**LAPORAN PRAKTIK KERJA INDUSTRI**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. KN DENGAN GEA DI RUANG MELATI RSU SHANTI GRAHA**

**DARI TANGGAL 15 AGUSTUS 2012 S/D 17 AGUSTUS 2012**

****

**OLEH**

**WAYAN ULANDARI**

**NIS : 030**

**SEKOLAH MENENGAH KEJURUAN**

**KESEHATAN KARYA USADHA SINGARAJA**

**PROGRAM KEAHLIAN KEPERAWATAN**

**2012**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**LAPORAN PRAKTIK KERJA INDUSTRI**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. KN DENGAN GEA DI RUANG MELATI RSU SHANTI GRAHA**

**DARI TANGGAL 15 - 17 AGUSTUS 2012**

Pembimbing Akademik

KADEK DWI MEDIANI A.Md.Kep

Pembimbing Ruangan

KADEK AGUS SUPRIYADI , A.Md.Kep

Mengetahui

Kepala Sekolah SMK Kesehatan Karya Usadha Singaraja

Drs. PUTU RENA M.Ag.

i

**Motto & persembahan**

Motto

“Pengalaman adalah guru yang terbaik tetapi buanglah pengalaman buruk yang hanya merugikan”

**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 Bapak Kadek Agus Supriyadi, A.Md.Kep sebagai pembimbing lapangan atas bimbingan, masukan serta motivasinya 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 Tn. KN DENGAN GEA DI RUANG MELATI RSU SHANTI GRAHA DARI TANGGAL 15 - 17 AGUSTUS 2012”.

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

1. Dr. Wayan Suarjana selaku 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. Bapak Kadek Agus Supriyadi, 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

 Wayan Ulandari

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 Shanti Graha .. ………………………… 2
	3. Tujuan ………………………………………………………….. 6

1.3.1 Tujuan Umum ………………………………………... 6

1.3.2 Tujuan Khusus ……………………………………….. 6

**BAB II KONSEP DASAR TEORI**

* 1. Tinjauan Konsep ………………………………………………… 7
		1. Pengertian ………………………………………………… 7
		2. Penyebab ………………………………………………… 8
		3. Patofisiologi …………………………………………….. 8
		4. Manifestasi Klinis ……………………………………….. 10
		5. Pemeriksaan Penunjang …………………………………. 10
		6. Penatalaksanaan …………………………………………. 11

**BAB III LAPORAN KASUS**

* 1. Pengkajian Data Dasar ………………………………………… 13
	2. Perencanaan (Intervensi) ……………………………………… 28

v

* 1. Pelaksanaan Keperawatan (Implementasi) …………………… 33
	2. Evaluasi ……………………………………………………….. 37

**BAB IV PENUTUP**

3.1 Kesimpulan ………………………………………………....... 41

3.2 Saran ………………………………………………………….. 41

3.3 Kesan …………………………………………………………. 42

DAFTAR PUSTAKA …………………………………………………… 43

LAMPIRAN …………………………………………………………….. 44

vi

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

 Gastroenteritis merupakan penyakit yang dipicu oleh infeksi dan peradangan pada sistem pencernaan. merupakan penyakit yang dipicu oleh infeksi dan peradangan pada sistem pencernaan. Gejala khas termasuk kram perut, diare dan muntah. Dalam banyak kasus, kondisi menyembuhkan sendiri dalam beberapa hari.

Komplikasi utama gastroenteritis adalah dehidrasi, tetapi hal ini dapat dicegah jika cairan hilang karena muntah dan diare diganti. Seseorang yang menderita gastroenteritis yang parah mungkin memerlukan cairan intravena Beberapa penyebab gastroenteritis termasuk virus, bakteri, racun bakteri, parasit, bahan kimia tertentu dan beberapa obat.

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa tujuh dari sepuluh kematian anak di negara berkembang dapat disebabkan oleh lima penyebab utama yakni salah satunya adalah Gastroenteritis yang masih merupakan salah satu penyebab utama mortalitas anak-anak di berbagai negara yang sedang berkembang. Setiap tahunnya lebih dari satu milyar kasus Gastroenteritis dan sebanyak 3,3 juta kasus Gastroenteritis pada balita yang setiap 2-3 % kemungkinan jatuh kedalam keadaan dehidrasi .

 Data Departemen Kesehatan RI, menyebutkan bahwa angka bahwa angka penyakit Gastroenteritis di Indonesia saat ini adalah 230-342 per 1000 penduduk setiap tahunnya untuk semua golongan umur dan 60 kejadian Gastroenteritis tersebut terjadi pada balita yang sebagian mengakibatkan kematian. Penyakit Gastroenteritis merupakan salah satu masalah di Indonesia karena sering menimbulkan wabah. Sedangkan untuk daerah provinsi bali terdapat 15-20 % penderita Gastroenteritis ( Data Departemen Kesehatan RI ). Data Riset Kesehatan daerah menyebutkan bahwa di daerah kabupaten Buleleng, terdapat kasus Gastroenteritis sebanyak 30-35 %, sedangkan data tentang kasus Gastro Enteritis yang ada di Rumah Sakit Shanti Graha adalah sebanyak 40%, sebagiannya adalah balita dan tidak ada yang sampai meninggal ( RSU Shanti Graha ).

1

Dari data tersebut, penulis tertarik untuk membuat laporan dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa Gastroenteritis”..

