**LAPORAN PRAKTIK KERJA INDUSTRI**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. SN DENGAN GASTRO ENTERITIS DI RUANG BCD RSU KERTA USADHA**

**KABUPATEN BULELENG**

**TANGGAL 29-31 AGUSTUS 2012**



**OLEH**

**MADE RUDIANINGSIH**

**NIS : 057**

**SEKOLAH MENENGAH KEJURUAN**

**KESEHATAN KARYA USADHA SINGARAJA**

**PROGRAM KEAHLIAN KEPERAWATAN**

**2012**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**LAPORAN PRAKTIK KERJA INDUSTRI**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. SN DENGAN GASTRO ENTERITIS DI RUANG BCD RSU KERTA USADHA**

**TANGAL 29-31 AGUSTUS 2012**

Pembimbing Akademik

KADEK DWI MEDIANI A.Md.Kep

Pembimbing Ruangan

MERY PUTRIANI, A.Md.Kep

Mengetahui

Kepala Sekolah SMK Kesehatan Karya Usadha Singaraja

Drs. PUTU RENA M.Ag.

i

**Motto & persembahan**

Motto

“Manusia tak selamanya benar dan tak selamanya salah, kecuali ia yang selalu mengoreksi diri dan membenarkan kebenaran orang lain atas kekeliruan diri sendiri”

**Persembahanku Untuk**:

* Awignammastu Namo Sidham, Asung Kertha Ware Nugraha, Ide Hyang Parama Kawi antuk swecan Ratu, titiang ikatunan ngaturan suksme .
* Terima kasih yang tulus kupersembahkan kehadapan kedua orangtuaku tercinta yang telah mensupportku selama menjalani pendidikan ini.
* Kepada adik-adikku dan kakak-kakakku yang tercinta dan selalu memberiku support, trimakasih ya…
* Terimakasih kepada guru pembimbing Akademik Ibu Kadek Dwi Mediani A.md.Kep atas bimbingan, masukan serta motivasinya didalam menyelesaikan Laporan Prakerin ini..
* Terimakasih krpada Ibu Mery Putriani, A.Md.Kep sebagai pembimbing lapangan atas bimbingannya didalam menyelesaikan Laporan Prakerin ini.
* Terima kasih pula teman-teman se-angkatan yang tidak bisa kusebutkan satu persatu.

ii

**KATA PENGANTAR**

Om Swastyastu

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Praktek Kerja Industri yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. SN Dengan Gastro Enteritis Di Ruang BCD Rsu Kerta Usadha Tangal 29-31 Agustus 2012”.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Prakerin ini. Ucapan terima kasih penulis berikan kepada:

1. Dr Gede Handra Putra Kartika sebagai Direktur RSU Kertha Usada yang telah memberikan kesempatan Praktik pada instansi yang dipimpin.
2. Bapak Drs. Putu Rena, M.Ag. sebagai Kepala Sekolah SMK Kesehatan Karya Usadha Singaraja yang memberikan bimbingan dan arahan.
3. Bapak Nengah Wirawan, S.Kep sebagai Ka. Program SMK Kes.Karya Usadha Singaraja.
4. Ibu Kadek Dwi Mediani A.md.Kep. sebagai Pembimbing Akademik yang telah memberikan bantuan sehingga dapat menyelesaikan laporan Prakerin ini tepat pada waktu.
5. Ibu Mery Putriani, A.Md.Kep selaku Pembimbing Rumah Sakit dan pembimbingan pembuatan Laporan Prakerin ini.

iii

1. Pasien dan keluarga yang telah banyak membantu dan bekerjasama dengan dengan penulis, sehinga pengumpulan informasi dan data, terlaksana dengan baik sehingga laporan prakerin ini dapat dirampungkan.
2. Seluruh pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Laporan Prakerin ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan Prakerin ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis tetap menerima segala saran dan kritik yang sifatnya membangun.

Akhirnya, semoga laporan Prakerin ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan

Om Shanti-Shanti-Shanti Om

Seririt, Agustus 2012 Penulis

 Made Rudianingsih

iv

**DAFTAR ISI**

LEMBAR PENGESAHAN ……………………………………………… i

MOTTO DAN PERSEMBAHAN …………………………................... ii

KATA PENGANTAR …………………………………………………… iii

DAFTAR ISI …………………………………………………………….. v

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang …………………………………………………. 1
	2. Gambaran Umum Rsu Kertha Usadha ………………………… 3
	3. Tujuan ………………………………………………………….. 7

1.3.1 Tujuan Umum ………………………………………... 7

1.3.2 Tujuan Khusus ……………………………………….. 8

**BAB II KONSEP DASAR TEORI**

* 1. Pengertian ………………………………………………………... 9
	2. Penyebab ………………………………………………………… 10
	3. Patofisiologi …………………………………………………….. 10
	4. Tanda dan Gejala ……………………………………………….. 10
	5. Penatalaksanaan ………………………………………………… 11

**BAB III TINJAUAN KASUS**

* 1. Pengkajian …………………………………………………….. 12
	2. Perencanaan (Intervensi) ……………………………………… 27
	3. Pelaksanaan Keperawatan (Implementasi) …………………… 32
	4. Evaluasi ……………………………………………………….. 35

v

**BAB IV PENUTUP**

3.1 Kesimpulan ………………………………………………....... 43

3.2 Saran ………………………………………………………….. 43

3.3 Kesan …………………………………………………………. 44

DAFTAR PUSTAKA …………………………………………………… 45

LAMPIRAN …………………………………………………………….. 46

vi

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

 Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari pembangunan nasional bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi - tingginya. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat masih ditemukan berbagai masalah yang menghambat pembangunan kesehatan. Salah satu masalah dalam mencapai derajat kesehatan tersebut adalah tingginya angka kesakitan dan kematian di Indonesia setiap tahunnya.

 Gangguan saluran cerna merupakan sebagian besar penyakit yang menyebabkan penderita mencari pertolongan medis, walaupun gangguan saluran pencernaan  bukan merupakan penyebab langsung kematian seperti gangguan kardiovaskuler, tetapi merupakan salah satu penyebab  kematian tersering.

    Gastro Enteritis adalah merupakan kumpulan gejala/simtom atau sindrom yang terdiri dari keluhan sakit perut, mual, muntah, badan terasa lemas, tampak gelisah, dan peningkatan suhu tubuh. Gastro Enteritis merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering ditemui dokter dalam praktek sehari – hari.

1

 Penyakit diare di Indonesia sampai saat ini masih merupakan masalah [kesehatan masyarakat](http://skripsi-artikel-makalah.blogspot.com/2010/03/minuman-keras-beralkohol.html). Kejadian diare pada bayi dan balita lebih banyak ditemukan dibandingkan dengan kelompok umur lainnya. Hasil survei Depkes RI, diperoleh angka kesakitan diare untuk tahun 2000 sebesar 301 per 1.000 penduduk

2

1. Angka kematian akibat penyakit diare di Indonesia menurut kelompok umur menunjukkan bahwa pada kelompok umur 1-4 tahun angka kematian diare menduduki urutan kedua, yaitu 134 per 100.000 setelah pneumonia
2. Salah satu penyebab masih tingginya angka kesakitan dan kematian tersebut karena kondisi kesehatan lingkungan yang belum memadai. Angka kejadian diare di sebagian besar wilayah Indonesia hingga saat ini masih tinggi. Di Indonesia, sekitar 162 ribu balita meninggal setiap tahun atau sekitar 460 balita setiap harinya. Dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, diare merupakan penyebab kematian nomor 2 pada balita dan nomor 3 bagi bayi serta nomor 5 bagi semua umur. Setiap anak di Indonesia mengalami episode diare sebanyak 1,6 – 2 kali per tahun.

