**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1. LATAR BELAKANG**

Penyakit diare sering di sebut dengan Gastroenteritis, yang masih merupakan masalah masyarakat indonesia. Dan diare merupakan penyebab utama morbilitas dan mortalitas masyarakat di negara berkembang. Gastroenteritis atau diare diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dengan frekwensi yang lebih banyak dari biasanya ( Mansjoer Arif dkk, 1999 ).

Di perkirakan angka kesakitan berkisar antara 150-430 per seribu penduduk setahunnya. Dengan upaya yang sekarang telah di laksanakan, angka kematian di Rumah Sakit dapat di tekan menjadi kurang dari 3%. Dengan demikian di Indonesia di perkirakan di temukan penderita diare sekitar 60 juta kejadian setiap tahunnya. Sebagian besar antara 70-80 % dari penderita anak di bawah umur 5 tahun . Sebagian besar dari penderita ( 1-2%) akan jatuh ke dalam dehidrasi dan apabila tidak segera di tanggulangi dengan benar akan berakibat buruk. Untuk itu saya tertarik membuat Asuhan Keperawatan kepada Tn.” Z “ umur 38 tahun dengan Gastroenteritis di Lingkungan I Kelurahan Belawan .

**1.2.Tujuan**

* + 1. Tujuan Umum

Penulis mampu menerapkan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Keluarga

Tn.Z dengan Gangguan Sistem Pencernaan “GASTROINTERITIS “ di

Lingkungan I Kelurahan Belawan.

* + 1. Tujuan Khusus

a.Penulis mampu melakukan pengkajian kepada Tn.Z Pada Asuhan Keperawatan Keluarga.

b.Penulis mampu menegakan diagnosa Keperawatan Tn.Z dengan Asuhan Keperawatan Keluarga .

c.Penulis mampu merumuskan rencana keperawatan kepada Tn.Z dengan Asuhan Keperawatan Keluarga.

d.Penulis mampu melakukan implementasi kepada Tn. Z dengan Asuhan Keperawatan Keluarga.

e.Penulis mampu mengevaluasi dan melaksanakan tindakan keperawatan yang telah di laksanakan.

**1.3. Metode Penulisan**

Dalam penulisan karya ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu metode ilmiah yang menggambarkan keadaan nyata yang di jumpai pada keluarga tersebut.

**1.3.1. Studi Kepustakaan**

Yaitu memperoleh bahan-bahan yang di perlukan dalam penulisan ini melalui buku-buku, yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini.

**1.3.2. Wawancara**

a. Alloanamnese : yaitu pengumpulan data keluarga melalalui puskesmas

b. Autoanamnese : yaitu di peroleh langsung dari pasien dengan tanya jawab.

**1.3.3. Observasi**

Penulis mengadakan pengamatan langsung terhdap Tn.Z sehingga pasien dapat melihat secara nyata untuk mengetahui keadaan keluarga Tn.Z.

**1.3.4. Studi Dokumentasi**

Mempelajari catatan-catatan yang berhubungan dengan status kesehatan keluarga dari puskesmas.

**1.4. Ruang Lingkup Penulisan**

Mengingat luasnya permasalahan yang di temui dan adanya keterbatasan dari penulis maka dalam laporan kasus ini penulis melakukan “ Asuhan Keperawatan Keluarga di Lingkungan I Kelurahan Belawan “

**1.5. Sistematika Penulisan**

Bab I **:** Pendahuluan berisikan latar belakang, tujuan, metode penulisan observasi

Studi kepustakaan, wawancara, observasi , studi dokumentasi, ruang lingk

Penulisan.

Bab II : Tinjauan teoritis berisikan Konsep dasar, definisi, etiologi, patofisiologi,

Tanda dan gejala, penatalaksanaan, konsep asuhan keperawatan, pengkajia-

an, diagnosa keperawatan, perencanaan/implementasi, evaluasi.