2

* 1. **Gambaran Umum Rumah Sakit Shanti Graha**

 Rumah Sakit Umum Shanti Graha adalah salah satu rumah sakit swasta yang berada di wilayah Kabupaten Buleleng, yang beralamat di Desa Sulanyah Kecamatan Seririt , Kabupaten Buleleng. Jaraknya ± 1 km dari rumah saya, dan jarak dari sekolah ke Rumah Sakit shanti graha ± 8 km.

 Sebagai Rumah Sakit swasta yang memiliki komitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada warga masyarakat kabupaten buleleng khususnya warga masyarakat dari wilayah Kecamatan Seririt, Kecamatan Gerokgak, Kecamatan Busungbiu, hingga Kecamatan Pupuan Kabupaten Tabanan. Dengan jenis pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Baik di dalam gedung maupun di kunjungi dalam kegiatan safari kesehatan. Rumah Sakit Shanti Graha juga menjalin kerjasama dengan salah satu klinik di suatu desa guna meningkatkan jaringan masyarakat yang lebih luas dan meningkatkan mutu pelayanannya.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan rawat inap, Rumah Sakit Shanti Graha terdiri dari beberapa ruang perawatan yang ada, yaitu :

3

1. Wijaya Kusuma :

merupakan ruang VIP yang ada di RS Shanti Graha yang mempunyai kapasitas 2 kamar, yang di dalamnya terdapat fasilitas seperti 1 bed pasien, 1 sofa , 1 LCD TV, 1 kamar mandi dalam, 1 lemari, 1 kulkas serta telepon operator RS.

1. Angsoka :

merupakan ruang kelas I yang ada di RS Shanti Graha yang mempunyai kapasitas 4 kamar, yang di dalamnya terdapat fasilitas seperti 1 bed pasien, LCD TV, Lemari, kamar mandi dalam, kulkastelepon operator RS.

1. Anggrek :

4

merupakan ruangan kelas II yang ada di RS Shanti Graha yang mempunyai kapasitas 3 kamar , yang di dalamnya terdapat fasilitas seperti 2 bed pasien, dengan gorden sebagai pemisah antar bed pasien, 2 lemari kecil, LCD TV, kamar mandi dalam, telepon operator RS.

1. Dahlia :

merupakan ruangan yang ada di RS Shanti Graha yang mempunyai kapasitas 3 kamar , yang di dalamnya terdapat fasilitas seperti 4 bed pasien, 4 lemari kecil, 2 kamar mandi dalam ruangan,dengan gorden sebagai pemisah antar bed pasien, telepon operator RS.

1. Mawar& Melati :

merupakan ruangan yang ada di RS Shanti Graha yang mempunyai kapasitas masing-masing 1 kamar, dengan fasilitas yang sama terdapat di dalamnya yaitu 8 bed pasien , 2 kamar mandi dalam ruangan, dan gorden sebagai pemisah antar bed pasien, mawar untuk pasien perempuan dan melati untuk pasien laki-laki.

1. Isolasi :

5

ruang/ kamar perawatan khusus bagi pasien dengan penyakit menular , dengan kapasitas 1 kamar , yang terdapat fasilitas seperti 1 bed pasien, 1 lemari, kamar mandi dalam ruangan, serta telepon operator RS.

1. HCU :

Merupakan kamar/ ruang perawatan bagi pasien yang membutuhkan perawatan yang lebih intensif. Dengan kapasitas 3 bed pasien, 3 monitor, dan fasilitas lainnya yang mendukung proses perawatan intensif.

1. Ruang operasi :

Rumah Sakit Shanti Graha juga menyediakan ruangan operasi yang di gunakan untuk bedah minor dengan peralatan yang lengkap.

Jadi , dapat di totalkan Rumah Sakit Umum Shanti Graha mempunyai kapasitas 30 tempat tidur pasien dalam 6 kamar / ruang perawatan dan 1 ruang/ kamar perawatan khusus serta 1 kamar/ ruang perawatan intensif , 1 ruang operasi untuk melakukan tindakan operasi terhadap pasien, untuk pelayanan rawat inap. Dan untuk tenaga medis yang ada di ruang rawat inap antara lain, 7 perawat, 6 bidan, 6 dokter spesialis. Sedangkan untuk pasien rawat jalan, Rumaah Sakit Shanti Graha mempunyai Unit/ Instalasi Gawat Darurat yang di gunakan sebagai tempat penanganan pertama untuk pasien, dan untuk tenaga medisnya terdapat 10 perawat, dan 6 dokter jaga.

Rumah Sakit Shanti Graha juga menyediakan praktek-praktek dokter spesialis yang membuka praktek sesuai dengan jam kerjanya masing-masing.

6

Rumah Sakit Shanti Graha juga menyediakan ruangan lab untuk pemeriksaan lab, guna untuk memastikan diagnose yang di dapat. Dimana di ruang lab terdapat 4 orang analis.

* 1. **Tujuan Laporan**

 **1.3.1**     **Tujuan umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan mampu menerapkan pelayanan keperawatan dasar terhadap klien dengan penyakit Gastroenteritis di RSU Shanti Graha.

 **1.3.2**    **Tujuan khusus**

1. Untuk mengetahui dan memahami teori tentang penyakit Gastroenteritis akut.
2. Mampu memberikan pelayanan keperawatan dasar terhadap klien dengan penyakit Gastroenteritis akut.
3. Mampu memahami dan memberikan asuhan keperawatan dasar terhadap klien dengan penyakit Gastroenteritis Akut.