Di provinsi Bali Pada tahun 2012 diperkiran jumlah penderita diare sebanyak 1825 kasus.

 Kasus Diare di Buleleng dalam Tahun 2010 mencapai 1840 kasus sampai saat ini penyakit diare masih merupalam ,masalah kesehatan masyarakat di Buleleng. Hal ini dapat dilihat dari pencatatan dan pelaporan puskesmas dalam rumah sakit di kabupaten pada tahun 2012 dimana penyakit diare menempati urutan 10 besar.

 Penderita penyakit Gastro Enteritis di rumah sakit Kertha Usada pada bulan September sebanyak 10 orang dan tidak ada pasien yang meninggal akibat penyakit Gastro Enteritis.

3

 Dari masalah yang terpaparkan diatas , menarik minat saya untuk membahas asuhan keperawatan penyakit Gastro Enteritis Pada paien Ny. SN pada tanggal 29-30 Agustus di ruang BCD Rumah Sakit Kertha Usadha.

* 1. **Gambaran Umum Rumah Sakit Kertha Usada**

 Rumah Sakit Umum Kertha Usada yang bertempat di Jl. Cendrawasih No 5, Singaraja – Bali, Indonesia adalah salah satu Rumah Sakit yang ada di Bali yang hadir menjawab kebutuhan masyarakat Singaraja dalam usahanya mengutamakan pelayanan bagi seluruh lapisan masyarakat dengan di dukung oleh tenaga medik maupun non medik yang terampil, terdidik dan profesional.

R.S.U Kertha Usada memiliki Visi dan Misi, Yakni :

VISI :

Menjadi rumah sakit yang mengutamakan pelayanan bagi seluruh lapisan masyarakat secara manusiawi atas dasar profesionalisme.

MISI :

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat dengan dilayani oleh tenaga-tenaga yang terampil, terdidik dan profesional.

4

1. Menyelenggarakan pemeriksaan dan pengobatan yang berkualitas dan akurat.
2. Bersama-sama dengan pelayanan kesehatan lainnya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat.

Selain Visi Dan Misi Diatas, R.S.U Kertha Usada juga memiliki MOTTO Yaitu SMILE :

**S** enyum, Salam, Sapa dan Simpatik

**M** elayani dengan sepenuh hati

**I** nisiatif dan proaktif

**L**uwes , ramah dan komunikatif

**E** mpati pada sesama

 Di Rumah Sakit inilah sekolah SMK Kesehatan Karya Usadha mengadakan kegiatan Prakerin untuk seluruh siswa kelas XII yang berlangsung dari tanggal 10 Agustus s/d 25 September 2012. Jarak antara Rumah Sakit dengan Sekolah SMK Kesehatan Karya Usadha yang bertempat di bestala ± 35 Km.

 R.S.U Kertha Usada memiliki fasilitas Rawat Inap dan Rawat Jalan, dan memiliki beberapa ruangan yang dikelompokkan dalam kelas-kelas tertentu, Yaitu :

1. Super VIV Class :

BIMA ROOM (Super VIP Class) : Terdapat 1 bed pasien, 1 sofabed, 1 ruang tamu, kamar mandi dengan water heater, kulkas, TV, telephone, dapur, dan ruang makan.

5

1. VIV Class :

YUDISTIRA ROOM (VIP) : Terdapat 1 bed pasien, 1 sofabed, kamar mandi dengan water heater, kulkas, TV dan telephone

1. Class 1 :

DRUPADI ROOM (1st Class) : 1 bed pasien, 1 sofabed, kamar mandi dengan water heater, kulkas, TV dan telephone

1. Class 2 :

ARJUNA 1,2 ( 2nd Class) : 4 bed pasien, tempat tidur pengunggu pasien, kipas angin, TV, dan 1 kamar mandi

1. Class 3 :

ARJUNA 3,4 ( 3rd Class) : 6 bed pasien, kipas angin, dan 1 kamar mandi.

1. IMC : 5 bed pasien, fasilitas emergency, 1 bed khusus Isolasi, 1 bed khusus Kelas I
2. ICU : Terdiri dari 2 bed isolasi, 1 bed kelas I, 2 bed Kelas II, 6 Bed kelas III, Fasilitas Emergency, Ventilator, Monitor.

Dilantai 1 ada juga ruang rawat inap yaitu :

1. Class 1 :

Bakung (Kelas 1) : Terdiri atas 1 bed pasien, 1 Kamar Mandi, AC Window, TV, Tempat duduk penunggu pasien.

1. Class 2 :

6

Cempaka (Kelas 2) : Terdiri dari 2 bed pasien, 1 Kamar mandi, 1 Buah Kipas Angin

1. Class 3 :

Dahlia (Kelas 3) : Terdiri dari 4 bed pasien, 1 kamar mandi, 1 buah kipas angina

1. Class 4 :
	1. Sahadewa (Kelas 4) : Terdiri dari 9 bed pasien, 1 kamar mandi
	2. PICU (Kelas 4) : Terdiri dari 3 bed pasien, khusus Pediatrik
	3. NICU : Terdiri dari 4 box Bayi, 2 box Inkubator, 2 Monitor, Emergency Kit.
	4. Nakula (Kelas 4) : Terdiri dari 9 bed pasien, 1 kamar mandi

 Di ruang BCD saya mengambil data, dengan pasien yang memiliki penyakit GE.

Untuk pelayanan 24 jam di R.S.U KERTHA USADA :

**IGD (Instalasi Gawat Darurat)**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) sebagai salah satu unit terpenting dari RS KERTHA USADA berfungsi sebagai unit yang siap melayani berbagai kegawat-daruratan dan berbagai masalah kesehatan pada setiap elemen masyarakat dan salah satu unit yang mandiri dan selalu mengutamakan KECEPATAN dan KETEPATAN pelayanan kesehatan pada pasien

PELAYANAN :

* 1. Pemeriksaan Penunjang Lab dan radiologi 24 jam
	2. Memberikan Informasi mengenai fasilitas-fasilitas RS Kertha Usada, jadwal praktek Dokter Spesialis dan Konsulen

7

* 1. Melayani Ambulans 24 Jam Antar Jemput Pasien Dalam dan Luar Kota

R.S.U KERTHA USADA juga melayani :

1. Klinik Nyeri

Pelayanan untuk mendiagnosa dan mengobati rasa sakit akut yang berasal dari rasa sakit di sepanjang tulang belakang (leher,punggung, dan pinggang), rasa sakit setelah operasi, rasa sakit pada kanker, dll.

Setiap Senin s/d Jum’at (13.00-15.00) yang terletak di lantai 1 Ruang C-Arm

2. Hemodialisis (Cuci Darah)

Pelayanan yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup dan pengobatan yang berkesinambungan pada penderita dengan Gagal Ginjal Stadium Akhir.Tersedia 4 alat Hemodialisa terbaru.Penanganan cuci darah ini dibawah pengawasan dokter ahli dan dokter umum bersertifikasi pelatihan Hemodialisa.Untuk Program ini anda bisa menggunakan jalur umum, asuransi swasta, asuransi askes, dan Jamkesmas.Setiap hari beroperasi 24 jam

* 1. **Tujuan**

 **1.3.1**    **Tujuan umum**

Untuk memperoleh informasi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien GE (Gastro Enteritis) diruang BCD Rumah Sakit Kerta Usadha.