Bab III : Tinjauan Kasus berisikan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencana-

an/implementasi, evaluasi

Bab IV : Pembahasan berisikan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencananan

evaluasi

Bab V : Kesimpulan, saran dan daftar pustaka

**BAB II**

**LANDASAN TEORITIS**

**2.1.KONSEP DASAR GASTROINTERITIS**

**1. Pengertian Diare**

Diare adalah buang air besar ( defekasi ) dengan jumlah yang lebih banyak dari biasanya dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair . Dapat pula di sertai frekuensi defekasi yang meningkat. Pengertian lain diare adalah sebuah pennyakit di mana penderita mengalami buang air besar yang sering dan masih memiliki kandungan air yang berlebihan.

**2.1.1 DEFINISI**

Gastrointeritis adalah peradangan yang terjadi pada lambung, usus besar, dan usus halus di sebabkan oleh infeksi makanan yang mengandung bakteri atau virus yang memberikan gejala diare dengan frekuensi lebih dari 6 kali dalam sehari dengan konsistensi encer dan kadang – kadang di sertai dengan muntah – muntah. Dari biasanya yang di sebabkan oleh bakteri, virus, dan parasit yang patogen.

Gastroenteritis dapat menyerang segala usia, karena di sebabkan oleh mikroorganisme yang merupakan bagian dari flora yang dapat menghuni tempat di seluruh permukaan bumi.

**2.1.2 ETIOLOGI**

Ada beberapa etiologi penyebab gastrointeritis di antaranya adalah sebagai

berikut :

a. Makanan dan Minuman

Kekurangan zat gizi, kelaparan ( perut kosong ) apabila perut kosong dalam waktu yang cukup lama, kemudian di isi dengan makanan dan minuman dalam jumlah banyak pada waktu bersamaan, terutama makanan yang berlemak, terlalu manis, banyak serat atau dapat juga karena kekurangan zat putih telor. Tidak tahan terhadap makanan tertentu ( protein, hidrat arang, lemak ) yang dapat menimbulkan alergi.

b. Infeksi atau investasi parasit bakteri, virus, dan parasit yang sering yang sering di temukan :

1. Vibrio Cholerae, E.coli, Salmonella, shigella, Compylobacter, Aeromonas.

2. Enterovirus ( Echo, Coxsakie, poliommyelitis), Adenovius, Rotavirus,astovirus.

3.Beberapa cacing antara lain : Ascaris, Trichuriius, oxyurius, strongloides, Protozoa seperti Entamoebahistolica, yang di sebabkan oleh bakteri berlangsung dalam periode yang lebih lama.

c. Jamur ( Candida albicans)

Ada beberapa jenis jamur yang dapat menyebabkan Gastrointeritis :

1.Infeksi di luar saluran pencernaan

Infeksi di luar saluran pencernaan yang dapat menyebabkan Gastrointeritis

adalah Encephalitis ( radang otak ), OMA, Tonsilofaringitis ( radang pada leher

tonsil ), Bronchopnemonia ( radang paru ).

2.Perubahan Udara

Perubahan udara sering menyebabkan seseorang merasakan tidak enak di

bagian perut, kembung, diare dan mengakibatkan rasa lemas, oleh karena itu

cairan tubuh terkuras habis.

d.Faktor Lingkungan

Pada musim penghujan di mana air membawah sampah dan kotoran lainnya,

dan juga pada waktu kemarau di mana lalat tidak dapat di hindari apalagi di

barengi tiupan angin, sehingga penularan lebih mudah terjadi. Akibatnya terjadi

Radang pada saluran cerna dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh diarae

dengan berbagai macam komplikasi yaitu dehidrasi , baik ringan, sedang, atau

berat. Selain itu diare juga menyebabkan berkurangnya cairan tubuh dan kadar

gula dalam darah turun ( Hipoglikemi ).Sebagai akibat nya tubuh akan bertambah

lemas.Kondisi seperti ini akan semakin cepat apabila diare diare di sertai dengan

muntah – muntah

**2 .1.3 PATOFISIOLOGI**

Penyebab gastrointeritis akut adalah masuknya virus ( Rotavirus, Adenovirus, Enteris, Virus Norwalk ), Bakteri atau toksin ( Compylobakter, Salmonella, Escherihia Coli, Yersinia, dan lainnya ), Parasit ( Biardia Lambia, Criptosporidium ). Beberapa mikroorganisme patogen ini menyebabkan infeksi pada sel – sel, memproduksi enterotoksin di mana merusak sel – sel, atau melekat pada dinding usus pada gastrointeritis akut.