**BAB II**

**KONSEP DASAR TEORI**

**2.1 Tinjauan konsep**

**2.1.1 Pengertian**

1. Gastroenteritis Akut adalah peradangan akut lapisan lambung dan usus ditandai dengan anoreksia, rasa mual, nyeri abdomen dan diare. Diaere yang dimaksud adalah buang air besar yang berkali – kali lebih dari 3 kali. Konsistensi feses cair (kamus besar Dorland Hartanto, 2002)
2. Gastroenteritis Akut adalah radang lambung dan usus yang memberikan gejala diare tanpa disertai muntah (muntah berak) (Kapita Selkta Kedokteran edisi 2)
3. Gastroenteritis Akut adalah sebagai inflamasi membran mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan muntah dan diare yang berakibat kehilangan cairan dan elektrolit yang menimbulkan dehidrasi dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. (Cecilya L.Bets, 2002)

7

**2.1.2 Penyebab /Etiologi**

8

1. Faktor infeksi
2. Infeksi bakteri : vibrio, E.Colli, Salmonella, Aeromonas dan sebagainya
3. Infeksi virus : Adenovisus, Rotalitus, Astrovirus, Eterovirus
4. Infeksi parasit : cacing, protozoa
5. Faktor malabsorbsi

Malabsorbsi karbohidrat, lemak atau protein

1. Faktor Makanan

Makanan basi, beracun dan alergi terhadap makanan

1. Faktor psikologis

Rasa takut dan cemas

1. Imunodefisiensi

Dapat mengakibatkan terjadinya pertumbuhan bakteri

* + 1. **Patofisiologi**

 Gastroenteritis akut ditandai dengan muntah dan diare berakibat kehilangan cairan dan elektrolit. Penyebab utama Gastroenteritis akut adalah virus ( roba virus, adenovirus enteric, Norwalk virus serta parasit (blardia lambia) pathogen ini menimbulkan penyakit dengan menginfeksi sel-sel.). Organisme ini menghasilkan enterotoksin atau kritotoksin yang merusak sel atau melekat pada dinding usus pada gastroenteritis akut. Usus halus adalah organ yang paling banyak terkena.

 Gastroenteritis akut ditularkan melalui rute rectal, oral dari orang ke orang. Beberapa fasilitas perawatan harian yang meningkatkan resiko Gastroenteritas dapat pula merupakan media penularan. Transpor aktif akibat rangsang toksin bakteri terhadap elektrolit kedalam usus halus sel intestinal mengalami iritasi dan meningkatkan sekresi cairan dan elektolit, mikroorganisasme yang masuk akan merusak sel mukosa intestinal sehingga akan menurunkan area permukaan intestinal.

9

 Perubahan kapasitas intestinal dan terjadi gangguan absorpsi cairan dan elektolit. Peradangan dapat mengurangi kemampuan intestinal mengabsorpsi cairan dan elektrolit hal ini terjadi pada sindron mal absorpsi yang meningkatkan mutilitas usus intestinal. Meningkatnya motilitas dan cepatnya pengosongan pada intestinal merupakan gangguan dari absorpsi dan sekresi cairan dan elektrolit yang berlebihan. Cairan potassium dan dicarbonat berpindah dari ronga ekstra seluler kedalam tinja sehingga menyebabkan dehidrasi, kekurangan elektrolit dapat terjadi asidosis metabolic.

 Iritasi oleh suatu pathogen mempengaruhi lapisan mukosa usus sehingga terjadi produk sekretonik termasuk mucus. Iritasi mikroba juga mempengaruhi lapisan otot sehingga terjadi peningkatan molitas menyebabkan banyak air dan elektrolit terbuang, karena waktu yang tersedia untuk penyerapan zat-zat tersebut di colon berkurang.

10

* + 1. **Manifestasi Klinis**
1. Gejala awal :
2. Gelisah
3. Suhu badan meningkat
4. Nafsu makan menurun atau tidak ada
5. Tinja cair (mungkin mengandung darah atau lendir) BAB lebih dari 3 kali
6. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur empedu.
7. Gejala lain :
8. Muntah (dapatterjadi sebelum atau sesudah diare)
9. Gejala dehidrasi
10. Berat badan menurun
11. Tonus dan turgor kulit berkurang
12. Selaput lendir dan bibir kering
	* 1. **Pemeriksaan Penunjang**
13. Laboratorium
14. Pemeriksaan tinja : baik makroskopik maupun miskroskopik harus dilakukan untuk menentukan diagnose yang pasti.
15. Pemeriksaan darah : homogram lengkap (Hb, erotrosit, leutosit dan hematoksi) untuk membantu menemukan derajat dehidrasi dan infeksi.

11

1. Pemeriksaan urin : ditetapkan volume, berat jenis, pH dan elektrolitnya.
2. Endoskopi

Pemeriksaan endoskopi sebaiknya dilakukan sebagai pekerjaan rutin pada setiap penderita diare untuk mempermudah dalam pembuatan diagnose.

1. Radiologi

Penderita sering mengalami diare yang hilang timbul misalnya regional enteritis.