 **1.3.2**    **Tujuan khusus**

8

1. Mampu melakukan tahapan pengkajian asuhan keperawatan pada penyakit Gastro Enteritis.
2. Mampu melakukan tahapan perencanaan asuhan keperawatan pada Gastro Enteritis.
3. Mampu melakukan tahapan implementasi asuhan keperawatan pada penyakit Gastro Enteritis.
4. Mampu melakukan tahapan evaluasi asuhan keperawatan gangguan pada penyakit Gastro Enteritis.

**BAB II**

**KONSEP DASAR TEORI**

* 1. **Pengertian**

 Gastro Enteritis (GE) adalah peradangan yang terjadi pada lambung dan usus membirakan gejala diare dengan atau tanpa disertai muntah (Sowden et all, 1996).

 Gastro Enteritis diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekwensi yang lebih banyak dari biasanya (FKUI, 1965).

 Gastro Enteritis adalah inflamasi pada daerah lambung dan intestinal yang disebabkan oleh bakteri yang bermacam-macam, virus dan parasit yang pathogen (Whaley dan Wong’s, 1995).

 Gastro Enteritis adalah kondisi dengan karakteristik adanya muntah dan diare yang disebabkan oleh infeksi, alergi atau keracunan zat makanan (malenan mayers, 1995).

 Dari keempat pengertian diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa Gastro Enteritis adalah peradangan yang terjadi pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare dengan frekwensi lebih banyak dari biasanya yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit yang pathogen.

9

* 1. **Penyebab /Etiologi**

10

1. Infeksi Internal, Infeksi Saluran pencernaan makanan.
2. Infeksi Bakteri : Virio e.coli, salmonella
3. Infeksi Virus : Entaro virus (Virus Ecto)
4. Infeksi Parasit : Cacing (Acaris, Tricturis), Jamur (Gurdida albicars)
5. Faktor malabsorbsi (karbohidrat, lemak, protein)
6. Faktor Makanan (makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.
7. Faktor Psikologis (rasa takut dan cemas)
	1. **Patofisiologi**

 Bakteri masuk ke GI organisme melepas toksin akibatnya keradangan lalu terjadi diare dan motalitas usus meningkat sekresi cairan dan elektrolit keusus halus. Bakteri masuk kemudian penetrasi diusus maka terjadi detruksi ulcerasi akibatnya diare lalu peristaltic meningkat.

 Bakteri mencapai mokusa merusak vili usus terjadi malabsorbsi kemudian persitaltik meningkat lalu diare.

* 1. **Tanda dan Gejala**
1. Mialgia dan kelemahan
2. Sakit kepala,
3. Nyeri perut dan kembung
4. Kadang-kadang demam hingga suhu tubuh mencapai 40 0C
5. Mual,muntah.

11

1. Berak kadang bercampur dengan darah, tinja yang berbuih atau berlendir.
2. Suara usus hiperaktif.
3. Dapat disertai dehidrasi dengan tanda-tanda: Turgor kulit turun, membran mokusa kering, hipotensi, oliguri sampai terjadi shock.
	1. **Penatalaksanaan :**
4. Farmakologik
5. Cefotaxime
6. Ranitidin
7. New diatab
8. Non Farmakologik
9. Istirahat
10. Diet
11. Berikan makanan cair/lunak
12. Jangan makan-makanan yang banyak mengandung serat.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

3.1 **Pengkajian Data Dasar**

1. Data Klien
2. Biodata Klien

Nama : Nyonya SN

Umur : 54 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Hindu

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Petani

Suku/bangsa : Bali/Indonesia

Status Marital : Sudah Kawin

Alamat : Dsn. Pasek, DS Tajun

Tanggal Masuk Rumah Sakit : 29 Agustus 2012

1. Penanggung Jawab

Nama : Tn. KR

Umur : 30 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Hindu

12

Pendidikan : SMA

13

Pekerjaan : Petani

Suku/Bangsa : Bali/Indonesia

Alamat : Dsn Pasek, DS Tajun

No Telp : -

1. Alasan Dirawat
2. Keluhan Utama : Nyeri perut dan kembung
3. Riwayat Penyakit Sekarang : Pasien mengeluh lemah sejak tadi pagi mencret 10 kali cair, pasien merasakan perih dilambung dan nyeri perut.
4. Riwayat Penyakit Terdahulu : Tidak ada penyakit yang diderita
5. Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak ada riwayat penyakit keluarga
6. Riwayat Alergi : Tidak ada riwayat alergi
7. Pengkajian Kebutuhan Dasar Klien
8. Bernafas : Sebelum sakit pasien menyatakan tidak ada gangguan nafas.

Saat sakit pasien mengeluh sesak, kesulitan saat menarik atau menghembuskan nafas dengan Frekuensi nafas 23 kali permenit.

14

1. Nutrisi (Makan dan Minum) :

**Makan** : Sebelum sakit pasien menyatakan makan 3 x sehari, dalam porsi sedang.

Saat Sakit pasien menyatakan makan 1 x sehari dalam porsi sedikit, nafsu makan menurun.

**Cairan dan Elektrolit** : Sebelum sakit pasien menyatakan minum 5 gelas dalam sehari, minuman yang dikonsumsi adalah air putih, dan susu. Tidak ada kesulitan dalam hal minum.

Saat Sakit Pasien menyatakan minum 2 gelas dalam sehari, minuman yang dikonsumsi air putih, dan pasien kesulitan untuk minum karena tidak ada nafsu minum.

1. Eliminasi : Sebelum Sakit Pasien menyatakan BAB 1 x dalam sehari, kosistensi tinja normal, tinja tidak encer , tidak ada rasa nyeri saat Bab.

15

Bak 3x dalam sehari , urine tidak bercampur darah dan nanah.

Saat Sakit Pasien menyatakan BAB lebih dari 3x dalam sehari, konsistensi tinja lembek/encer ada rasa nyeri saat Bak.

1. Pola istirahat dan Tidur : Sebelum Sakit Pasien dapat memenuhi istirahat dan tidur dengan baik sesuai dengan kebutuhan 10 jam dalam sehari.

Saat Sakit kebutuhan istirahat pasien terganggu karena sakit pada perutnya.

1. Gerak dan Keseimbangan Tubuh : Sebelum Sakit Pasien menyatakan dapat berdiri dengan seimbang, gerakan tubuh, saat berjalan pasien tidak jatuh.

Saat Sakit Pasien dapat berdiri dengan seimbang, tapi sakit diperut saat berjalan , pasien kadang terjatuh.

16

1. Kebutuhan Berpakaian : Sebelum sakit Pasien menyatakan tidak ada gangguan dalam mengenakan pakaiannya.

Saat sakit Pasien tidak bisa mengenakan pakaian karena terpasang infuse dan merasakan sakit pada perutnya sehingga harus dibantu mengenakan pakaian.

1. Mempertahankan Tempratur : Pasien menyatakan bahwa Tubuh atau sirkulasi tubuhnya tidak gerah.
2. Kebutuhan personal Hygiene : Sebelum sakit pasien menyatakan kebersihannya cukup bersih, mandi 2 x sehari, mandi memakai air hangat, memotong kukunya 5 hari sekali, dan keramas setiap 2 hari sekali.

