIK ETIK








PASURUAN, 28 MARET 2019

A.n KETUA TIM ETIK PENELITIAN
SEKRETARIS

SHAFAT PRANATA, S.Kep.Ns.





LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : YENI MARDIANA
NIM : 161210045
JUDUL : ASuhan KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI GASTROENTERITIS DENGAN MASALAH GANGGUAN KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT
PEMBIMBING I : BAPAK H. IMAMFATONI, SKM., MM


NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	04-02-2019	AKONSUL: BAB I dan judul. ACC BAB I lanjut Bab 2 dan bab 3. Revisi Bab 3 manfaat. ACC Bab 2 dan Bab 3. sidang proposal.	   
	08-07-2019	Konsul Bab 4. Revisi Bab V Revisi of revisi selanjutnya lembut please.	  

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Yeni mardiana
 NIM : 161210045
 Program Studi : D3 Keperawatan
 Judul KTI : gastroenteritis dgn masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
 Pembimbing II : ENDANG Y S. Kep.,Ns.,M. Kes

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
	konsul Bab I dan judul Revisi Bab I ACC BAB I lengkap BAB 2 dan BAB 3. Revisi BAB 2	
05/07 '19	Revisi pembua kan (campuran ds mra	
16/07 '19	Revisi bab 5 Buat abstrak	
17/07 '19	Revisi abstrak Cite pembua bab 1-5 Physica Accyga idas	

Pembimbing II


Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns., M.Kes.
 NIK. 04.08.119