* + 1. **Penatalaksanaan** :
1. Terapi Rehidrasi

Tujuan terapi rehidrasi untuk mengoreksi kekurangan cairan dan elektrolit secara cepat kemudian mengganti cairan yang hilang sampai diarenya berhenti dengan cara memberikan oralit, cairan infuse yaitu RL, Destrose 5%, dll.

1. Antis pasmodik, antikoli nergik, contoh obat : papaperin
2. Obat anti diare ;
3. Obat anti motilitas dan sekresi usus (10 peramid)
4. Oktreotia (sondostatin) pada diare sk;erotik
5. Obat diare yng mnegraskan tinja dan absorbs zat tosit : Nosit 1 – 2 tablet

12

1. Antiemetik (metoclopramid)
2. Vitamin dan mineral, vit B1 , asam folat
3. Makanan harus ditersukan bahkan ditingkatkan selama diare untuk menghindari efek buruk pada status gizi.

**BAB III**

**LAPORAN KASUS**

**3.1 Pengkajian Data Dasar**

 A. Data Klien

 1. Biodata Klien

Nama : Tn.KN

Umur : 50 tahun

Jeinis Kelamin : Laki-laki

Agama : Hindu

Pendidikan : -

Pekerjaan : Nelayan

Suku bangsa : WNI

S.Marital : Kawin

Alamat : Dusun pala, Desa Pengastulan

Tgl MRS : 15-8-2012

1. Penanggung Jawab

Nama : ST

Umur : 45 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Hindu

Pendidikan : -

Pekerjaan : IRT

13

Suku/ Bangsa : WNI

14

Alamat : Dsn.Pala,Desa Pengastulan

No. Hp. : 087863068XXX

B. Alasan Dirawat

1. Keluhan Utama : Mencret dan muntah
2. Riwayat Penyakit Sekarang : Pasien datang dengan keluhan mencret dan muntah dengan frekuensi lebih dari 3 x dan konsistensi tinja cair. Pasien mengatakan mencret dan muntah sejak kemarin sore.
3. Riwayat Penyakit Terdahulu : Pasien mengatakan ada riwayat penyakit Gastro Enteritis ( diare ) sebelumnya.
4. Riwayat Penyakit Keluarga : Pasien mengatakan keluarga pasien pernah mengalami diare.
5. Riwayat Alergi : Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap obat, makanan ataupun minuman tertentu

C. Pengkajian Kebutuhan Dasar Klien

15

1. Bernafas : Sebelum sakit pasien menyatakan nafasnya normal.

Saat sakit nafas pasien masih normal.

1. Nutrisi (Makan dan Minum) :

**Makan** : Sebelum sakit pasien menyatakan makan 3 x sehari dalam porsi sedang, kebiasaan makan memakai tangan, pasien memiliki nafsu makan dan mampu menghabiskan 1 porsi makan.

Saat sakit pasien menyatakan makan 3 x sehari tapi dalam porsi kecil, pasien menyatakan minum hanya pada saat makan saja.

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

16

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

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.

17

1. Gerak dan Keseimbangan Tubuh : Sebelum sakit pasien menyatakan dapat berdiri dengan seimbang.

Saat sakit pasien menyatakan kesulitan dalam berdiri karena badan masih lemas.

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

Setelah sakit pasien menyatakan terganggu dalam memakai pakaian sebab terpasang infus.

1. Mempertahankan Tempratur : Pasien menyatakan bahwa Tubuh atau sirkulasi tubuhnya gerah dan ruangan panas.
2. Kebutuhan personal Hygiene : Sebelum sakit pasien menyatakan kebersihan dirinya cukup bersih, mandi 2 x sehari, mandi memakai air dingin, memotong kuku ±1 minggu sekali, keramas 2 hari sekali.

Saat sakit pasien menyatakan hanya di lap saja 1 hari 2 x dan tidak sempat keramas.

18

1. Rasa Aman dan Nyaman :

**Rasa aman** : Pasien menyatakan bahwa ia merasa aman, dan tidak takut terhadap tindakan yang dilakukan oleh petugas.

**Rasa Nyaman** : Pasien menyatakan tidak nyaman dan merasa bosan berada di rumah sakit dan ingin cepat-cepat pulang.

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

 : Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan mengungkapkan apa yang ia rasakan.

1. Kebutuhan Spiritual : Sebelum sakit pasien menyatakan melakukan sembahyang 2 x sehari.

19

Setelah sakit pasien merasa terganggu sebab tidak bisa melakukan ibadah seperti biasa.

1. Kebutuhan Bekerja : Sebelum sakit pasien menyatakan bahwa ia adalah tulang punggung keluarga, Setelah sakit pasien menyatakan bahwa ia terganggu kegiatannya dengan kondisi saat ini sebab tidak bisa menafkahi keluarga.
2. Kebutuhan bermain dan rekreasi : Sebelum sakit pasien menyatakan bahwa ia jarang pergi rekreasi bersama keluarga,ia sibuk dengan pekerjaanya yaitu sebagai nelayan mencari ikan di laut. Setelah saikt pasien menyatakan bahwa kondisinya sekarang yang masih dalam keadaan lemas, dapat mempengaruhi pekerjaanya saat ini.

20

1. Kebutuhan Belajar : Pasien memiliki rasa keingintahuan tentang penyakit dan pengobatannya, agar pasien bisa menghindari faktor dari penyakitnya tersebut.