Saat sakit kebersihan pasien terlihat cukup bersih, pasien menyatakan mandi 1 x sehari, mandi memakai air hangat, memotong kuku dan keramas setiap 5 hari sekali.

17

1. Rasa Aman dan Nyaman :

**Rasa aman** : Pasien menyatakan merasa takut, cemas dengan kondisi penyakitnya.

**Rasa Nyaman** : Pasien menyatakan nyaman dengan suasana ruangan perawatan, dan merasa nyaman dengan petugas yang merawat.

1. Berkomunikasi dengan orang lain dan mengeksperikasn emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat

 : Pasien dapat berkomunikasi dengan baik, pasien dapat mengekspresikan atau mengungkapkan rasa takutnya dengan ekspresi terlihat murung, dalam berkomunikasi pasien menggunakan bahasa verbal, dan pasien tidak marah-marah.

18

1. Kebutuhan Spiritual : Sebelum sakit pasien menyatakan melakukan sembahyang secara teratur.

Saat sakit pasien menyatakan sedikit terganggu dalam melaksanakannibadah/sembahyang,dan tidak ada tindakan keperawatan yang diberikan bertentangan dengan keyakinannya.

1. Kebutuhan Bekerja : Sebelum sakit pasien menyatakan ia adalah tulang punggung keluarganya dalam mencari nafkah, dan pekerjaan pasien adalah sebagai petani

Saat sakit pasien menyatakan bahwa ia merasa terganggu pekerjaannya dengan kondisinya saat ini.

1. Kebutuhan bermain dan rekreasi : Sebelum sakit pasien menyatakan jarang-jarang melakukan rekreasi, atau bermain.

19

Saat sakit pasien menyatakan tidak bisa melakukan rekreasi atau bermain karena ia harus istirahat yang banyak.

1. Kebutuhan Belajar : Pasien menyatakan bahwa ia berkeinginan untuk mengetahui status penyakitnya.
2. Data Pemeriksaan Fisik
3. Keadaan Umum :
	1. Kesadaran : Normal (comphos menthis)
	2. Fostur Tubuh : Tegak
	3. Kebersihan diri : Bersih
	4. Kelainan pada kulit :
		* Turgor kulit : Kembalinya lambat
		* Warna kulit : Sawo matang
		* Keutuhan Kulit : Tidak ada luka.
	5. BB : 45 kg
	6. TB : 169 Cm

20

* 1. Vital Sign :
		+ Suhu : 370C
		+ Nadi : 88 x permenit
		+ Nafas : 23 x permenit
		+ Tekanan Darah : 100/60 mmHg
1. Keadaan Fisik :
2. Kepala : Di kepala Pasien tidak ada luka, ketombe, atau hematoma.
3. Rambut : Warna rambut pasien adalah hitam, sedikit rambut putih, ada rambut rontok, dan kebersihan rambutnya cukup bersih.
4. Mata : Bentuk bola mata pasien menonjol, gerakannya simetris, konjungtiva sedikit pucat, tidak memakai kaca mata, tidak ada bengkak pada kelopak mata, tidak ada pendarahan pada sclera.
5. Hidung : Hidung pasien simetris, tidak ada benjolan di hidung, mukosa hidung lembab, tidak ada pendarahan, tidak ada nanah, tidak ada benda asing yang menyumbat.
6. Telinga : Telinga pasien sedikit kotor, tidak ada serumen yang menyumbat, tidak bau, tidak ada tanda-tanda radang, tidak ada benda asing, pendengaran pasien normal, tidak ada hematom, tidak ada luka pada daun telinga.

21

1. Mulut : Mulut pasien bersih, jumlah gigi pasien 26 , tidak ada gigi yang goyang, tidak ada radang pada selaput mukosa mulut, mulut pasien tidak berbau, tidak ada pendarahan atau bengkak, gusi tidak ada pendarahan selaput mukosa mulut, tidak ada benjolan pada dinding mulut.
2. Dada : Gerakan dada pasien simetris, tidak ada retraksi otot intercosta, whezing, tidak ada luka pada dinding dada.
3. Abdomen :
4. Inspeksi : Bentuknya simetris, tidak ada jejas, dan luka.
5. Auskultasi : Bising usus 12 x permenit
6. Perkusi : Tidak ada perut kembung.
7. Palpasi : Ada nyeri tekan didaerah epigastrik
8. Anogenital :

Alat genital : Alat genital bersih, tidak ada benjolan yang abnormal, tidak ada pendarahan di vagina, tidak ada keputihan.

22

Anus : Tidak ada benjolan di anus, dan tidak ada keluar darah segar.

1. Ekstrimitas :

Ekstrimitas atas : Kuku tangan pasien panjang, kebersihannya kurang, tidak tampak pucat atau syanosis pada ujung jari, jari-jari tangan masih lengkap, tidak ada kelumpuhan pada lengan, tangan tidak putung, tidak ada luka atau patah, dan pergerakannya normal.

Ekstrimitas Bawah : Kuku kaki pasien pendek, kebersihannya cukup bersih, tidak tampak pucat atau syanosis pada ujung jari kaki, jari kaki masih lengkap, tidak ada kelumpuhan pada kaki, kaki pasien tidak puntung, tidak ada luka atau patah, dan pergerakannya normal.

23

1. Pemeriksaan Penunjang

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TGL | Nama Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal |
| 29 Agustus 201230 Agustus 2012 | Cek (DL)HbLeukositECG | 13 gr/dL15.000 mm3/dLIrama sinus HR 100xAxis normalSinus Rhytm | P: 12-16 gram/dLL: 14-18 gram/dL5000-10.000 mm3/dL- |

1. Terapi Medis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tgl Pemberian | Jenis obat dan dosis yang diberikan | Keterangan |
| 29 Agustus 2012 | * + - Cefotaxime 3x1 gr
		- Ranitidin 2x1 ampul
		- New Diatab 3x1 tablet
 |  |

1. Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etilogi/penyebab | Masalah |
| 1. | DS :* + - Klien menyatakan Bab lebih dari 3 kali

DO :* + - Kelembaban kulit tampak kering, mukosa bibir kering, dan mata pasien cowong.
 | Diare/Bab > 3 kali Output (Pengeluaran) berlebih Intake (Pemasukan) tidak adekuat Gangguan keseimbangan cairan elektrolit | Gangguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah-muntah. |
| 2. | DS :* + - Pasien menyatakan mual atau muntah
		- Pasien mengeluh tidak ada nafsu makan

24DO :* + - Pasien tidak menghabiskan porsi makan
		- Pasien tampak lemas
		- Pasien tampak muntah
 | Mual dan MuntahAnoreksia (Tidak ada nafsu makan)Gangguan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan | Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan nutrien yang tidak adekuat mual dan muntah |
| 3 | DS :* + - Pasien mengeluh nyeri perut
		- Pasien mengeluh mual-mual

DO :* + - Pasien tampak meringis dan gelisah
		- Pasien tampak mau muntah
 | Peningkatan Asam Lambung Nyeri perut pada epigastrikGangguan rasa nyaman akibat nyeri | Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri pada perut. |