Penularan gastrointeritis biasa melalui fekal – oral dari satu penderita ke penderita lainya. Beberapa kasus di temui penyebaran patogen di karenakan makanan dan minuman yang terkontaminasi.Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotik ( makanan yang tidak dapat di serap akan menyebabkan osmotic dalam rongga usus meningkat sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, isi usus berlebihan sehingga timbul diare ). Selain itu menimbulkan gangguan secresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit ( Dehidrasi ) yang mengakibatkan gangguan asam basa ( Asidodosis Metabolik dan Hipokalemia ), gangguan gizi ( intake kurang , output lebih ), hipoglikemia, dan gangguan sirkulasi darah.

Normalnya makanan atau feses bergerak sepanjang usus karena gerakan

peristaltik dan segmentasi usus. Namun akibat terjadi infeksi oleh bakteri , maka pada saluran pencernaan akan timbul mur – mur usus yang berlebihan dan kadang menimbulkan rasa penuh pada perut sehingga penderita selalu ingin BAB dan feases penderita encer. Dehidrasi merupakan komplikasi yang sering terjadi jika cairan yang di keluarkan oleh tubuh melebihi cairan yang masuk, cairan yang keluar di sertai elektrolit.

**2.1.4 TANDA DAN GEJALA**

1. Kuman Salmonella

Suhu tubuh naik, konsistensi tinja cair/encer dan berbau tidak enak, mengandung lendir dan darah, stadium prodomal berlangsung selama 2-4 hari dengan gejala sakit kepala, nyeri dan perut kembung.

2. Kuman Escherichia Coli

Lemah, berat badan sukar naik, pada bayi mulas yang menetap.

3. Kuman Vibrio

Konsistensi encer dan tanpa di ketahui mules dalam waktu singkat terjadi,

akan beruba menjadi cairan putih keruh tidak berbau busuk amis , yang bila diare

akan beruba menjadi campuran putih, mual dan kejang pada otot kaki.

4. Kuman Disentri

Sakit perut, muntah, sakit kepala, BAB berlendir dan berwarna kemerahan,

suhu badan bervariasi, nadi cepat.

5. Kuman Virus

Tidak suka makan, BAB berupa cair, jarang di dapat darah, berlangsung selama

2-3 hari.

6. Gastroenteritis Cholefrom

Gejala utamanya diare dan muntah , diare yang terjadi tanpa mulas dan tidak

mual, bentuk tinja seperti air cucian beras dan sering mengakibatkan dehidrasi.

7. .Gastroenteritis Desentrium

Gejala yang timbul adalah toksik diare, kotoran mengandung darah dan lendir yang di sebut sindroma desentri, jarang mengakibatkan dehidrasi dan tanda yang sangat jelas timbul empat hari sekali yaitu febris, perut kembung, anoreksia, mual dan muntah.

**2.1.5. PENATA LAKSANAAN**

Dasar pengobatan diare adalah pemberian cairan , dietetik dan obat – obatan

Pemberian cairan :

1.Cairan Per oral

Pada pasien gastroenteritis dehidrasi ringan dan sedang , cairan di berikan per

oral . Beberapa cairan yang berisikan NaCL, NahC03, KCL dan Glukosa.

2.Cairan Parental

Pada umumnya di gunakan cairan Ringer Laktat ( RL ) yang pemberiannya

bergantung pada berat ringannya dehidrasi, yang di perhitungkan dengan

kehilangan sesuai umur dan berat badannya.

**2.1. KONSEP DASAR KELUARGA**

Keluarga adalah lingkungan di mana beberapa orang yang, masih memiliki

hubungan darah dan bersatu. Keluarga di definisiikan sebagai sekumpulan orang

yang tinggal dalam satu rumah yang masih mempunyai hubungan kekerabatan /

hubungan darah karena perkawinan, kelahiran, adopsi dan lain sebagainya.

Keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak- anak yang masih belum menikah di sebut keluarga batih. Sebagai unit pergaulan terkecil yang hidup dalam masyarakat, keluarga batih mempunyai peranan **( Soerjono,2004: 23 )** yaitu :

a. Keluarga batih berperan sebagai pelindung bagi pribadi – pribadi yang menjadi anggota di mana ketentraman dan ketertiban di peroleh wadah tersebut.

b. Keluarga batih merupakan unit sosial – ekonomis yang secara material memenuhi kebutuhan anggotanya.

c. Keluarga batih menumbuhkan dasar – dasar bagi kaidah – kaidah pergaulan hidup. d. Keluarga batih merupakan wadah di mana manusia mengalami proses sosialisasi awal, yakni seatu proses dimana manusia mempelajari dan mematuhi kaidah – kaidah dan nilai – nilai yang berlaku dalam masyarakat.

Hubungan keluarga adalah seatu ikatan dalam keluarga yang terbentuk yang di kemukakan oleh *Robert R.Bell* **( Ihromi, 2004: 91** ), yaitu :

a. Kerabat dekat ( *Conventional Kin* ) yaitu terdiri dari individu yang terikat perkawinan melalui hubungan darah, adoposi dan atau perkawinan, seperti suami isteri, orang tua, anak, dan antar saudara ( *Siblings* ).

b. Kerabat jauh ( *Discrectionary Kin* ) yaitu terdiri individu yang terikat dalam keluarga melalui hubungan darah, adopsi dan atau perkawinan, tetapi ikatan keluarganya lebih lemah dari pada keluarga dekat. Anggota kerabat jauh kadang – kadang tidak menyadari adanya hubungan keluarga tersebut. Hubungan yang terjadi di antara mereka biasanya karena kepentingan pribadi dan bukan karena adanya kewajiban sebagai anggota keluarga. Biasanya mereka terdiri atas paman, bibi, keponakan dan sepupu.

c. Orang yang di anggap kerabat ( *fictive Kin* ) yaitu seseorang di anggap anggota kerabat karena ada hubungan yang khusus, misalnya hubungan antar teman dekat.

Erat tidaknya hubungan dengan anggota kerabat tergantung dari jenis

kerabatnya dan lebih lanjut di katakan *Adams*, bahwa hubungan dengan anggota kerabat juga dapat di bedahkan menurut kelas sosial. Hubungan keluarga bisa di lihat dari :

a.Hubungan suami isteri

Hubungan antar suami isteri pada keluarga yang institusional di tentukan oleh faktokr – faktor di luar keluarga seperti : adat, pendapat umum, dan hukum.

b. Hubungan orang tua anak

Secara umum kehadiran anak dalam keluarga dapat di lihat sebagai faktor yang menguntungkan orang tua dari segi psikologis, ekonomis, dan sosial.

c. Hubungan antar saudara ( *Sublings* )

Hubungan antara saudara bisa di pengaruhi oleh jenis kelamin , umur, jumlah anggota keluarga, jarak kelahiran, rasio saudara laki – laki terhadap saudara perempuan , umur orang tua pada saat mempunyai anak pertama, dan umur anak pada saat mereka keluar dari rumah hubungan keluarga yang di maksudkan dalam penelitian ini adalah hubungan orang tua dan anaknya. Secara umum kehadiran anak dalam keluarga dapat di lihat sebagai fakktor yang menguntungkan orang tua dari segi psikologis, ekonomis dan sosial. Secara psikologis orang tua akan bangga dengan prestasi yang di miliki anaknya , secara ekonomis, orang tua menganggap anak adalah massa depan bagi mereka dan secara sosial mereka telah dapat di katakan sebagai orang tua.

Dari ketiga definisi diatas dapat di tarik seatu kesimpulan keluarga adalah :

1. Unit terkecil masyarakat.

2. Terdiri dari dua orang atau lebih .

3. Adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah.

4. Hidup dalam satu rumah tangga.

5. Di bawah asuhan seorang kepala rumah tangga.

6. Berinteraksi di antara sesama anggota keluarga.

7. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing- masing.

8. Menciptakan, mempertahankan, seatu kebudayaan.

**1. Struktur Keluarga**

Struktur keluarga terdiri dari bermacam – macam, di antaranya adalah :

a. Patrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu di susun melalui jalur garis ayah.

b. Matrilineal : adalah keluaga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu di sususn melalui jalur ibu.

c.Matrilokal : adalah sepasang suami isteri yang tinggal bersama keluarga sedarah

d. Patrilokal : adalah sepasang suami isteri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluaraga Kawinan : adalah hubungan suami isteri sebagai dasar baagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi dari bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami isteri.