D. Data Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum :
	1. Kesadaran : Comphos menthis
	2. Fostur Tubuh : Bungkuk
	3. Kebersihan diri : Cukup Bersih
	4. Kelainan pada kulit :
		* Turgor kulit : Kembalinya lambat (lebih dari 2 detik)
		* Warna kulit : Sawo matang
		* Keutuhan Kulit : Tidak ada luka.
	5. BB :

Sebelum Sakit : 50 Kg

Saat Sakit : 49 Kg

* 1. TB : 160 Cm
	2. Vital Sign :

21

* + - Suhu : 360C
		- Nadi : 90 x permenit
		- Nafas : 18 x permenit
		- Tekanan Darah : 110/80 mmHg
1. Keadaan Fisik :
2. Kepala : Tampak ketombe, Bentuk Lonjong, Tidak ada bengkak, Tampak Bersih.
3. Rambut : Hitam, tidak rontok, pertumbuhan tidak merata.
4. Muka : Tampak meringis.
5. Mata : Cowong, gerakan simetris, Konjungtiva pucat (Anemis), Sclera tidak Icterus.
6. Hidung : Tampak simetris, tidak ada benjolan, mukosa hidung lembab.
7. Telinga : Cukup bersih, tidak ada benjolan, tidak ada nanah, atau tidak ada Serumen
8. Mulut : Bibir kering, lidah kotor, tidak berbau, tidak ada Caries atau sariawan.
9. Dada : Bentuk dada Simetris, tidak ada Ronchi, tidak ada Wising, tidak ada luka pada dinding dada.
10. Abdomen :

22

1. Inspeksi : Tampak simetris, tidak ada bekas luka
2. Auskultasi : Bising usus 13 x permenit
3. Perkusi : Padat atau tidak kembung
4. Palpasi : Pasien menyatakan tidak ada nyeri dibagian perut atau abdomen.
5. Anogenital :

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

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

1. Ekstrimitas :

Ekstrimitas atas : Tidak ada kecacatan, pergerakan terbatas karena terpasang infus dibagian tangan kanan pasien.

Ekstrimitas Bawah : Tidak ada kecacatan atau kelumpuhan, pergerakan normal, jumlah jari kaki normal dan cukup bersih.

E. Terapi Medis

23

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tgl Pemberian | Jenis Obat dan dosis yang diberikan | Keterangan |
| 15/8/12 | * Ranitidine 2 x 1
* Ondansentron Tab 3 x 1
* Antasida 3 x 1
* Newdiatab 3 x 1
* Cefotaxime 3 x 1
* IUFD 20 tpm
* Ketorolak 3x1
* Omeprazol 1x1
 |  |

1. Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etilogi/penyebab | Masalah |
| 1. | DS :* Pasien mengatakan BAB lebih dari 3x perhari
* Pasien mengatakan lemas

DO :* Konjungtiva pucat
* Turgor lambat (lebih dari 2 detik)
* Bibir kering
* Mata Cowong
* Pasien tampak lemas

24 | BAB lebih dari 3 x sehariOutput berlebihanInput kurangGangguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan | Gangguan Keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan. |
| 2. | DS :* Pasien mengatakan mual
* Pasien mengatakan nafsu makan menurun

DO :* Pasien tampak makan hanya 3 sendok makan
* Pasien tampak lemah
* Tekanan darah 110/80 mmHg
* Nadi 90 x pemenit.
* Berat badan menurun.
 |  Mual-mual Nafsu makan menurun (Anoreksia)Ganguan pemenuhan nutrisi Kurang dari kebutuhan | Perubahan Nutrisi kurang dari kebutuhan. |
| 3 | DS :* Pasien mengeluh sakit pada ulu hati
* Pasien mengeluh mual-mual

DO :* Pasien tampak gelisah
* Peristaltik usus pasien meningkat
* Pasien tampak meringis kesakitan
 | Asam Lambung meningkatNyeri Epigastrium25Rasa tidak nyaman | Gangguan rasa nyaman nyeri. |

26

1. Rumusan Masalah :

27

1. Gangguan rasa nyaman.
2. Gangguan Keseimbangan Cairan.
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan.
4. Diagnosa Keperawatan
5. Ganguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan b/d OutPut berlebih dan Input yang kurang yang ditandai dengan Turgor lambat, bibir kering, lidah kotor, mata tampak cowong, TD : 110/80 mmHg, N : 90x/ menit, S : 36 ºC, R: 18x/ menit, mata Cowong.
6. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Anorexsia, diare yang ditandai dengan BB menurun, pasien hanya makan 3 sendok makan, TD : 110/80 mmHg, N : 90 x / menit.
7. Gangguan rasa nyaman nyeri b/d sakit pada epigastrium, mual-mual, badan terasa lemas yang ditandai dengan pasien tampak gelisah.
	1. **RENCANA TINDAKAN PERAWATAN PADA PASIEN Tn. KN DENGAN DIAGNOSA MEDIS GEA (GASTROENTERITIS AKUT) DIRUANG MELATI RSU SHANTI GRAHA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnose Keperawatan | Tujuan  | Intervensi | Rasional |
| 1 | 15-08-12Pk. 13.00 | Ganguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan b/d OutPut berlebih dan Input yang kurang yang ditandai dengan Turgor lambat, bibir kering, lidah kotor, mata tampak cowong, TD : 110/80 mmHg, N : 90x/ menit, S : 36 ºC, R: 18x/ menit, mata Cowong. | Diharapkan dalam waktu 1x24 jam, keseimbangan cairan terpenuhi dengan kriteria :1. BAB tidak lebih dari 1 x perhari
2. Intake dan Output seimbang
3. Turgor kulit baik