25

1. Rumusan Masalah :

26

1. Gangguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan
2. Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan
3. Gangguan Rasa Nyaman
4. Diagnosa Keperawatan
5. Gangguan Keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah yang ditandai dengan kulit kering, mukosa bibir kering, dan mata cowong.
6. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (tidak ada nafsu makan) yang ditandai dengan pasien tampak lemas, tidak mampu menghabiskan porsi makannya, pasien tampak muntah.
7. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan nyeri perut pada epigastrium, yang ditandai dengan pasien tampak gelisah, mau muntah, badan lemas, tampak kesakitan.
	1. **RENCANA TINDAKAN PERAWATAN PADA PASIEN NY. SN DENGAN DIAGNOSE MEDIS GE (Gastro Enteritis) DI RUANG BCD RUMAH SAKIT KERHA USADHA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnose Keperawatan | Tujuan  | Intervensi | Rasional |
| 1 | 29 Agustus 2012 | Gangguan Keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah yang ditandai dengan kulit kering, mukosa bibir kering, dan mata cowong. | Gangguan keseimbangan cairan dapat terpenuhi setelah diberikan askep selama 1x24 jam dengan Kriteria hasil :Tidak mual dan muntah, kulit, kulit tampak lembab tidak kering, mukosa bibir basah/lembab dab konjungtiva tidak lagi pucat.273028 | 1. Pantau intake dan output (Pemasukan dan Pengeluaran)
2. Motivasi agar pasien mau minum sebanyak-banyaknya
3. Ukur vital sign secara teratur
4. Pantau perkembangan derajat dehidrasi
5. Ukur berat badan tiap hari
6. Rawat infus
7. Laporkan kepada perawat bila cairan infuse habis
 | 1. Mengetahui jumlah cairan yang masuk dan yang keluar.
2. Untuk mempercepat terpenuhinya kebutuhan cairan tubuh.
3. Memantau kondisi pasien /keadaan umum pasien
4. Mengetahui derajat dehidrasi sehingga dapat diambil keputusan untuk melaporkan kepada perawat.
5. Mengetahui kenaikan dan penurunan berat badan pasien.
6. Menjaga kelancaran tetesan memantau serta mencegah infeksi.
7. Agar kesinambungan tindakan pemberian cairan tetap dipertahankan.
 |
| 2 | 30 Agustus 2012 | Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (tidak ada nafsu makan) yang ditandai dengan pasien tampak lemas, tidak mampu menghabiskan porsi makannya, pasien tampak muntah. | Diharapkan setelah diberikan Askep kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dengan Kriteria hasil :Pasien menyatakan sudah tidak lemas lagi dan nafsu makan kembali.2932 | 1. Timbang BB pasien
2. Berikan makanan sedikit tapi sering
3. Catat status nutrisi pasien, turgor kulit, mukosa mulut, kemampuan menelan, adanya bising usus, riwayat mual/muntah
4. Kaji pola diet pasien yang disukai/tidak disukai.
5. Catat adanya anoreksia, mual, muntah, awasi frekwensi , volume, konsistensi buang air besar (BAB).
 | 1. Memantau menentukan keseimbangan cairan yang tepat.
2. Meminimalisasi terjadinya anoreksia
3. Berguna dalam menafsirkan derajat masalah kebutuhan nutrisi pasien.
4. Membantu intervensi kebutuhan yang spesifik meningkatkan intake diet pasien.
5. Dapat menentukan jenis diet dan mengindentifikasi pemecahan masalah untuk meningkatkan intake nutrisi.
 |
| 3 | 31 Agustus 2012 | Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan nyeri perut pada epigastrium, yang ditandai dengan pasien tampak gelisah, mau muntah, badan lemas, tampak kesakitan. | Rasa sakit dapat diatasi berkurang setelah diberikan askep selama 3x24 jam. Dengan Kriteria hasil :30Rasa sakit pasa perut hilang, tidak mual-mual, pasien tampak nyaman, tidak muntah, dan badannya terasa segar.31 | 1. Berikan posisi pasien yang nyaman
2. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan yang banyak mengandung serat.
3. Anjurkan pasien untuk tetap mengatur waktu makannya.
4. Observasi TTV secara rutin
 | 1. Dengan memberikan posisi yang nyaman dapat memberikan rasa nyaman kepada pasien.
2. Dapat menghilangkan nyeri /sakit pada perut dan menurunkan aktivitas peristaltic.
3. Mencegah terjadinya sakit pada perut.
4. Untuk memantau kondisi pasien dan sebagai indicator untuk melanjutkan intervensi selanjutnya.
 |

**2.3 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. SN DENGAN DIAGNOSE MEDIS GE (Gastro Enteritis) DI RUANG BCD RUMAH SAKIT KERHA USADHA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnose Keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
| 1. | 29 Agustus 2012 | Gangguan Keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah yang ditandai dengan kulit kering, mukosa bibir kering, dan mata cowong. | 1. Memantau intake dan output (Pemasukan dan Pengeluaran)
2. Memotivasi agar pasien mau minum sebanyak-banyaknya
3. Mengukur vital sign secara teratur
4. Memantau perkembangan derajat dehidrasi
5. Mengukur berat badan tiap hari
6. Merawat infuse

321. Melaporkan kepada perawat bila cairan infuse habis
 | Infus sedang jalan fless ke II,Pasien mau minum sebanyak-banyaknya,BAB 1x sehari dengan konsistensi normal,Jumlah urine dalam sehari normal.Vital Sign:TD : 100/60Suhu : 37°CNadi : 88 x/menitBB : 45 Kg |
| 2. | 30 Agustus 2012 | Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (tidak ada nafsu makan) yang ditandai dengan pasien tampak lemas, tidak mampu menghabiskan porsi makannya, pasien tampak muntah. | 1. Menimbang BB pasien
2. Memberikan makanan sedikit tapi sering
3. Mencatat status nutrisi pasien, turgor kulit, mukosa mulut, kemampuan menelan, adanya bising usus, riwayat mual/muntah
4. Mengkaji pola diet pasien yang disukai/tidak disukai.

331. Mencatat adanya anoreksia, mual, muntah, awasi frekwensi , volume, konsistensi buang air besar (BAB).
 | Berat badan pasien kembali naik yaitu 45 kg, pasien mau makan, tidak ada rasa mual dan ingin muntah, turgor kulit kembali cepat, mukosa mulut basah/lembab. |
| 3. | 31 Agustus 2012 | Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan nyeri perut pada epigastrium, yang ditandai dengan pasien tampak gelisah, mau muntah, badan lemas, tampak kesakitan. | 1. Memberikan posisi pasien yang nyaman
2. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang banyak mengandung serat.
3. Menganjurkan pasien untuk tetap mengatur waktu makannya.
4. Mengobservasi TTV secara rutin

34 | Pasien merasa nyaman,Pasien mau makan-makanan yang telah dianjurkan,Vital Sign :TD : 100/60Suhu : 37°CNadi : 88 x/menit |

* 1. **EVALUASI KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. SN DENGAN DIAGNOSE MEDIS GE (Gastro Enteritis) DI RUANG BCD RUMAH SAKIT KERHA USADHA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnose Keperawatan | Evaluasi |
| 1. | 29 Agustus 2012Pk. 13.00 | Gangguan Keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah yang ditandai dengan kulit kering, mukosa bibir kering, dan mata cowong.35 | Subyek :* + - Pasien menyatakan BAB lebih dari 3 kali

Obyektif :* + - Kulit kering, mukosa bibir kering
		- Mata tampak cowong

Actualisasi :* + - Tujuan belum tercapai

Planing :* + - Minum cairan minimal 8-9 gelas sehari
		- Hindari mengkonsumsi minuman mengandung kafein
		- Jaga kondisi tubuh jangan terlalu capek.
 |
| 2. | 29 Agustus 2012Pk. 13.30 | Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (tidak ada nafsu makan) yang ditandai dengan pasien tampak lemas, tidak mampu menghabiskan porsi makannya, pasien tampak muntah.36 | Subyek :* + - Pasien mengeluh mual muntah
		- Pasien menyatakan tidak memiliki nafsu makan

Obyektif :* + - Pasien tidak mampu menghabiskan porsi makannya
		- Pasien tampak muntah dan tidak mau makan.