**2. Ciri – ciri Keluarga**

Menurut *Anderson Carter*, ciri – ciri Keluarga adalah :

a. Terorganisasi : saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.

b. Ada keterbatasan : setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing – masing.

c. Ada perbedaan dan kekhususan : setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing – masing.

**3. Tipe/Bentuk Keluarga**

a. Keluarga inti ( Nuclear Family ), adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak – anak.

b. Keluarga besar ( Extended Family ), adalah keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, misalnya,nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan lainya.

c. Keluarga berantai ( Serial Family ), adalah keluarga yang terdiri wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan keluarga inti.

d. Keluarga duda / duda ( Single Family ), adalah keluarga yang terjadi karena perceraiaan atau kematian.

e. Keluarga berkomposisi ( Composite ), adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.

f. Keluarga Kabitas ( Cahabitation ), adalah dua orang menjadi tanpa pernikahan tetapi membentuk satu keluarga

**4. Pemegang Kekuasaan Dalam Keluarga**

a. Patriakal, yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah di pihak ayah.

b. Matriakal, yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah di di pihak ibu.

c. Equalitarian, yang memegang kekuasaan dalam keluarga adalah ayah dan ibu.

**5. Peranan Keluarga**

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat,

kegiatan berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan

individu dalam keluarga di dasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga,

kelompok, dan masyarakat.

Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

a.Peranan Ayah :

Ayah sebagai suami dari isteri dan anak – anak, berperan sebagai pencari

nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kapala keluarga,

sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari

lingkunganya.

b. Peranan Ibu :

Sebagai isteri dan ibu dari anak – anak, ibu mempunyai peranan untuk

mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak – anaknya,

pelindung dan sebagai sala satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai

anggota masyarakat dari lingkunganya, di samping itu juga ibu dapat berperan

sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

c. Peranan Anak :

Anak – anak melaksanakan peran psiko – sosial sesuai dengan tingkat

perkembanganya baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

**2.2. Konsep Asuhan Keperawatan**

1. Gastrointeritis

Gastrointeritis adalah peradangan yang terjadi pada lambung, usus besar, dan usus halus di sebabkan oleh infeksi makanan yang mengandung bakteri atau virus yang memberikan gejala diare dengan frekuensi lebih dari 6 kali dalam sehari dengan konsistensi encer dan kadang – kadang di sertai dengan muntah – muntah. Dari biasanya yang di sebabkan oleh bakteri, virus, dan parasit yang patogen.

Gastroenteritis dapat menyerang segala usia, karena di sebabkan oleh mikroorganisme yang merupakan bagian dari flora yang dapat menghuni tempat di seluruh permukaan bumi.

2. Keluarga

Keluarga adalah lingkungan di mana beberapa orang yang, masih memiliki

hubungan darah dan bersatu. Keluarga di definisiikan sebagai sekumpulan orang

yang tinggal dalam satu rumah yang masih mempunyai hubungan kekerabatan /

hubungan darah karena perkawinan, kelahiran, adopsi dan lain sebagainya.

Keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak- anak yang masih belum menikah di sebut keluarga batih. Sebagai unit pergaulan terkecil yang hidup dalam masyarakat, keluarga batih mempunyai peranan **( Soerjono,2004: 23 )** yaitu :

a. Keluarga batih berperan sebagai pelindung bagi pribadi – pribadi yang menjadi anggota di mana ketentraman dan ketertiban di peroleh wadah tersebut.

b. Keluarga batih merupakan unit sosial – ekonomis yang secara material memenuhi kebutuhan anggotanya.

c. Keluarga batih menumbuhkan dasar – dasar bagi kaidah – kaidah pergaulan hidup. d. Keluarga batih merupakan wadah di mana manusia mengalami proses sosialisasi awal, yakni seatu proses dimana manusia mempelajari dan mematuhi kaidah – kaidah dan nilai – nilai yang berlaku dalam masyarakat.