281. Mata tidak cowong
2. Bibir lembab
3. TD : 120/80 mmHg
4. Nadi : 80 x permenit

29 | 1. Observasi tanda-tanda dehidrasi.
2. Mencatat Intake dan Output Cairan
3. Timbang berat badan setiap hari
4. Berikan cairan melalui infus sesuai dengan indikasi
5. Anjurkan kepada pasien agar mau minum sebanyak-banyaknya.
6. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat
 | 1. Keseimbangan cairan kulit dipertahankan selama episode akut, karena feses didorong melalui usus terlalu cepat.
2. Mengetahui keseimbangan antara intake dan Output klien dan mengetahui banyak pergantian cairan yang diperlukan.
3. Sebagai indikasi dalam pemenuhan cairan atau nutrisi.
4. Memperbaiki kehilangan cairan
5. Kebutuhan cairan lebih cepat terpenuhi.
6. Memenuhi kebutuhan cairan.

  |
| 2 | 15-08-12 Pk. 15.00 | Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Anorexsia, diare yang ditandai dengan BB menurun, pasien hanya makan 3 sendok makan, TD : 110/80 mmHg, N : 90 x / menit. | Diharapkan dalam waktu 1x24 jam, keseimbangan nutrisi dapat terpenuhi dengan Kriteria :1. Dapat menghabiskan porsi makanan yang disediakan.
2. TD : 120/80 mmHg
3. Nadi : 80 x permenit.

30 | 1. Kaji dan catat masukan oral klien.
2. Berikan klien diet lunak, dengan porsi kecil tapi sering.
3. Kolaborasi dengan timp medis dalam pemberian obat.
4. Diet yang diberikan adalah bubur.
 | 1. Memantau nafsu makan pasien.
2. Mencegah kekosongan lambung yang dapat mengiritasi lambung.
3. Kebutuhan nutrisi terpenuhi.
4. Dengan makanan lunak seperti bubur tidak akan mengiritasi lambung.
 |
| 3 | 15-08-12Pk. 18.00 | Gangguan rasa nyaman nyeri b/d sakit pada epigastrium, mual-mual, badan terasa lemas yang ditandai dengan pasien tampak gelisah. | Rasa sakit dapat diatasi berkurang setelah diberikan askep selama 1x24 jam. Dengan Kriteria hasil :1. Rasa sakit pada perut hilang,
2. Tidak mual-mual, pasien tampak nyaman, tidak muntah,
3. Badannya terasa segar.

31 | 1. Berikan posisi pasien yang nyaman
2. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan yang banyak mengandung serat, seperti buah-buahan ataupun sayuran.
3. Anjurkan pasien untuk tetap mengatur waktu makannya.
4. Observasi TTV secara rutin
5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat
 | 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.
5. Mengurangi nyeri sampai hilang.
 |

32

**3.3 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. KN DENGAN DIAGNOSA MEDIS GEA (GASTROENTERITIS AKUT) DURUANG MELATI RSU SHANTI GRAHA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnose Keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
| 1. | 16-08-12Pk. 13.00 | Ganguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan b/d OutPut berlebih dan Input yang kurang yang ditandai dengan Turgor lambat, bibir kering, lidah kotor, mata tampak cowong, TD : 110/80 mmHg, N : 90x/ menit, S : 36 ºC, R: 18x/ menit, mata Cowong.33 | 1. Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi.
2. Mencatat Intake dan Output Cairan

Intake : 1500 ccOutput : 1500 cc (urine)1. Menimbang berat badan setiap hari
2. Memberikan cairan melalui infus sesuai dengan indikasi yaitu RL 20 Tpm
3. Menganjurkan kepada pasien agar mau minum sebanyak-banyaknya.

Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat 1. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat :
* Ranitidine 2x1
* Ondacentron Tab. 3x1
* Antasida 3x1
* IUFD 20 Tpm
 | * Pasien mengatakan BAB 1 x perhari
* Turgor kulit kembali cepat (Kurang dari 2 detik)
* Mata tidak cekung
* Bibir basah (lembab)
* Intake dan Output sudah seimbang.
* TD : 120/80 mmHg
* Nadi : 80 x permenit
 |
| 2. | 16-08-12Pk. 15.00 | Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Anorexsia, diare yang ditandai dengan BB menurun, pasien hanya makan 3 sendok makan, TD : 110/80 mmHg, N : 90 x / menit.34 | 1. Mengkaji dan mencatat masukan oral klien.
2. Memberikan klien diet lunak, dengan porsi kecil tapi sering.
3. Kolaborasi dengan timp medis dalam pemberian obat :
* Ranitidine 2x1
* Ondacentron Tab. 3x1
* Antasida 3x1
* IUFD 20 Tpm
1. Diet yang diberikan adalah bubur.
 | * Pasien mengatakan nafsu makan sudah mengingkat
* Pasien dapat menghabiskan 1 porsi makanan yang tersedia
* TD : 120/80 mmHg
* Nadi : 80 x permenit
 |
| 3. | 16-0812Pk. 18.00 | Gangguan rasa nyaman nyeri b/d sakit pada epigastrium, mual-mual, badan terasa lemas yang ditandai dengan pasien tampak gelisah.35 | 1. Memberikan posisi pasien yang nyaman
2. Meganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang banyak mengandung serat.
3. Menganjurkan pasien untuk tetap mengatur waktu makannya.
4. Mengobservasi TTV secara rutin
5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat :
* New Diatab 3x1
* Ketorolak 3x1
* Cepotaxime 3x1