Actualisasi :* + - Tujuan belum tercapai

Planing :* + - Makan-makanan yang bernutrisi
		- Makanlah secara teratur
 |
| 3. | 29 Agustus 2012Pk. 14.00 | Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan nyeri perut pada epigastrium, yang ditandai dengan pasien tampak gelisah, mau muntah, badan lemas, tampak kesakitan.37 | Subyek :* + - Pasien menyatakan sakit perut
		- Pasien menyatakan mual-mual
		- Pasien menyatakan badan lemas dan muntah-muntah.

Obyektif :* + - Pasien tampak gelisah
		- Pasien menunjukkan keinginan muntah.

Actualisasi :* + - Tujuan belum tercapai

Planing :* + - Jaga Pola makan agar teratur.
		- Hindari makanan yang terlalu merangsang (Terlalu pedas. Berbumbu penyedap)
 |
| 4. | 30 Agustus 2012Pk. 13.00 | Gangguan Keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah yang ditandai dengan kulit kering, mukosa bibir kering, dan mata cowong. | Subyek :* + - Pasien menyatakan BAB kurang dari 3 kali perhari

Obyektif :* + - Kulit kering, mukosa bibir basah
		- Mata Cowong

Actualisasi :* + - Tujuan tercapai sebagian

Planing :* + - Jaga kondisi tubuh jangan terlalu capek.
 |
| 5. | 30 Agustus 2012Pk. 13.30 | Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (tidak ada nafsu makan) yang ditandai dengan pasien tampak lemas, tidak mampu menghabiskan porsi makannya, pasien tampak muntah.38 | Subyek :* + - Pasien menyatakan mual muntah sudah tidak dirasakan lagi
		- Pasien menyatakan nafsu makannya sedikit meningkat

Obyektif :* + - Pasien menghabiskan ½ porsi makannya
		- Pasien tidak muntah dan mau makan

Actualisasi :* + - Tujuan tercapai sebagian

Planing :Makan makanan yang bernutrisi. |
| 6. | 30 Agustus 2012 | Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan nyeri perut pada epigastrium, yang ditandai dengan pasien tampak gelisah, mau muntah, badan lemas, tampak kesakitan.39 | Subyek :* + - Pasien menyatakan sakit perut tidak dirasakan lagi
		- Pasien menyatakan sudah tidak mual-mual
		- Pasien menyatakan badan terasa lemas.

Obyektif :* + - Pasien tampak gelisah
		- Pasien tidak menunjukkan keinginan muntah

Actualisasi :* + - Tujuan tercapai sebagian

Planing :Hindari makanan yang terlalu merangsang (terlalu pedas, berbumbu penyedap). |
| 7. | 31 Agustus 2012Pk. 13.00 | Gangguan Keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah yang ditandai dengan kulit kering, mukosa bibir kering, dan mata cowong.40 | Subyek :* + - Pasien menyatakan BAB 1 kali sehari

Obyektif :* + - Kulit tidak kering, mukosa bibir basah/lembab
		- Mata tidak Cowong

Actualisasi :* + - Tujuan tercapai

Planing :Hentikan Intervensi |
| 8. | 31 Agustus 2012Pk. 13.30 | Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia (tidak ada nafsu makan) yang ditandai dengan pasien tampak lemas, tidak mampu menghabiskan porsi makannya, pasien tampak muntah.41 | Subyek :* + - Pasien menyatakan tidak lagi mual muntah
		- Pasien menyatakan sudah memiliki nafsu makan

Obyektif :* + - Pasien mampu menghabiskan porsi makannya
		- Pasien tidak muntah dan mau makan

Actualisasi :* + - Tujuan tercapai

Planing :Hentikan Intervensi |
| 9. | 31 Agustus 2012Pk. 14.00 | Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan nyeri perut pada epigastrium, yang ditandai dengan pasien tampak gelisah, mau muntah, badan lemas, tampak kesakitan. | Subyek :* + - Pasien menyatakan sakit perut sudah hilang
		- Pasien menyatakan sudah tidak mual-mual
		- Pasien menyatakan badan sudah tidak lemas.

Obyektif :* + - Pasien tampak tidak gelisah
		- Pasien tidak menunjukkan keinginan muntah

Actualisasi :* + - Tujuan tercapai (Pasien Pulang)

Planing :Hentikan Intervensi |

42

**BAB IV**

**PENUTUP**

**3.1** **Kesimpulan**

 GE (Gastro Enteritis) merupakan kumpulan gejala yang terdiri dari keluhan sakit perut, mual-mual, badan terasa lemas, tampak gelisah dan peningkatan suhu tubuh.

 GE merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering ditemui dokter dalam praktek sehari – hari. Sehingga sangat perlu di bahas tentang asuhan keperawatan penyakit Gastro Enteritis ini, yang dimulai dari pengkajian, perencanan, pelaksanaan, dan evaluasi yang kesemuanya itu harus kompeherensif. Agar dapat mengatasi masalah-masalah yang ditimbulkan, dan mecegah terjadinya penyakit ini.

* 1. **Saran**
		1. Sekolah

Sekolah seharusnya memprogramkan prakerin secara berkelanjutan. Pada saat bimbingan pihak sekolah seharusnya mengecek absensi siswa-siswi prakerin, agar tidak terjadi kejadian yang tidak diinginkan. Dan pihak sekolah sering mengawasi siswa-siswi dalam melaksanakan prakerin.

43

* + 1. Rumah Sakit

44

Sebagai salah satu rumah sakit swasta pelayanan rumah sakit Kerta Usadha harus ditingkatkan , jangan sampai membeda-bedakan pelayanan untuk pasien. Komunikasi kepada pasien harus di lakukan agar pasien merasa nyaman.

* + 1. Keluarga

Pihak keluarga harus menjaga kebersihan perseorangan jangan memakan makanan yang sudah basi, banyak kejadian di masyarakat disebabkan karena salah makan. Contohnya salah makan yang berlebihan.

* 1. Kesan

Selama saya praktek di RSU saya mendapat pengalaman yang banyak dan menambah keterampilan praktik di RSU sangat senang karena petugas-petugas yang ada disana ramah-ramah dan mau mengajari tentang hal-hal yang tidak saya tau.

**DAFTAR PUSTAKA**

45

* + - <http://phantom-vank.blogspot.com/2009/02/GasteEnteritis.html>
		- Came,Randy marion, 1987, Nursing care Plaining Guides For Fidult, USA Baltimore : William dan Wilkins.
		- Anonim.2008. Gastroenteritis in adults. <http://www.bupa.co.uk/>
		- Anonim.2009. Gastroenteritis. <http://en.wikipedia.org/wiki/gastroenteritis>.
		- Price, Sylvia Anderson, 1985, pathofisiologi konsep klinik proses-proses penyakit, Jakarta:EGC.