Hubungan keluarga adalah seatu ikatan dalam keluarga yang terbentuk yang di kemukakan oleh *Robert R.Bell* **( Ihromi, 2004: 91** ), yaitu :

a. Kerabat dekat ( *Conventional Kin* ) yaitu terdiri dari individu yang terikat perkawinan melalui hubungan darah, adoposi dan atau perkawinan, seperti suami isteri, orang tua, anak, dan antar saudara ( *Siblings* ).

b. Kerabat jauh ( *Discrectionary Kin* ) yaitu terdiri individu yang terikat dalam keluarga melalui hubungan darah, adopsi dan atau perkawinan, tetapi ikatan keluarganya lebih lemah dari pada keluarga dekat. Anggota kerabat jauh kadang – kadang tidak menyadari adanya hubungan keluarga tersebut. Hubungan yang terjadi di antara mereka biasanya karena kepentingan pribadi dan bukan karena adanya kewajiban sebagai anggota keluarga. Biasanya mereka terdiri atas paman, bibi, keponakan dan sepupu.

c. Orang yang di anggap kerabat ( *fictive Kin* ) yaitu seseorang di anggap anggota kerabat karena ada hubungan yang khusus, misalnya hubungan antar teman dekat.

**2.2.1. Pengkajian**

Pengkajian yang sistematis meliputi pengumpulan data, analisa data dan penentuan masalah. Pengumpulan data di peroleh dengan cara intervensi, observasi, psikal assessment yang meliputi : nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, pendidikan suku bangsa dll.

1 .Riwayat Penyakit Dahulu

Klien sudah BAB lima kali dalam sehari, lemah, demam

2. Riwayat Penyakit Sakarang

Klien lemah,BAB sudah lebih lima kali dalam sehari dengan konsistensi encer di sertai mual dan muntah.

3. Riwayat Sosial

Klien tinggal di lingkunhan kumuh dan berdebuh yang padat penduduknya

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Di dalam keluarga ada yang pernah mengalami penyakit yang di derita klien

5. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Klien lemah, diare, mual dan muntah

Kesadaran : Composmentis

TTV : Tensi 90/60 mmHg, Nadi 88 x/mnt, Suhu 38,5 C, RR 22x/i

6. Pemeriksaan Head to toe :

a.Kepala : Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan, kulit kepala bersih

b. Mata : Tidak ada sekret, konjungtivitas merah mudah, sklera putih

c. Mulut : mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, lidah bersih

d. Hidung : Tidak ada sekret, tidak ada pernapsan cuping

e. Telinga : tidak ada benjolan, tidak cerumen

f. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

g. Dada

Infeksi : bentuk simetris, tidak ada retraksi otot bantu pernafasan

Palpsai : Paru- paru sonor, jantung dullnes

Auskultasi : irama nafas teratur, suara nafas vesikuler

h. Perut

Inpeksi : simetris

Auskultasi : peristaltik usus menigkat

Palpasi : turgor kulit jelek

Perkusi : perut kembung

i.Anus : kulit daerah anus kemerahan

7. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Keluarga mengatakan kesehatan merupakan hal yang penting , jika ada keluarga yang sakit maka akan segera di bawah ke pelayanan kesehatan terdekat.

a..Pola nutrisi : Selama sakit klien tidak menghabiskan porsi makanya

b. Pola eliminasi : BAB lima kalih sehari dengan konsistensi encer

c. Pola aktivitas : klien mengeluh lemah

d. Pola istirahat : klien sering terbangun

e. Pola sensori koqnitip : klien kenal orang orang sekitarnya

f. Pola hubungan dengan orang lain : baik dan saling mengenal

g. Pola reproduksi : tidak mengalami ganguan genetalia

h. Pola persepsi diri konsep diri : klien ingin cepat sembuh

i. Pola mekanisme koping : jika sakit klien mengeluh kesakitan

j. Pola nilai kepercayaan : keluarga dan klien yakin kepada tuhan

**2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

1. Defisit volume cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output cairan yang berlebihan.

2. Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah.

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iritasi, BAB yang berlebihan.

4. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan distensi abdomen.

**2.2.3. Perencanaan/Implementasi**

1. Observasi tanda-tanda vital, observasi tanda-tanda dehidrasi, ukur innfut dan output cairan ( balance cairan ). Berikan dan anjurkan keluarga untuk memberikan minum air putiih banyak. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapi cairan, pemeriksaan laboratorium, Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian cairan rendah sodium.