Omeprasol 1x1 | * Pasien menyatakan nyeri sudah hilang
* Pasien tampak tidak gelisah
* TD : 120/80 mmHg
* Nadi : 80 x permenit
* Raut muka pasien tampak tidak meringis
 |

36

**3.4 EVALUASI KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. KN DENGAN DIAGNOSA MEDIS GEA (GASTROENTERIITS AKUT) DIRUANG MELATI RSU SHANTI GRAHA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnose Keperawatan | Evaluasi |
| 1. | 15-08-12Pk. 13.00 | Gangguan rasa nyaman b/d sakit perut, mual-mual, badan terasa lemas yang ditandai dengan pasien tampak gelisah dan mau muntah. | S = Pasien menyatakan nyeri berkurangO = - Pasien tampak gelisah* Raut muka tampak meringis
* TD : 110/80 mmHg

A = Tujuan belum tercapaiP = Lanjutkan Intervensi |
| 2. | 15-0812Pk. 13.30 | Ganguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan b/d OutPut berlebih dan Input yang kurang yang ditandai dengan Turgor lambat, bibir kering, lidah kotor, mata tampak cowong, TD : 110/80 mmHg, N : 90x/ menit, S : 36 ºC, R: 18x/ menit, mata Cowong.37 | S = Pasien mengatakan BAB lebih dari 3x perhariO = - Turgor kulit lambat* Mata Cowong
* Bibir kering

A = Tujuan belum tercapaiP = Lanjutkan Intervensi |
| 3. | 15-08-12Pk. 14.00 | Pememenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Anorexsia, diare yang ditandai dengan BB menurun, pasien tampak menghabiskan ¼ porsi makanan, TD : 110/80 mmHg, N : 90 x / menit. | S = Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan O = - Pasien menghabiskan ¼ porsi makanan* TD : 180/80 mmHg
* Nadi 85 x permenit

A = Tujuan belum tercapaiP = Lanjutkan Intervensi |
| 4. | 16-08-12Pk. 13.00 | Gangguan rasa nyaman b/d sakit perut, mual-mual, badan terasa lemas yang ditandai dengan pasien tampak gelisah dan mau muntah.38 | S = Pasien menyatakan nyeri hilangO = - Pasien tampak tenang* Raut muka tidak meringis

A = Tujuan tercapaiP = Hentikan Intervensi |
| 5. | 16-08-12Pk. 13.30 | Ganguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan b/d OutPut berlebih dan Input yang kurang yang ditandai dengan Turgor lambat, bibir kering, lidah kotor, mata tampak cowong, TD : 110/80 mmHg, N : 90x/ menit, S : 36 ºC, R: 18x/ menit, mata Cowong. | S = Pasien mengatakan BAB lebih dari 3x perhariO = - Turgor kulit lambat* Mata tidak Cowong
* Bibir lembab

A = Tujuan tercapai sebagianP = Lanjutkan Intervensi |
| 6. | 16-08-12Pk. 14.00 | Pememenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Anorexsia, diare yang ditandai dengan BB menurun, pasien tampak menghabiskan ¼ porsi makanan, TD : 110/80 mmHg, N : 90 x / menit.39 | S = Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan O = - Pasien menghabiskan ½ porsi makanan* TD : 180/80 mmHg
* Nadi 85 x permenit

A = Tujuan tercapai sebagianP = Lanjutkan Intervensi |
| 7. | 17-08-12Pk. 13.30 | Ganguan keseimbangan cairan kurang dari kebutuhan b/d OutPut berlebih dan Input yang kurang yang ditandai dengan Turgor lambat, bibir kering, lidah kotor, mata tampak cowong, TD : 110/80 mmHg, N : 90x/ menit, S : 36 ºC, R: 18x/ menit, mata Cowong. | S = Pasien mengatakan BAB 1x perhariO = - Turgor kulit kembali epat (kurang dari 2 detik)* Mata tidak Cowong
* Bibir lembab
* TD : 120/80 mmHg
* Nadi : 80 x permenit

A = Tujuan tercapai P = Hentikan Intervensi |
| 8. | 17-08-12Pk. 14.00 | Pememenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Anorexsia, diare yang ditandai dengan BB menurun, pasien tampak menghabiskan ¼ porsi makanan, TD : 110/80 mmHg, N : 90 x / menit. | S = Pasien mengatakan ada nafsu makan untuk makanO = - Pasien menghabiskan 1 porsi makanan yg disediakan* TD : 120/80 mmHg
* Nadi 80 x permenit

A = Tujuan tercapai P = Lanjutkan Intervensi |

40

38

**BAB IV**

**PENUTUP**

**4.1 Kesimpulan**

 Dari pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa GEA ( Gastro Enteritis Akut ) merupakan peradangan pada lapisan lambung dan usus ditandai dengan Anoreksia, rasa mual, nyeri Abdomen dan diare yang lebih dari 3x.