**LAMPIRAN 1**

46

**Prosedur Keperawatan Dasar**

**Mengukur Tanda-tanda Vital (TTV)**

1. Mengukur Tekanan Darah
	* 1. Pengertian :

Mengukur tekanan darah melalui permukaan dinding arteri

* + 1. Tujuan :

Mengetahui tekanan darah pasien

* + 1. Persiapan :
		- Persiapan Alat :
1. Spignomanometer air raksa / jarum, siap pakai / tensimeter
2. Stetoskop.
3. Buku catatan dan alat tulis.
* Persiapan Pasien dan Lingkungan :
1. Pasien diberi penjelasan tetang tindakan yang akan dilakukan.
2. Atur posisi pasien dalam keadaan rileks berbaring atau duduk.
3. Mengatur pencahayaan.
4. Tutup pintu dan jendela.
5. Mengatur suasana yg nyaman (tenang/tdk berisik).
6. Meminta membantu pasien untuk membuka/menggulung lengan baju
	* 1. Prosedur Pelaksanaan :

47

1. Mencuci tangan.
2. Memberitahu pasien bahwa tindakan yang akan dilaksanakan.
3. Letakkan tensimeter disamping atas lengan yang akan dipasang manset pada titik paralak.
4. Meminta membantu pasien membuka/menggulung baju sebatas bahu.
5. Pasang manset pada lengan bagian atas sekitar 3 cm diatas fossa cubiti dengan pipa karet dilengan atas.
6. Memakai stetoskop pada telinga.
7. Meraba arteri brachialis dengan jari tengah dan telunjuk.
8. Meletakkan stetoskop bell diatas arteri brachialis.
9. Mengunci skrup balon karet.
10. Mengunci air raksa dibuka.
11. Balon dipompa sehingga terlihat air raksa didalam pipa naik sampai denyut arteri tidak terdengar (tambah 30 mmHg), membuka sekrup balon dan menurunkan tekanan perlahan kira-kira 2 mmHg/detik.
12. Mendengarkan dengan teliti dan membaca skala air raksa sejajar dengan mata, pada skala berapa mulai terdengar bunyi serta pada skala berapa denyut terakhir terdengar lambat dan menghilang.
13. Mencatat denyut pertama sebagai tekanan sistolik dan denyut terakhir sebagai tekanan diastolic.
14. Pengunci air raksa ditutup kembali
15. Melepaskan stetoskop dari telinga.

48

1. Melepaskan manset, digulung dengan rapi dan dimasukkan dalam kotak kemudian ditutup.
2. Merapikan pasien dan mengatur kembali ke posisi semula.
3. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan.
4. Alat-alat dirapikan & disimpan pada tempatnya.
5. Mencuci tangan.
	* 1. Hal-hal yang perlu diperhatikan :
			1. Memasang manset harus tepat diatas permukaan dinding arteri brachialis.
			2. Menempelkan stetoscop jangan terlalu keras dan penggunaannya harus betul-betul tepat.
			3. Sebelum menutup tensimeter, masukkan dulu air raksa kedalam reservoarnya, manset dan balon disusun pada tempatnya untuk mencegah pecahnya tabung air raksa.
			4. Pada anak-anak digunakan manset khusus.
6. Mengukur Suhu Pada Axila
7. Pengertian :

Mengukur suhu badan pasien dengan thermometer , dilakukan pada ketiak atau axila.

1. Tujuan :

Mengetahui suhu badan pasien untuk menentukan tindakan perawatan

1. Persiapan :

49

* + - Persiapan Alat :
1. Termometer badan untuk ketiak.
2. Larutan desinfektan dalam botol/ gelas.
3. Larutan sabun dalam botol / gelas.
4. Air bersih dalam botol / gelas.
5. Kain kassa / tissue dalam tempatnya.
6. Lap handuk kecil.
7. Bengkok untuk tempat kotoran.
8. Buku catatan dan bolpoin/pensil.
* Persiapan Pasien dan Lingkungan :
1. Posisi yang nyaman.
2. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur tindakan mengukur suhu badan.
	1. Prosedur Pelaksanaan :
3. Perawat mencuci tangan dgn sabun dibawah air mengalir dan keringkan dgn lap kering / handuk.
4. Membasuh thermometer dengan air, bila sebelumnya thermometer digunakan untuk pasien lain maka thermometer direndam dalam larutan desinfektan.
5. Mengeringkan thermometer dengan tissue / kassa kering dari ujung ke arah pegangan.
6. Membuang kassa / tissue kotor kedalam bengkok.
7. Menurunkan air raksa didalam thermometer sampai angka 35 atau dibawahnya.

50

1. Memberitahu klien bahwa tindakan akan segera dilaksanakan.
2. Membawa alat-alat ke dekat pasien.
3. Meminta dan membantu pasien membuka pakaian pada daerah ketiak.
4. Mengeringkan salah satu ketiak pasien dengan handuk kering / lap.
5. Memasang thermometer pada tengah ketiak.
6. Membiarkan thermometer di ketiak selama 6 – 8 menit.
7. Mengambil thermometer dari ketiak pasien.
8. Membersihkan thermometer dengan tissue / kassa dari pangkal ke arah ujung.
9. Membuang kassa / tissue kotor ke dalam bengkok.
10. Membaca tinggi air raksa didalam larutan thermometer.
11. Mencatat hasil pengukuran pada buku atau catatan keperawatan.
12. Menurunkan air raksa didalam thermometer.
13. Memasukkan thermometer ke dalam larutan desinfektan.
14. Merapikan kembali pakaian pasien.
15. Mengembalikan pasien pada posisi yang nyaman.
16. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan.
17. Membilas thermometer dengan kassa / tissue yang dibasahi larutan sabun.
18. Keringkan dengan tissue / kassa.
19. Membuang tissue /kassa kotor dalam bengkok.

51

1. Mencelupkan thermometer ke dalam air bersih.
2. Mengeringkan thermometer dengan kassa / tissue kering.
3. Membuang kassa / tissue kotor ke dalam bengkok.
4. Mengembalikan alat ke tempat semula.
5. Mencuci tangan

###### Hal-hal yang perlu diperhatikan :

Sebelum dan sesudah melaksanakan prosedur perawatan ini. Petugas harus mencuci tangan.

Sebelum dipakai termometer diperiksa apakah dalam keadaan baik dan air raksanya sudah diturunkan sampai batas yang ditentukan yaitu 34-35ºC.

Waktu menurunkan air raksa termometer harus dalam keadaan kering dan jangan sampai menyentuh permukaan agar tidak pecah.

Dilarang membersihkan termometer dengan air panas.

1. Menghitung Denyut Nadi
2. Pengertian :

Menghitung denyut nadi dengan meraba :

* Arteri Radialis pada pergelangan tangan
* Arteri Brachialis pada siku bagian dalam
* Arteri Carotis pada leher
* Arteri Temporalis pada pelipis
* Arteri Femoralis pada lipatan paha (Selangkangan)

52

* Arteri Dorsalis Pedis pada ubun-ubun bayi
1. Tujuan :

Mengetahui jumlah denyut nadi dalam satu menit

1. Persiapan :
* Persiapan Alat :
1. Arloji dengan penunjuk detik (pols teller).
2. Buku catatan dan alat tulis.
* Persiapan pasien dan Lingkungan :
1. Jelaskan tujuan pada pasien
2. Posisikan klien nyaman
3. Prosedur Pelaksanaan :
4. Cuci tangan.
5. Jelaskan tujuan pada pasien
6. Posisikan klien nyaman.
7. Bila terlentang letakkan tangan menyilang didada bawahnya dengan pergelangan terbuka dan telapak kebawah.
8. Bila duduk, tekuk sikunya 900 dan sangga lengan bawahnya diatas kursi/tangan anda. Julurkan pergelangan dengan telapak tangan ke bawah.
9. Letakkan ujung dua jari pertama atau tiga jarri tengah tangan anda, menekan sepanjang celah radial/ibu jari di samping pergelangan dalam klien.
10. Berikan tekanan ringan diatas radialis, abaikan denyutan awal dan kemudian tekan rileks sehingga denyutan menjadi mudah di palpasi.