2. Kaji pola nutrisi dan perubahan yang terjadi, timbang BB klien, kaji faktor penyebab gangguan pemenuhan nutrisi. Lakukan pemeriksaan fisik abdomen ( palpasi, perkusi, dan auaskultasi ). Berikan diet dalam kondisi hangat dan porsi kecil tapi sering, kolaborasi dengan tim gizi dalam diet klien.

3. Observasi daerah anus dan perinium dari infeksi, beri zalp seperti zink oxida, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapi sesuai indikasi.

4. Observasi tanda-tanda vital, kaji tingkat rasa nyeri, atur posisi yang nyaman bagi klien, beri kompres daerah abdomen, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy analgetik sesuai indikasi.

**2.2.4. Evaluasi**

1. Volume cairan dan elektrolit kembali normal sesuai kebutuhan

2. Kebutuhan nutrisi terpenuhi sesuai kebutuhan tubuh

3. Integritas kulit kembali normal

4. Rasa nyaman terpenuhi

BAB III

TINJAUAN KASUS

* 1. PENGKAJIAN

MRS :

No Ruangan :

Pengkajian tanggal :

.Identitas pasien :

Nama pasien :

Jenis kelamin :

Umur :

Alamat :

Agama :

Pekerjaan :

Suku bangsa :

Diagnosa medic :

Yang bertanggung jawab

Nama :

Pekerjaan :

Alamat :

Agama :

Pendidikan :

Hub.dengan pasien :

B. Riwayat kesehatan

1.keluhan utama

Saat MRS : Demam,diare,disertai muntah

Saat pengkajian : klien mengatakan bahwa badannya terasa lemas,demam,disertai muntah

II. Riwayat penyakit sekarang

Ibu mengatakan badannya panas 2 hari yang lalu,BAB 5x/hari warna kuning kehijauan bercampur lendir,dan disertai dengan muntah 2x/hari sudah minum obat beli di warung, tapi tidak ada perubahan.

III. Riwayat penyakit dahulu

Ibu mengatakan bahwa dahulu pernah sakit diare 8x/hari tiap 1-2 jam sekali warna kuning,disertai muntah ,badan panas dan tidak mau makan.

IV. Riwayat penyakit keluarga

Ibu mengatakan dalam anggota keluarga ada yang pernah mengalami sakit diare seperti yang dialami klien.

V. Riwayat sosial

Ibu mengatakan bahwa tinggal dilingkungan yang berdebu dan padat penduduknya dan ingin sekali cepat sembuh dan pulang kerumah.

C. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum :klien lemah,panas,muntah,dan diare

Kesadaran :composmentis

TTV :tensi 80/50 mmHg,nadi 112x/mnt,suhu 390 c,RR 22x/mnt

Pemeriksaan head to toe

a. kepala : bentuk kepala bulat,warna rambut hitam,tidak ada benjolan,kulit kepala bersih.

b. mata :simetris,tidak ada sekret,konjungtiva merah muda,sklera putih,mata cowong

c. mulut :mukosa bibir kering,tidak ada stomatitis,lidah bersih

d. hidung :simetris,tidak ada sekret,tidak ada pernapasan cuping hidung,tidak ada polip

e. telinga :simetris,tidak ada benjolan,lubang telinga bersih,tidak ada serumen

f. leher : tidak ada pembesaran kenjar tyroid,limphe,tidak ada bendungan vena jugularis,tidak ada kaku kuduk

g. Dada

Inspeksi : dada simetris,bentuk bulat datar,pergerakan dinding dada simetris,tidak ada reaksi otot bantu pernapasan.

Palpasi : tidak ada benjolan mencurigakan

Perkusi : paru-paru sonor,jantung dullnes

Auskultasi : irama nafas teratur, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

h.perut

inspeksi : simetris

Auskultasi : Peristaltik meningkat 40x/mnt

Palpasi : turgor kulit tidak langsung kembali dalam 1 detik

Perkusi : hipertimpan,perut kembung

i. punggung : tidak ada kelainan tulang belakang (kyfosis,lordosis,skoliosis)tidak ada nyeri gerak

j.genetalia : jenis kelamin perempuan,tidak odem,tidak ada kelainan,kulit perineal, kemerahan.

k.anus :tidak ada benjolan mencurigakan,kulit daerah anus kemerahan

l.extremitas :lengan kiri terpasang infus,kedua kaki bergerak bebas,tidak ada odem.