 Penyebab dari penyakit GEA ini adalah bisa disebabkan oleh faktor infeksi, faktor makanan, faktor fisiologi, dan sebagainya.

 Gejala yang muncul yaitu suhu badan meningkat, nafsu makan menurun, tinja air BAB lebih dari 3x, muntah, gejala Dehidrasi, berat badan menurun, turgor kulit melambat, bibir kering.

 Dengan itu GEA adalah salah satu penyakit saluran cerna yang banyak di derita oleh kalangan masyarakat, sehingga meningkatkan angka kesakitan di Indonesia terutama di Kabupaten Buleleng.

* 1. **Saran**
		1. Untuk Sekolah :

Berikan bimbingan yang lebih sehingga siswa mampu mengerti bagaimana membuat laporan yang benar.

41

* + 1. Untuk Pasien dan Keluarga

42

Ikutlah asuhan keperawatan yang di berikan oleh tim medis agar masalah / penyakit dapat di atasi.

* + 1. Untuk Rumah Sakit

Meningkatkan Asuhan Keperawatan kepada pasien khususnya penyakit GEA.

* 1. **Kesan**

Saya sangat merasa senang selama saya melekukan prakerin di Rumah Sakit, karena ini pengalaman pertama saya untuk terjun langsung ke Rumah Sakit. Sebelumnya saya sempat mengira Prakerin itu membosankan, karena kita bekerja tanpa gaji. Tapi, begitu saya di Rumah Sakit, saya merasakan hal yang baru. Sesuatu yang berbeda, bisa merawat langsung pasien yang sakit, memberikan tindakan-tindakan yang sebelumnya tidak bisa saya lakukan di sekolah ataupun di Puskesmas. Pada intinya, saya senang dengan kegiatan Prakerin ini.

**DAFTAR PUSTAKA**

43

* + - 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**

44

**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 :

45

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.

46

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 :

47

* + - 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.

48

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.

49

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)

50

* 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.

51

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 :

52

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.

53

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

**LAMPIRAN 2**

54

 **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 :

55

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**

56

 **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.

57

1. Peralatan dibereslan dan dikembalikan ketempat semula.

**LAMPIRAN 4**

58

 **Memberikan Obat Oral**

1. Pengertian :

Menyiapkan dan memberikan obat untuk pasien melalui mulut dan selanjutnya ditelan.

1. Tujuan :

Memberikan obat kepada pasien melalui mulut secara tepat dan benar, sesuai dengan program pengobatan.

1. Bentuk dan Macam Obat :
2. Obat cair yang terdiri dari

Larutan, misalnya : OBH

Suspensi, misalnya : Chroramphenicol syrop

Emusi, misalnya : scott’s emulsion

1. Obat padat, yaitu berupa tepung atau puyer, tablet atau pil, dan kapsul.
2. Persiapan Alat :
3. Meja atau baki
4. Obat-obat yang diperlukan dalam tempatnya
5. Gelas obat
6. Sendok obat
7. Gelas ukuran
8. Air minum dan tempatnya
9. Lap kerja atau tissue bila mungkin disediakan
10. Buku catatan dan kartu-kartu obat yang mencantumkan secara lengkap:

59

* + - 1. Nama pasien
			2. Nomor tempat tidur
			3. Nomor register
			4. Jenis dan nama obat
			5. Dosis obat
			6. Jadwal pemberian obat
			7. Lain-lain.
1. Prosedur Pelaksanaan :
2. Siapkan meja atau baki oabt lengkap dengan obat dan gelas obat sesuai dengan kebutuhan.
3. Obat-obat yang telah disiapkan beserta kartu-kartunya untuk masing-masing pasien diperiksa kembali, lalu diberikan langsung kepada pasien dan tunggu sampai obat ditelan habis. Bila perlu petugas membantunya.
4. Setiap pemberian obat harus dicatat pada kartu obat.
5. Hal-hal yang harus diperhatikan :
6. Pemberian obat harus secara tepat waktunya, macam atau jenisnya dan dosisnya, serta benar cara pemberiaanya.
7. Obat-obat yang dibeli sendiri oleh pasien, harus disimpan didalam lemari obat pada tempat khusus dan dengan etiketnama yang jelas. Bila kurang yakin atau kurang jelas mengenai catatan tersebut , tanyakan kembali kepada penanggung jawab ruangan atau dokter yang bersangkutan.
8. Pada waktu menyiapkan obat , bacalah etiket dari tiap-tiap obat, sekurang-kurangnya tiga kali yaitu pada saat :

60

* + - * 1. Mengambil obat dari lemari penyimpanan
				2. Membuka tutupnya
				3. Meletakkannya kembali kedalam lemari.
1. Obat-obat yang kurang jelas etiketnya tidak boleh dipergunakan.
2. Pada waktu menuangkan obat-obat cair, sisi botol yang beretiket harus berada disebelah atas, agar etiket tidak kena cairan dan dapat dengan mudah dibaca.
3. Setelah mengambil obat tempat obat harus selalu ditutup kembali dan benar-benar tertutup rapat.
4. Bila terjadi kesalahan dalam memberikan obat harus segera dilaporkan kepada penanggung jawab ruangan atau dokter yang bersangkutan.
5. Bila terjadi reaksi pada saat dan setelah pemberian obat harus segera dilaporkan kepada penanggung jawab ruangan atau doketer yang bersangkutan, dan pemberian obat segera dihentikan.