53

1. Bila nadi dapat teraba dengan teratur, gunakan petunjuk detik (jam) dan hitung frekuensi nadi bila teratur, hitung selama 30 menit dikalikan 2.
2. Bila tidak teratur, hitung selama 60 menit kaji keteraturan dan frekuensi, adanya disritmia, kekuatan nadi.
3. Dokumentasikan.
4. Bantu klien dalam posisi nyaman
5. Cuci tangan.
6. Hal-hal yang perlu Diperhatikan :
7. Perhatikan isi (volume) denyut nadi, iramanya teratur atau tidak, dan tekanannya keras atau lemah.
8. Menghitung denyut nadi tidak boleh dilakukan jika tangan petugas baru saja memegang es.
9. Bila keadaan pasien payah atau bila diperlukan untuk waktu-waktu tertentu, penghitungan harus dilakukan lebih sering dan dicatat dalam daftar khusus.
10. Bila terjadi perubahan pada denyut nadi pasien, segera laporkan kepada penanggung jawab ruangan atau dokter yang bersangkutan.
11. Menghitung Pernafasan :

54

1. Pengertian :

Menghitung jumlah pernafasan (inspirasi yang diikuti ekspirasi) dalam satu menit.

1. Tujuan :

Menghiung jumlah pernafasan dalam satu meni guna mengetahui keadaan umum pasien.

1. Persiapan :
* Persiapan Alat :
1. Arloji dengan penunjuk detik (pols teller).
2. Buku catatan dan alat tulis.
* Persiapan Pasien dan Lingkungan :
	+ - 1. Klien diberi penjelasan yang dilakukan.
1. Klien harus dapat istirahat cukup.
2. Posisi klien harus diatur sesuai dgn kebutuhan.
3. Prosedur Pelakasanaan :
4. Mencuci tangan.
5. Menyiapkan alat-alat.
6. Menghitung pernafasan dengan melihat naik turunnya dada.
7. Dengan jam yang berjarum detik, hitunglah jumlah pernafasan 30 detik kalikan dua untuk memperoleh kecepatannya per menit.
8. Jika pernafasannya abnormal, hitunglah kecepatannya selama satu menit penuh untuk mendapatkan kecepatan yang akurat.
9. Mencatat hasil dalam buku catatan pernafasan.

55

1. Merapikan kembali klien dan alat-alat.
2. Mencuci tangan.
3. Bila ada kelainan segera laporkan kepada penanggung jawab ruangan / yang bersangkutan.

**LAMPIRAN 2**

56

 **Menimbang Berat Badan**

1. Pengertian :

Menimbang berat badan dengan mempergunakan timbangan badan.

1. Tujuan :
2. Untuk mengetahui berat badan dan perkembangan berat badan pasien.
3. Membantu menentukan program pengobatan , diet dan lain-lain.
4. Dilakukan :
5. Pada setiap pasien baru
6. Pada pasien khusus, misalnya : diabetes militus, penyakit jantung dan nepritis.
7. Pada ibu hamil, bayi, dan anak-anak.
8. Persiapan :
* Persiapan Alat :
1. Timbangan berat badan yang siap pakai.
2. Buku catatan dan alat tulis.
* Persiapan Pasien dan Lingkungan :
1. Ruangan dalam keadaan terang
2. Beritahu pasien tentang tindakan yg akan dilakukan.
3. Prosedur Pelaksanaan :

57

1. Bawa alat-alat kedekat pasien, letakkan timbangan BB ditempat yang rata dan terang.
2. Perawat cuci tangan.
3. Timbangan diatur / distel dengan alat penunjuk pada posisi nol.
4. Mempersilakan pasien naik ke timbangan, tanpa alas kaki.
5. Untuk pasien anak-anak yang tidak dapat berdiri atau berjalan harus digendong, hasilnya dikurangi BB yang menggendong.
6. Bacalah angka yang ditunjukkan jarum sejajar dengan mata, dan catat hasilnya.
7. Mempersilahkan pasien turun dari timbangan dan kembali ke tempat semula.
8. Jarum penunjuk timbangan harus dikembalikan pada angka nol dan timbangan harus dikunci, bila mempunyai kunci.
9. Mencuci tangan.
10. Hal-hal yang harus diperhatikan :
11. Sebelum dipakai timbangan di stel dengan alat penunjuknya pada posisi nol.
12. Pasien anak-anak yang tiak dapat berjalan atau berdiri harus digendong. Hasilnya dikurangi berat badan yang menggendong.
13. Timbangan harus diletakkan ditempat yang terang dan rata.

**LAMPIRAN 3**

58

 **Menolong memberikan maknan dan minuman kepada pasien yang tidak dapat makan dan minum sendiri**

1. Persiapan Alat :

Peralatan makan menurut kebutuhan (misalnya piring, sendok, garpu, gelas minum, serbet dan jika perlu pisau dan mangkok untuk cuci tangan).

Makanan dan minuman disiapkan dan dibawa ketempat pasien.

Lingkungan sekitar pasien dirapikan.

1. Persiapan Pasien :
	* + - 1. Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan, dan pasien disiapkan dalam keadaan nyaman dengan posisi kepala lebih tinggi daripada badan.
2. Prosedur Pelaksanaan :
3. Serbet dibentangkan dibawah dagu pasien.
4. Petugas duduk dengan posisi yang memudahkan perkerjaan.
5. Pasien ditawari minum jika perlu dengan menggunakan sedotan.
6. Suapkan makanan sedikit demi sedikit sambil berkomunikasi dengan pasien, perhatikan apakah makanan sudah habis ditelan oleh pasien sebelum menyiapkan makanan selanjutnya.
7. Setelah diberi makan pasien diberi minum dilanjutkan dengan pemberian obat.
8. Mulut pasien dan sekitarnya dibersihkan , kemudian pasien dirapikan kembali.

59

1. Peralatan dibereslan dan dikembalikan ketempat semula.

LEMBAR BIMBINGAN

60

SMK KESEHATAN KARYA USDHA

Nama : MD RUDIANINGSIH

NIS : 057

Judul Kasus : GE (Gastro Enteritis)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Tgl Konsul | Revisi | TTD |
| 1. | 27 Oktober 2012 | - Halaman judul |  |
| - lembar Pengesahan |
| - Motto dan Persembahan |
| - Kata Pengantar |
| - Latar Belakang |
| - Konsep dasar Teori (Pengertian) |
| - Pengkajian (Data Klien, Kebutuhan  dasar klien, keadaan fisik) |
| - Daftar Pustaka |
| 2.  | 05 November 2012 | - Analisa data |  |
| - Rumusan Masalah dan Diagnose  Keperawatan |
| - Evaluasi Keperawatan |
| - Saran  |
| 3. | 10 November 2012 | - Pengkajian (Keadaan Fisik pasien) |  |
| - Analisa Data |
| - Daftar Isi |
| - Rumusan Masalah dan Diagnose  Keperawatan |
| 4. | 12 November 2012 | - Rumusan Masalah dan Diagnosa  Keperawatan | 61 |
| - Analisa Data |
| - Evaluasi Keperawatan |