D. Pengkajian Fungsional Gordon

1.Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Keluarga mengatakan kesehatan merupakan hal yang penting,jika ada keluarga yang sakit maka akan segera dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

2. Pola nutrisi dan metabolik

Makan : Tn.”z” tidak nafsu makan,makan hanya 3 sendok,tapi sebelum sakit diare mau menghabiskan 1 porsi kmakan.

Minum : Tn.”z” minumnya tidak terlalu banyak

3. Pola eliminasi

BAK : 5x/hari

BAB : 5x/hari warna kuning kehijauan bercampur lendir

4. Pola aktifitas dan latihan

Pasien merasa lemah dan mengeluh kesakitan

5.Pola istirahat tidur

Pasien sering mengeluh tentang sulit untuk tidur

6.Pola persepsi sensoris dan kognitif

Pasien sudah mengenal dengan orang-orang diselilingnya

7. Pola hubungan dengan orang lain

Pasien sudah saling mengenal orang-orang disekitarnya

8. Pola reproduksi/seksual

Klien berjenis kelamin perempuan,tidak mengalami gangguan genetalia

9. Pola persepsi diri dan konsep diri

Klien ingin sembuh dengan cepat

10. Pola mekanisme koping

Jika pasien tidak enak badan,maka akan mengeluh kesakitan

11. Pola nilai kepercayaan /keyakinan

Keluarga semua beragama islam,keluarga yakin semuanya sudah diatur oleh ALLAH SWT.

Ø Pemeriksaan serologi /imunologi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis pemeriksaan | Hasil pemeriksaan | Nilai normal |
| Tes Widal |  |  |
| -O | -(Negatif) | negatif |
| -H | 1/80 | negatif |
| -PA | -(negatif) | negatif |
| -PB | -(negatif) | negatif |

Therapy :

1. Infus RL 15 tpm (750 cc) : untuk mengganti cairan tubuh yang hilang
2. Injeksi novalgin 3x1 amp (metampiron 500 mg/ml) : golongan analgesik
3. Injeksi ulsikur 3x1 amp (simetidina 200 mg/ml) : atasida dan ulkus
4. Injeksi cefotaxime 3x1 amp (sefotaksim 500 mg/ml) : antibiotik

Nama pasien :

Umur :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Masalah keperawatan | etiologi |
| DS: klien mengatakan berak kuning kehijauan bercampur lendir  DO:Turgor kulitnya menurun,mulutnya kering,malas makan | Gangguan keseimbangan cairan | Output yang berlebihan |
| DS:pasien mengatakan bahwa mengalami perut kembung  DO:setelah dilakukan perkusi diketahui klien distensi,klien tampak menahan kesakitan.  Peristaltik:40x/mnt  Skala nyeri:  P:sebelum dan sesudah BAB  Q:nyeri seperti teremas  R:pada regio epigastrium  S:skala nyeri  T:sering | Gangguan rasa nyaman (nyeri) | hiperperistaltik |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DS: klien mengatakan bahwa klien BAB berkali kali  DO:klien tampak lemas,mata cowong | Gangguan pola eliminasi BAB | Infeksi bakteri |

* 1. diagnosa keperawatan

1. gangguan keseimbangan cairan b/d output yang berlebihan
2. gangguan rasa nyaman (nyeri) b/d hiperperistaltik
3. gangguan eliminasi BAB :diare b/d infeksi bakteri
   1. INTERVERENSI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO.DX | TUJUAN DAN KH | INTERVENSI | RASIONAL |
| 1 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam dengan tujuan :volume cairan dan eletrolit dalam tubuh seimbang (kurangnya cairan dan elektrolit terpenuhi) | 1.pantau tanda kekurangan cairan  2.observasi/catat hasil intake output cairan  3.anjurkan klien untuk banyak minum  4jelaskan pada ibu tanda kekurangan cairan  5.berikan terapi sesuai advis:  - infus RL 15 tpm | 1.menentukan intervensi |
|  |  |  |  |